CONSTRUCCION COLECTIVA DE POLITICAS SANITARIAS EN TIEMPOS DE INCERTIDUMBRE

COMPILADORES

ALBERTO TRIMBOLI • EDUARDO GRANDE • SILVIA RAGGI

JUAN CARLOS FANTIN • PABLO FRIDMAN • GUSTAVO BERTRAN

AASM Asociación Argentina de Salud Mental

SERIE CONEXIONES

CONSTRUCCION COLECTIVA DE POLITICAS SANITARIAS EN TIEMPOS DE INCERTIDUMBRE

AASM Asociación Argentina de Salud Mental

SERIE CONEXIONES

Trimboli, Alberto
Construcción colectiva de polÌticas sanitarias en tiempos de pandemia / Alberto Trimboli; Eduardo Grande; Pablo Fridman; compilación de Eduardo Grande ... [et al.]. - 1a ed revisada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Asociación Argentina de Profesionales de Salud Mental - AASM, 2021.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-45937-6-4

1. Psicología. I. Grande, Eduardo. II. Fridman, Pablo. III. Título.
CDD 362.2042

© AASM
Guardia Vieja 3732 1° A, Buenos Aires, Argentina
Tel. 2000-6824
administración@aasm.org.ar
www.aasm.org.ar

Diseño de tapa y armado de la edición:
Carlos De Pasquale
Tel. 4697-4934 • depasqualecarlos@gmail.com

ISBN 978-987-45937-6-4

Las opiniones vertidas en este libro son responsabilidad exclusiva de los autores.
Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio de impresión o digital, en forma idéntica, extractada o modificada, en castellano o en cualquier otro idioma, sin la autorización expresa de la editorial.

COMPILADORES

SILVIA RAGGI

Psicóloga Clínica y psicoanalista. Expresidenta, fundadora y actual miembro de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Directora del Board la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH) para el período 2019-2021. Coordinadora del Área de Asistencia del Servicio de Adicciones del Hospital Teodoro Álvarez. Docente adscripta del Departamento de Salud Mental de la Fac. de Medicina de la UBA. Miembro vitalicio de la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH). Representante de Argentina en la Global Alliance for Mental Health Advocates. Ex docente y tutora de la Facultad de Psicología de la Universitá della Sapienza (Roma, Italia). Co-autora del libro Hospital de Día en Adicciones. La subjetividad y la intersubjetividad en la Clínica (Editorial Noveduc, 2018) y Co-autora del libro "Salud Mental en el Hospital" (Editorial Impresiones Buenos Aires, 2018)

JUAN CARLOS FANTIN

Psiquiatra y Psicoanalista. Miembro Vitalicio de la World Federation for Mental Health (WFMH). Fundador, expresidente y actual miembro de la Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Vicepresidente para América Latina de la WFMH. Miembro del capítulo de epistemología e historia de la psiquiatría de APSA. Vicedirector de la Carrera de Especialista en Psiquiatría de la UBA. Coordinador del Área de Psiquiatría de Consultorios Externos del Servicio de Salud Mental del Hospital "Dr. Teodoro Alvarez". Miembro del comité de Ética clínica y de investigación del Hospital "Dr. Teodoro Alvarez". Coautor de los libros: "Escuchar la psicosis" y "Bioética, salud mental y psicoanálisis".
Prof. Adjunto del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

GUSTAVO FERNANDO BERTRAN

Psicólogo Clínico. Psicoanalista. Lic. en Psicología. Fundador y Coordinador del Hospital de Día Vespertino, División de Salud mental el Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez". Miembro fundador y actual presidente de la Asociación Argentina de Salud Mental. Presidente del Capítulo "Hospital de Día: Temporalidad en la Psicosis" AASM. Ex-Jefe de Trabajos Prácticos, Práctica Hospitalaria: Hospital de Día y Problemáticas Clínicas Contemporáneas, Facultad de Psicología UBA.
Fundador de la Editorial Minerva y compilador de la serie "Hospital de día".
Expresidente y actual Secretario Científico de la Asociación de Profesionales del Hospital Gral. de Agudos Dr. T. Álvarez (GCBA). Miembro vitalicio de la Word Federation for Mental Health (WFMH). Compilador y autor de numerosas publicaciones en libros.

ALBERTO TRIMBOLI

Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico y psicoanalista. Past-president de la Word Federation for Mental Health (WFMH) y actual miembro del Comité Ejecutivo de la WFMH. Representante oficial en la ONU/OMS por la WFMH. Fundador, expresidente y actual Presidente Honorario de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Miembro Vitalicio de la de la World Federation for Mental Health (WFMH). Ex miembro del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordinador del Sector de Adicciones del Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez". Profesor Adjunto del departamento de Psicología Clínica de la Universidad Argentina J. F. Kennedy. Docente y Tutor de la Facultad de Psicología de la Università della Sapienza (Roma, Italia). Profesor Honorario de la Facultad de Psicología de la Universidad de Chiclayo (Perú). Vicepresidente de la Asociación de Profesionales del Hospital Álvarez. Miembro del Consejo Consultivo Internacional del "Proyecto Aventura Social" de la Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, Portugal. Docente del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA. Docente de la Facultad de Psicología y de Medicina de la Universidad de Buenos Aires UBA. Autor del libro "Consumo problemático de drogas. Base para una clínica de inclusión sociosanitaria" y de "El Dispositivo del Hospital de Día en Adicciones. La subjetividad y la intersubjetividad en la clínica".

EDUARDO FRANCISCO GRANDE

Médico Psiquiatra – Presidente Honorario de la Asociación Argentina de Salud Mental. Expresidente y actual Miembro de la Comi- sión Directiva de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Miembro Vitalicio de la de la World Federation for Mental Health (WFMH). Miembro del Consejo Consultivo Internacional del "Proyecto Aventura Social", de la Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, Portugal. Ex Jefe de División de Salud Mental del Hospital "Dr. Teodoro Álvarez" - Director del Centro Médico Especializado en Salud Mental para Niños y Adolescentes.

PABLO FRIDMAN

Psiquiatra y Psicoanalista. Doctor en medicina. Miembro Vitalicio de la de la World Federation for Mental Health (WFMH). Vicepresidente de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Jefe de Servicio de la División Salud Mental del Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Alvarez". Director de la Carrera de Especialización en Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) con Sede en el Hospital Álvarez. Miembro de la EOL (Escuela de Orientación Lacaniana). Ex Secretario del Comité de Docencia e Investigación del Hospital "Dr. Teodoro Álvarez". Coautor de los libros: "Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis", "Escuchar las psicosis" e "Indagaciones psicoanalíticas sobre la segregación", entre otros.

PROLOGO

Es un enorme placer presentar esta obra que contiene una selección de 200 artículos completos seleccionados entre los más de mil trabajos presentados en el XVI Congreso Argentino de Salud Mental llevado a cabo en la modalidad virtual por streaming desde la plataforma del congreso, del 20 al 22 de octubre de 2021 y organizado por la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Esta obra surge en medio del segundo año de la peor pandemia de los últimos cien años que generó la peor crisis sanitaria de que se tenga recuerdo.

Textos originales y de un extraordinario rigor científico, forman parte de este libro que reúne a representantes internacionales de todas las corrientes del pensamiento actual.

Esta obra única, por su nivel y variedad, interesa no sólo a los especialistas en salud mental, sino también a los profesionales de las más diversas disciplinas relacionadas con ésta. Los autores, provenientes de diferentes profesiones y saberes, se entrecruzan en un tema que, creemos, nos cuestiona y nos empuja a trabajar para construir colectivamente un sistema de salud / salud mental basado en la comunidad. Es por eso, que hoy adquiere un enorme interés: "Salud Pública y Salud Mental".

Autores residentes en diferentes provincias y países se hacen presentes en este libro editado especialmente como resultado del desarrollo de este congreso de Salud Mental, considerado como el más importante del mundo.

El libro presenta cientos de trabajos seleccionados rigurosamente relacionados con los más diversos temas que componen este tan complejo campo: Las políticas de salud pública, los derechos, la clínica, la interdisciplina, las violencias, los consumos problemáticos, la educación, la clínica, la promoción y la prevención, la comunidad, las políticas en salud mental, entre otros temas.

Dr. Alberto Trimboli
Asociación Argentina de Salud Mental

Capitulo I
Clínica Adultos

TERAPIA DE INTEGRACIÓN EXPRESIVA / RESCATANDO REGISTROS DE SUS INICIOS 27
Eugenio Mazzucco

LA OTRA CARA DEL ABUSO: LA DESMENTIDA DEL CUIDADOR 31
Brian Sardar

¿QUÉ EFECTOS EN EL SUJETO PUEDE TENER EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? UN CASO DE ESTRAGO MATERNO 34
Carolina Liebermann

UN CASO DE DESENCADENAMIENTO: ¿PSICOSIS O LOCURA? 39
Carolina Liebermann

DESBORDES DEL TRATAMIENTO: HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS PARA PACIENTES TLP COMPLEJOS 43
Carolina Liebermann, Carla Zutelman

TEJIENDO TRAMAS EN LA URGENCIA. (INTERVENCIONES CON ADOLESCENTES DESDE LA GUARDIA DE SALUD MENTAL EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA) 48
María José Fernández Vidal

NEURODIVERSIDAD: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO EN LA ADULTEZ 52
Carla Zutelman

SOBRE EL PASAJE AL ACTO EN UN CASO DE PSICOSIS 55
Daniela Elizabeth Fernandez Carloni

MÉTODO DE NIVELES (MOL) Y DISCOVERY TALKS (DOTS) EN ARGENTINA: ¿ESTAMOS LISTOS PARA EMPEZAR? 58
Matias Emilio Salgado

SUBJETIVACIONES PERVERSAS EN LA INFANCIA: OTRA FORMA DE PENSAR EL FALSO SELF 61
Yanina Florencia Valle Lanosa, Emmanuel Oliverio

CONSTRUCCIÓN COLECTIVA EN SALUD: SOMOS RED 63
Juliana Guirao, Tomasa San Miguel

LAS NEUROSIS NARCISISTAS: UN CONCEPTO PARA RE-PENSAR LA CLÍNICA 67
Carolina Zoppi, Marina Verduci, Octavio Bernstein

DAÑO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: UN CASO CLÍNICO EMPAÑADO POR NEGLIGENCIA Y COMORBILIDADES 72
Carla Zutelman

UN VIAJE DESDE EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD HACIA LA ESQUIZOFRENIA 76
Carolina Liebermann, Carla Zutelman

ACTUALIDAD, CLÍNICA E INCONSCIENTE 80
Tatiana Pagani

ENTRE EL BLANCO Y EL NEGRO: LA ESCALA DE GRISES Y LA VIDA QUE NO ES COLOR DE ROSAS 85
Marina Verduci

LA MANÍA DE SER MADRE: A PROPÓSITO DE UN CASO DE PSICOSIS 89
Carolina Noelia Justiparán, Daniela Elizabeth Fernandez Carloni

RECHAZO DEL NOMBRE DEL PADRE Y LA ÉPOCA ACTUAL SOBRE LA DECLINACIÓN QUE NO ES RECHAZO 92
Romina Avalos

CASO K: HACIA UN INTENTO DE ILACIÓN 97
Carolina Fiorentino

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS: PRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS EN UN INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL UNIVERSITARIO.CORRIENTES-2021 101
Lorena Dos Santos, Maria T. Rocha, Maria M. González, Isabel Hartman, Daniel Morales

EL DESEO MATERNO Y SU INCIDENCIA EN UN ANUDAMIENTO SUBJETIVO PROCLIVE AL PASAJE AL ACTO SUICIDA 105
Daniel Melamedoff, Benjamín Branca, Ivana Fuentes

COMPENSACIÓN ESQUIZOFRÉNICA, DELIRIO PARAFRÉNICO: DOS RESPUESTAS POSIBLES A LA ENCRUCIJADA DEL AMOR EN LA PSICOSIS 108
Nora Cecilia Carbone, Gaston Piazze

MUSICOTERAPIA EN CUIDADOS PALIATIVOS. ESPECIFICIDAD EN LA CLÍNICA DE ADULTOS Y PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS, AMENAZANTES Y/O LIMITANTES PARA LA VIDA 110
Valeria Casal Passion

DEL TEMOR AL LAZO: UNA POSIBLE CLÍNICA CON ESQUIZOFRENIA 114
Octavio Bernstein

LA CONSTRUCCIÓN DEL RECUERDO: UN MODO PARA PODER OLVIDAR 117
Carolina Zoppi

ESTAR RESIDENTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA 121
María Belén Dieguez

MELANCOLÍA. HISTORIA Y VIGENCIA 124
Manuel Fabre, Lucas Minervino, Rodrigo Videtta

LA URGENCIA, LOS TIEMPOS DEL SUJETO 127
Guillermina Giordano

OBSTÁCULOS DEL DUELO EN TIEMPOS DE PANDEMIA 130
Martina Mendez, Marina Miloslavich, Luciana Peralba, Julián Pilar

EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA. LA SUBJETIVIDAD EN URGENCIA 133
Carolina Barrionuevo, Valeria Mazzia, Lucía Moavro, Graciela Tustanoski

EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD: LA PROBLEMÁTICA DEL CUIDADOR PRINCIPAL 136
Julieta Zucchelli

EN BUSCA DE UN NOMBRE: CONCEPTUALIZACIONES SOBRE EL GOCE EN LACAN 141
Laura S. Alfaro, Bruno Baldi

SOBRE LA NUEVA NORMALIDAD: EL MODULAR Y EL HOSPITAL VIEJO 144
Sofía Ugarteche

LA PRÁCTICA DEL CONTROL EN EL NIVEL DE LA TÁCTICA 147
María Alejandra Rojas, Vanesa Patricia Fazio

EL CUIDADOR RESPONSABLE: REFLEXIONES SOBRE UN CASO DE VIOLENCIA EN LA VEJEZ 151
Vanesa Patricia Fazio

UN TIEMPO DE PÉRDIDA: LA PANDEMIA 155
Horacio Manfredi, Mariel Almecija, Ivo Cavallo, Paola Croattini, Martina D`Urzo, Carolina Freire, Verónica Lado, Carla Paolin, Andrea Pirroni, María Paula Ravone, Florencia Topper, Martin Trigo, Guillermina Ulrich, Natalia Velez

Capitulo II
Clínica Infanto Juvenil

INTERVENCIÓN ON-LINE CON ADOLESCENTES DURANTE EL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA: UN ENFOQUE CENTRADO EN SOLUCIONES 161
Blanca Estela Barcelata-Eguiarte, Lilia Montalvo Ocampo

ENTRE EL EXILIO DE LA INFANCIA Y LA INCERTIDUMBRE DEL FUTURO. LA PRÁCTICA CLÍNICA CON ADOLESCENTES EN TIEMPOS DE PANDEMIA 164
Roxana Frison, Roxana Gaudio

ACERCA DE MUTACIONES Y NOVEDADES. LAS SUBJETIVIDADES ADOLESCENTES Y EL ENCUENTRO CLÍNICO 167
Roxana Frison, Carolina Longás

PSICOPEDAGOGÍA Y LITERATURA INFANTIL. LA CONVIVENCIA EN LA ESCUELA SECUNDARIA PENSADA A TRAVÉS DEL CUENTO DE CAPERUCITA FEROZ Y LOBO ROJO 170
Cintia Candelaria Romano

BULLYING: APORTES PARA LA INTERVENCIÓN EN PREADOLESCENTES 177
Pamela Estefanía Robles Ridi, María Lordes Tapia, María Susana Correche

EL LUGAR DEL ADULTO EN EL JUEGO DE LOS NIÑXS EN CONTEXTO DE PANDEMIA. ACERCA DEL JUGAR EN EL VÍNCULO NIÑX/ADULTO 180
Silvia Mansilla, Verónica Rossi

PANDEMIA Y SALUD MENTAL DE POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN LOS SERVICIOS DE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL DE CABA 185
Maria Jimena Campos, Victoria Chaves

UN MODO DE HACER CON EL PADECIMIENTO 190
Mónica Rodrigo

E., CONSTRUCCIÓN DE UNA FICCIÓN NECESARIA 192
Julia Stepanenko

J-MAMÁ: HACIA UN OTRO MÁS SOPORTABLE 196
Lucía Giudici

LA CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO EN LAS ADOLESCENCIAS Y SUS VICISITUDES EN TIEMPOS DE LAZO SOCIAL INTERVENIDO 200
Ariana Marina Muñoz

DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO EN QUE SE TRABAJA VÍA TELEPSICOLOGÍA UTILIZANDO UNA INTERVENCIÓN SISTÉMICA Y UN SISTEMA DE RETROALIMENTACIÓN BASADA EN EL CLIENTE 203
Gregorio Martín Traverso

ADOLESCENCIAS Y MARCAS EN EL CUERPO SOBRE EL FENÓMENO DE LAS AUTOLESIONES 207
Antonella Rossi, María Paula Gigliotti

LO SOCIAL, LO INSTITUCIONAL Y LA ADOLESCENCIA 212
Sofia Meligeni

LA FUNCIÓN SUBJETIVANTE DE LA LITERATURA INFANTIL EN LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA 216
Elva Beatriz Sendra, Graciela Aurora Leguizamón

AFÁN POR ENTENDER 219
Melisa Ladavaz

EL JUEGO COMO MODO DE INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA EN LA CLÍNICA CON NIÑOS 222
Virginia di Scala

UNA REVISIÓN PSICOANALÍTICA DE LAS TENDENCIAS ANTISOCIALES EN ADOLESCENTES 225
Laura S. Alfaro

PSICOANÁLISIS Y AUTISMO. EFECTOS TERAPÉUTICOS EN LA CLÍNICA 228
Ida Filomena Casanova

APROXIMACIONES DEL PSICOANÁLISIS EN TERRITORIO 233
Diana Judith Juliana Algaze, Jorge Esteban Caminos, Florencia Ester Linfozzi, Maria Victoria Pastor, Julieta Retamar

INVESTIGACIÓN SOBRE HUMOR, AGRESIVIDAD Y RESILIENCIA EN UNA ZONA VULNERABLE 239
Nancy Caballero

ANALISIS DE LA SALUD MENTAL EN PACIENTES PEDIATRICOS CON CANCER Y SUS CUIDADORES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 244
Lilia Edith Carrizales Torres

DESARROLLO Y CICLO VITAL FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES EN TIEMPOS DE PANDEMIA 247
Ignacio Daniel Constantino

Capitulo III
Síntomas Contemporáneos

LAS PARADOJAS DEL BIEN COMÚN 252
Valeria Fernandez, Mirta Burone, Paula Belen Rodríguez, Carla Paolín

SUBJETIVIDADES EN PANDEMIA EN EL NOROESTE DE ARGENTINA EN EL PERIODO 2020/2021 257
Raquel Adriana Sosa, María Marcela Álvarez Chamale, Franco Saul Tornello, María Emilia Fernández

PANDEMIA Y ARTE. EROS THANATOS
LA PESTE. DOLOR AMOR Y HUMOR EN EL DECAMERON DE BOCACCIO 260
Teresa Calisti

PERIPECIAS DE ARTISTAS
LA SALUD EN ESPACIOS VIRTUALES 263
María de los Ángeles Cela

DIBUJAMIENTO DEL SENTIR EN LA PANDEMIA 265
María del Rosario Zurita

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES Y ALFABETIZACIÓN TECNOLÓGICA PARA EL RESTABLECIMIENTO DE REDES DE APOYO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS 268
Vera Bail Pupko, Luciana Becerra

ESTUDIO DE DESEOS Y DEFENSAS PRESENTES EN TRES CASOS DE BULLYING, APLICANDO EL MÉTODO DE ANÁLISIS DEL DISCURSO ADL, CON LA PLATAFORMA WEB ANÁLISIS DE TEXTO ASISTIDO (ATA)
TRABAJO 1:
ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE SENTIRSE DISCRIMINADO, EN EL MARCO DEL BULLYING. ESTUDIO DE CASO DE UN JOVEN ADULTO, ESTUDIANTE UNIVERSITARIO 271
Julia Inés Henshaw

TRABAJO 2:
ESTUDIO DE CASO DE UN VARÓN TRANSEXUAL VÍCTIMA DE MOBBING O ACASO LABORAL. 273
Graciela Campodonico

TRABAJO 3:
ESTUDIO DE DESEOS Y DEFENSAS DE UNA PREADOLESCENTE VÍCTIMA DE BULLYING **276**
Elena Stein Sparvieri

EL TIEMPO DE LOS PRECONTEMPLATIVOS. CÓMO TRABAJAR CON PACIENTES NO MOTIVADOS SOBRE SU PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO **279**
Osvaldo José Luis Chiarlo, María Paula Carestía Lostaló, Clara Sofía Brassesco

MALESTARES EPOCALES: CUERPO, TRAUMA Y BURNOUT PROFESIONAL **282**
Maria Julia Ana Di Mare Duran, Andrea Karina Garcia

USO Y ABUSO DE INTERNET, CONSUMO DE ALCOHOL, DE TABACO, Y ESTRÉS **284**
Pablo Nicolás Caimani Ferrer, Sonia Tifner, Rosana Azpiroz, Miguel Ángel De Bortoli

CONSTRUCCIÓN DE UN DISPOSITIVO COLEGIAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN TIEMPOS DE PANDEMIA, PARA EL DISTRITO I, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, REPÚBLICA ARGENTINA **287**
Laura Rosa Berstein, Claudia Alejandra Crudele, Alba Picardi, Myrian Inés Rodríguez

PREVALENCIA DE LA PROCRASTINACIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS BAJO ENSEÑANZA VIRTUAL EN PANDEMIA COVID-19 ..... **293**
Franco Tisocco, Juliana Beatriz Stover

USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET EN ADULTOS DE BUENOS AIRES DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO **296**
Juliana Beatriz Stover, Franco Tisocco

EL AISLAMIENTO SOCIAL DE ADULTOS MAYORES EN EL MARCO DEL COVID-19. SUS RECURSOS EMOCIONALES PARA LA SALUD MENTAL **299**
Fabio Salas, Karina Diaz

ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE LA PANDEMIA EN CLAVE DEL MALESTAR ACTUAL **302**
Mariana Fariña

LA IRRUPCIÓN DE UN GOCE DESREGULADO COMO RESPUESTA AL TRAUMA ASOCIADO A LA PANDEMIA DEL COVID 19 ..... **305**
Liliana Szapiro

ATENCION PSICOLOGICA VIRTUAL: APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA 309
Xabier Imaz

TOXICOMANÍAS Y EXCESO PULSIONAL 313
Gabriela Gasquet, Gustavo Saraceno, Emilia Paturlanne, Verónica Czachurski, Hernán Sosa Márquez

IMAGEN CORPORAL Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN MUJERES QUE ATRAVIESAN LA ADOLESCENCIA INICIAL 316
Fabio Salas, Maria de los Angeles Modon

EL INCONSCIENTE COMO RESPUESTA A LA URGENCIA SUBJETIVA .. 320
Maria Florencia Aquino Cabral

PSICOPATÍAS: DEBATES ACTUALES 323
Cecilia Laura Domenighini, Mariana Graña, Marisa Vanesa Musante, Inés Cristina Ortalli, María Laura Rodríguez

ACERCA DEL SUJETO NO ENGAÑADO DEL DISCURSO Y LOS IMPASSES DE LA CIVILIZACIÓN ACTUAL 326
Mario A. Chades

ESTUDIO DE VALIDACIÓN DEL PCL-5 EN ARGENTINA, TEST PARA MEDIR LA PRESENCIA Y LA GRAVEDAD DEL TRAUMA PSICOLOGICO 329
Elena Valerio, Anna Rovella, Miguel Angél De Bortoli, Jorge Leporati

MODELOS DE ATENCIÓN DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS 332
María Laura Grancho Alvarez

CONSIDERACIONES SOBRE LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA EN LA SUBJETIVIDAD DE LA ÉPOCA Y EL DESENCADENAMIENTO DEL ATAQUE DE PÁNICO. APORTES A LA CLÍNICA DE LAS AFECCIONES PSICOSOMÁTICAS DESDE EL PSICOANÁLISIS DE ORIENTACIÓN LACANIANA 335
Fiorella Ottonello, Laura Guilera

RECONECTANDONOS CON LA NUEVA REALIDAD LABORAL DESDE EL EFECTO CRISALIDA A PARTIR DEL COVID 19 BUSCANDO LA NUEVA NORMALIDAD 338
Sylvia Lucia Melendez Duran

DIVERSOS ENTRAMADOS DISCURSIVOS EN TORNO A LAS ADICCIONES. UNA LECTURA POSIBLE A TRAVÉS DEL CINE 340
María Paula Paragis

AFECTIVIDAD Y CONFINAMIENTO EN LA PROVINCIA DE SAN LUIS 344
Liliana Gómez, Eliana Zárate, Graciela Baldi López

SÍNTOMA E INTERPRETACIÓN EN LA CLÍNICA DE LA URGENCIA: UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA 347
Vanesa Patricia Fazio, Antonella Silvana Miari

SALUD AUTOPERCIBIDA EN TRABAJADORES DE LA SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE SAN LUIS EN LA PREPANDEMIA 352
Juan Matias Gutierrez, Carlos Silvage, Patricio Godoy Ponce, Renzo Marnetti, Sergio Ivan Garcia

CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN JÓVENES UNIVERSITARIOS: UNA MIRADA A LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA 355
MarÍia Virginia Cavagnaro

Capitulo IV
Investigación, Docencia y Bioética en Salud Mental

¿QUÉ SOSTIENE LA INSERCIÓN COMUNITARIA?: EXPERIENCIAS DEL ALTA DE INTERNACIÓN EN UN GRUPO DE PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL 360
Carla Paolin

COMPETENCIAS COGNITIVAS EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN EL CAMPO DE LA SALUD. FUNCIONES EJECUTIVAS Y RENDIMIENTO ACADÉMICO 363
Analia Adriana Uva, Candelaria Lestelle

INVESTIGAR EN ÉPOCA DE PANDEMIA TEST DE FRASES INCOMPLETAS 366
Adriana Luque

LA ANSIEDAD COMO SÍNTOMA PREVALENTE EN PANDEMIA: EL PAPEL DE LA ORIENTACION NEGATIVA AL PROBLEMA Y LA EVITACION COGNITIVA 369
Anna Teresa Rovella, Alicia Evelina Giaroli

PERFIL DE PACIENTES ATENDIDOS EN LOS CAPS DE CONCEPCIÓN DEL URUGUAY: UNA COMPARACIÓN ENTRE 2020 Y 2021 371
Ana Laura Rodriguez

LA ATENCIÓN PALIATIVA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR LA COVID-19. PERSPECTIVAS BIOÉTICAS 377
Valeria Casal Passion

POLÍTICAS SOCIO-SANITARIAS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID-19. UN ANÁLISIS DE LA GESTIÓN EN EL MUNICIPIO DE SAN ISIDRO 380
Beatriz M. Rodríguez, Noelia S. Trupa, M. Luciana Gargiulo, Lorena Fernández, Melisa B. Trupa, Liliana Costa

LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EL ASILO DE ALIENADAS DE LOMAS DE ZAMORA ENTRE LOS AÑOS 1908 Y 1947 384
Pablo Rodríguez Sturla, Claudia Ferro, Joaquín Güí

LOCURA, RELIGIÓN Y CIENCIA: LA PUGNA ENTRE LA CREENCIA RELIGIOSA Y EL SABER MÉDICO EN EL HOSPICIO DE MUJERES DEMENTES. BUENOS AIRES, SIGLO XIX 388
Claudia Ferro, Pablo Rodríguez Sturla, María Eugenia Verdún

EPIDEMIAS, CONTROL SOCIAL Y HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS 391
Yanina Florencia Valle Lanosa, Emmanuel Oliverio, Camila Andrea Balbin

EL CONSTANTE HACINAMIENTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS Y EL PROYECTO DE ANEXAR LAS INSTALACIONES DEL EX INSTITUTO MERCEDES DE LASALA Y RIGLOS 393
Joaquín Güí, Pablo Rodríguez Sturla, Claudia Ferro

CREATIVIDAD Y DISEÑOS FLEXIBLES. LA RECOLECCIÓN DE DATOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA 396
Victoria Alejandra Vidal, Susana Celeste Azzollini

EN TORNO A LA AUTORIDAD DOCENTE Y EL APRENDIZAJE: INVESTIGANDO PSICOPEDAGÓGICAMENTE 399
Patricia Arias, Florencia Machini

LA VIDA EN EL MANICOMIO: UN ANÁLISIS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL ASILO ALIENADAS DE LOMAS. BUENOS AIRES, SIGLO XX 402
Camila Andrea Balbín, Pablo Rodríguez Sturla, María Eugenia Verdún

UN RELEVAMIENTO SOBRE ANSIEDAD, PÁNICO Y CONSUMO REALIZADO EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID 19 406
Silvia Quesada, Alicia Donghi

PSICOANÁLISIS Y AJEDREZ 410
Juan Julián Lastra

EL HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS DESDE LA MIRADA DEL PANÓPTICO 413
Emmanuel Oliverio, Yanina Valle Lanosa, Joaquín Güí

DISPOSITIVO DE "INTERVISIÓN" NARRATIVA PARA TERAPEUTAS 416
Luciana González Barrau, Paola Micaela Müller

VIRTUALIDAD, APRENDIZAJE Y SALUD MENTAL EN CONTEXTO DE DISTANCIAMIENTO FÍSICO PREVENTIVO Y OBLIGATORIO. EL CASO DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS 420
Lila Mercedes Almirón, Juan Pablo Díaz, Patricia Belén Demuth Mercado, Gerardo Omar Larroza

AUTOPERCEPCIÓN DE LA DIMENSIÓN DEPRESIÓN DEL GHQ DE ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA. AGOSTO 2021 425
Nicolás Cremona, Jennifer Esqueff, Gabriela Czernik, Lorena Dos Santos, Lila Mercedes Almirón

FUNCIONES EJECUTIVAS Y METODOLOGÍA DOCENTE: UNA REVISIÓN PARA LA PRÁCTICA EDUCATIVA SITUADA 430
Candelaria Lestelle, María Celeste Castelo, Agostina Carbonari, Milagros Llanes, Julia Soledad Asurmendi

CON LOS OTROS ME MUEVO. PROYECTO PARA EL FORTALECIMIENTO SOCIOEMOCIONAL DE ADOLESCENTES 433
Micaela Paola Müller

RELACIONES INTERPERSONALES EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID 19 439
Graciela Baldi López, Mariela Lucero, Sonia Tifner, Emilse Morales Lucero, Cristian Ulagnero

EXPOSICIÓN A RIESGOS PSICOSOCIALES SEGÚN EL GÉNERO EN PROFESIONALES INGENIEROS/AS Y TÉCNICOS/AS EN LA CIUDAD DE SAN LUIS. ARGENTINA 442
Patricio Godoy Ponce, Renzo Marnetti, Sergio Iván García, Carlos Silvage, Juan Gutiérrez

FORMACIÓN Y PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL: UN RECORRIDO HISTÓRICO POR EL HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX 445
María Eugenia Verdún, Pablo Rodríguez Sturla, Claudia Ferro

FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES 449
Mariela Cristina Lucero, Graciela Baldi López, Cristian Ulagnero, Sonia Tifner, Emilse Lucero Morales, Facundo Stefanini, Juan Carlos Navarro, Marcela Montenegro

PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES: ÁREA DE VACANCIA EN LA FORMACIÓN DE GRADO DE LOS PSICÓLOGOS Y PSICÓLOGAS EN ARGENTINA 452
Rita Paola Brito

INVESTIGAR EN TIEMPOS DE INCERTIDUMBRE 456
Sergio Remesar, Leticia Grippo, Victoria Vidal

LA DEVOLUCIÓN EN PSICODIAGNÓSTICO... MOMENTO DE CONCLUIR 459
Romina Colacci, Analia Ambrosi, Laura B. Iglesias

F.I.S: ÁREA RELACIONES INTERPERSONALES EN CON-TEXTO DEL COVID-19 462
Adriana Luque, Rogelio Biasella, Oscar Melillo, Mónica Coppola, Luz Riveira, Lidia Sara Merlo

APROXIMACIONES A LOS CONOCIMIENTOS QUE SE CONSTRUYEN EN TORNO A LA SALUD MENTAL A PARTIR DE LA TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES 463
Victoria Alejandra Vidal, Leticia Grippo

FAMILIA 24/7 EN CONTEXTO DE PANDEMIA 468
Andrea Falocchi, Silvina Martínez, Diego Peralta, María Luján Paulos, Jessica Sabrina Laurino, Sofía Bugallo

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO TERRITÓRIO 471
Allan de Aguiar Almeida, Maria Goretti Andrade Rodrigues

CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES, INTERDISCIPLINA FACTOR HUMANO Y GESTIÓN DE LOS RIESGOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 474
Carolina Interlandi, Martin De Lellis

CREATIVIDAD FRENTE A LOS OBSTÁCULOS EN TERAPIA: EXPERIENCIA SENSORIAL DESDE UNA MIRADA SISTÉMICA 477
Luciana González Barrau, Micaela Paola Müller, Ana Inés Salvador

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE CONDUCTA SUICIDA Y ABUSO DE SUSTANCIAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE TUCUMAN 480
`Rita Paola Brito, María Dolores González de Ganem, `Roxana Paola Sialle Muñoz , Anahí Yamila Valdéz, Noelia Natalia Mamaní

PERCEPCIONES DE LAS DIMENSIONES DE LA SALUD GENERAL DE ESTUDIANTES DE TERCER AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA EN AGOSTO DE 2019 484
Gabriela Esther Czernik, Juan Pablo Díaz, Jennifer Rocío Esqueff, Elva María Sendra, Lila Mercedes Almirón

SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE LA SALUD EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19 EN 2 INSTITUCIONES DE LA CIUDAD DE SAN LUIS 488
Carlos F. Arias, Adolfo S. Cabrera Benites, Miguel A. De Bortoli

Capitulo V
Género y Salud Mental

CUERPOS ENCERRADOS: SUBJETIVIDAD TRANS Y VIOLENCIA INSTITUCIONAL 492
Juan M. Silva

"COMO AVE ENJAULADA, QUE NO DEJA DE CANTAR": PONIENDO EN TEXTO Y CONTEXTO LO TRAUMÁTICO 497
María Elena Raies

PATERNIDADES EN PRISIÓN: UN ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS DE PATERNIDAD DE VARONES DETENIDOS EN UNA UNIDAD PENITENCIARIA DE SANTA FE 500
Malvina Marengo

EDIPO EN COLONIA: ALGUNAS CONSIDERACIONES DESDE LAS EPISTEMOLOGÍAS CRÍTICAS FEMINISTAS RESPECTO DE ALGUNAS CATEGORÍAS TEÓRICAS DEL PSICOANÁLISIS 503
Mariano Acciardi

VIOLENCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR. VICISITUDES DE LAS MADRES PROTECTORAS 508
Paula Errasti

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN CUIDADORES PRIMARIOS DE INFANTES MENORES DE DIEZ AÑOS DE UNA ESCUELA PÚBLICA. CORRIENTES CAPITAL. AÑO 2020 512
Mónica Auchter, Cynthia Romina Velazquez Rodas, Agostina Belén Rosalez

VÍNCULOS VIOLENTOS, APROXIMACIONES DESDE UN DISPOSITIVO DE SALUD MENTAL 516
Pablo Emanuel Castore Bergioli

MENOPAUSIA Y ESTADOS AFECTIVOS EMOCIONALES (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN) 522
Liliana Gòmez

SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA EN MUJERES ADULTAS EXPUESTAS A VIOLENCIA DE PAREJA. APLICACIÓN DEL MODELO DE PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA EN EL CONTEXTO COVID EN QUITO-ECUADOR 525
Graciela Ramírez

REFLEXIONES ACERCA DEL CUIDADO Y SUS LÓGICAS 531
Ludmila Vazquez, Julieta Zucchelli

LA MUJER COMO SOPORTE DEL OBJETO A 534
Ariadna Eckerdt

REPRESENTACIÓN DEL GÉNERO Y AUTOPERCEPCIÓN DE IDENTIDAD DE GÉNERO EN JÓVENES MARPLATENSES 537
Romina Colacci, Patricia Marín, Constanza Curado, Valeria Morgavi, Celia Iudica

PENSAR EL ROL DE LA MUJER CON CUENTOS INFANTILES DE AYER Y HOY: BLANCANIEVES, ¿Y COMIERON PERDICES? 540
Cintia Candelaria Romano , Claudia Sabrina Romano

AFECTIVIDAD Y CONFINAMIENTO EN LA PROVINCIA DE SAN LUIS 546
Liliana Gómez, Eliana Zárate, Graciela Baldi López

“CON LA PANDEMIA SE DESMADRÓ TODO…” JÓVENES MADRES, CONSUMOS EN PANDEMIA, SALUD Y EL PATRULLAJE MORAL COMUNITARIO 549
Belén Ardiles, Sol del Carpio, Paula González, Sofia Lamanuzzi, Nahir Abraham, Santiago Rebollo, Victoria Volando

LO QUE PAUL PRECIADO TESTIMONIA DE LA ÉPOCA 553
Jorge Ricardo Rodríguez

GÉNERO Y PANDEMIA: ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LA POBLACIÓN ASISTIDA, ENTRE ABRIL DE 2020 Y ABRIL DE 2021, EN UN PROGRAMA DE TELESALUD MENTAL 557
Humberto Persano, David Gutnisky, María Victoria Kugler, Florencia Alul, Ana Azrilevich, Eva Cángaro, Natalia Iarussi, Ignacio Mosquera, Rafael Pozo Gowland

CAPITULO VI
Abordajes Interdisciplinarios

PROGRAMA SISTÉMICO DE ASISTENCIA INTEGRAL E INCLUSIÓN DIGITAL: REDES + REDES PARA PERSONAS MAYORES 563
Gabriela Salusso

HACIA LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS REFLEXIVAS EN PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL. UNA PROPUESTA DE INNOVACIÓN DIDÁCTICA EN EL SEMINARIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y SALUD 566
Analía Adriana Uva

TRASTORNOS NEUROMOTORES DETERMINANTES DE REHABILITACIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN: TIPOS PREVALENTES, COMPLICACIONES, INICIO DE TRATAMIENTO 569
María Sol Torrano, Delia Noemí Burgos, Nora B Quaglia

LA SUPERVISIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA 573
Mirel Vidal

"LO IMPOSTERGABLE" COMO CONCEPTO ORGANIZADOR DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR CORONAVIRUS 576
Jorge N. Levin

EL FUTURO EN SUJETOS CON CONSUMOS PROBLEMÁTICOS: ¿INTENCIÓN, ANTICIPACIÓN O PROYECTO FUTURO? 580
Franco Saul Tornello, María Marcela Álvarez Chamale, Vicente Di Francesco, María Emilia Fernández

ABORDAJES DE LA PROBLEMÁTICA SUICIDA EN EL CONTEXTO DE LA URGENCIA EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PARANÁ 583
Maria Paula Nesa, María Fernanda Correa, Sabrina Soledad García Abib

LA VOZ Y EL CUERPO EN LA CLÍNICA: MUSICOTERAPIA, INTERDISCIPLINA Y PRACTICA INTERPROFESIONAL 586
Valeria Casal Passion, Alejandra Giacobone

TEST DE SCREENING COGNITIVOS EN PACIENTES INTERNADOS POR CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS 589
Melina Bucich, Beatriz Di Biasi, Carlos Damin, Analia Cortez

AL GRAN PUEBLO ARGENTINO… ¿SALUD? UNA REFLEXIÓN ACERCA DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS PENSADOS DESDE LOS NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD 592
Lucila Florencia Serra, Osvaldo Chiarlo

EL RAP COMO PUERTA DE ENTRADA A LOS TERRITORIOS DE LOS PIBES 594
Noelia Sevenié Miranda

SATISFACCIÓN LABORAL Y SU VINCULACIÓN CON VARIABLES DE PERSONALIDAD EN PERSONAL SANITARIO DE SAN LUIS 597
María Paz Hauser, Horacio Daniel García

SUJETOS ATRAVESANDO LA PANDEMIA. EXPERIENCIA DE DOCENTES Y ESTUDIANTES EN LA ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE EN VIRTUALIDAD. UN MODO DE PROMOVER APRENDIZAJES SIGNIFICATIVOS SOSTENIENDO LA AUTORIDAD 601
Silvia Mansilla, Verónica Rossi

HUMANIZANDO LAS INTERVENCIONES SANITARIAS EN LOS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA POR COVID 605
Maria Belen Ayala Torales, Johana Graciela Nagy, Laura Cecilia Diaz, Maria Florencia Evelyn Reparaz, Cecilia Parmetler

IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN EL PROCESO DE TRASPLANTE RENAL: EXPERIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO PÚBLICO 608
Silvina Sinchez, Brígida Viotti

LOS CONSUMOS CUESTIONADOS. REPRESENTACIONES Y PREJUICIOS EN EL CAMPO DE SALUD MENTAL 610
María Paula Bianco, Pablo Alejandro Falero

LAS INFANCIAS: DE OBJETOS A SUJETOS DE DERECHOS, UNA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINARIA EN SALUD 613
Graciela Leguizamón, Beatriz Sendra

DESAFÍOS Y TRANSFORMACIONES DE LA MUSICOTERAPIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA 616
Juliana Stero, Jimena Díaz, Claudia Bang

PARADOJAS EN EL ACTO DE RESPONDER 619
Paula Belforte, María Paula Bianco, Mariana Grela, Valeria Micenmacher, Marcela Volpi

APORTES DE LXS PSICOANALISTAS AL EQUIPO DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 622
Ana Cecilia Canal

EXTERNACIONES EN TIEMPOS DE EMERGENCIA SANITARIAS: ¿NUEVOS INTERROGANTES POSIBLES? 625
Alejandro Audino, G. Vanina Di Modica, Daiana Grunevald, Gabriela Ippolito, Gonzalo Pacheco Serna

LA EXPERIENCIA DE DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: UN ENTRECRUZAMIENTO POSIBLE ENTRE PSICOANÁLISIS Y CUIDADOS PALIATIVOS 628
Maria de los Milagros Di Donato, Ana Muriel Balmaseda

LA RELACIÓN ENTRE PROFESIONAL DE LA SALUD Y PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE MUJERES CON FIBROMIALGIA 632
Rodrigo Sanches Peres

PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SALUD-SALUD MENTAL EN CONTEXTO DE CRISIS SANITARIA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN 635
Viviana lazarte

PUNTUALIZACIONES SOBRE LOS EFECTOS DEL MALTRATO INFANTIL EN LA CONSTITUCIÓN SUBJETIVA 637
Paula Karina Belforte

PROCESO DE REGISTROS EN SALUD PÚBLICA: ALGUNAS REFLEXIONES 642
Luciana Galloni

PROYECTO ADULTOS MAYORES EN CONTEXTO COVID-19 SERVICIO DE SALUD MENTAL 645
Melisa Ladavaz

DEL S.U.M. AL ZOOM. EL ENCUENTRO COMO ESENCIA DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA 648
Paul Majluf

EFECTOS DE LA ESCUCHA ANALÍTICA EN LA INTERCONSULTA HOSPITALARIA: LA SITUACIÓN DE INTERCONSULTA 651
Analia Fernández

DEL AGRUPAMIENTO A LA EMERGENCIA DEL EQUIPO. UNA PERSPECTIVA MICROPOLÍTICA 654
Analía Fernández, Joaquín Tey, Nancy Crasnich

MIGRACIÓN Y PRÁCTICAS TERRITORIALES EN UN BARRIO POPULAR DE LA CIUDAD DE SALTA 657
Paula Ulivarri, Amelia Clark

NOTAS PARA REFLEXIONAR SOBRE EL DERECHO A LA ESCUCHA DE LAS INFANCIAS: ANÁLISIS DEL CUENTO INFANTIL ¡AHORA NO, BERNARDO! 661
Fanny Novack, Fabiola Mansilla

DISPOSITIVO DE ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL (D.O.A.P.) 665
Carlos Sebastián Núñez, Marianela Magadan

ENTRECRUZAMIENTOS PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLÓGICOS Y COVID-19: ENTRE LO SINGULAR Y COLECTIVO, ENTRE LO NATURAL Y CULTURAL 666
María Gabriela Sánchez Negrete, Mercedes Maidana

PERCEPCIÓN DEL ESTRÉS EN POLICÍAS ANTE ESTRESORES DESCONOCIDOSPANDEMIA COVID - 19 672
Susana Manzur, AgustínTogo, Noelia Aranda, Marcos Acuña, Viviana Gutiérrez, Analía González, Adriana Tomsic Roy, Emmanuel Zavaleta

"MANOS QUE HABLAN": TERAPIA DE INTEGRACIÓN EXPRESIVAY "MANOS QUE DANZAN" COMPARTIENDO LO VIVENCIADO 682
Eugenio Mazzucco, Claudia Diehl, Ornella Longo

EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL. PRÁCTICAS SUBJETIVANTES EN EL NIVEL SUPERIOR EN CONTEXTO DE PANDEMIA 691
Analía Francisconi, Patricia Fosco

Capitulo VII
Ley y Derechos Humanos. Comunidad y prevención

ESTIGMAS Y LENGUAJES EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL EN EL SIGLO XXI 696
José Carlos Caprara

CUERPOS Y RELACIONES: ESPACIOS EXISTENCIALES. UN DEVENIR INCIERTO SOBRE LOS PROCESOS DE SUBJETIVACIÓN 699
Jorge Alberto Berlaffa

UN PREJUICIO SUTIL. LA MULTIPLICIDAD DE IDENTIDADES CULTURALES ENTRE PINAMARENSES Y BOLIVIANOS 702
Diana Barimboim, Esteban Luchetti

ADOLESCENTES DETENIDOS. ENTRE LA PAUSA Y EL APREMIO, UNA OPORTUNIDAD PARA LA INTERVENCIÓN CLÍNICA 704
Magdalena Williams

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA CALIDAD DE VIDA EN TRABAJADORES DE SALUD PÚBLICA DE SAN LUIS, ARGENTINA 707
Horacio Daniel García, María Paz Hauser

TODO ENCIERRO ES POLÍTICO: LA SALUD MENTAL, UN CAMPO DE TENSIONES 710
Bárbara Sclar, Manuel Fabre

SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA: PROCESOS Y TRANSFORMACIONES EN DISPOSITIVOS COMUNITARIOS DESDE LA PERSPECTIVA DE CUIDADOS 713
Laura Gobet, Claudia Bang, Federico Chaves, Mercedes Howlin, Cecilia Laino

APROXIMACIÓN A UNA CLÍNICA DE LAS VÍCTIMAS DE COERCIÓN PSICOLÓGICA. SECTAS. ORGANIZACIONES COERCITIVAS 716
Alejandra Pater

ADICCIÓN A SECTAS. GRUPO-DEPENDENCIA. DEPENDENCIA EMOCIONAL 718
Pablo Salum

DESAFÍOS HACIA UNA SALUD MENTAL COMUNITARIA Y CIUDADANA 719
Lucia Fernández Abrevaya

LEY DE SALUD MENTAL: DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD MENTAL COMUNITARIADERROTERO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL. IMPLEMENTACIÓN DE LAS LEYES DE SALUD MENTAL EN CABA (2010-2020) 723
Nicolás Grimaux, María Agustina Menendez

CONSULTORIO IVE/ILE- APORTES DESDE SALUD MENTAL 732
Camila Belen Verdaro, Ludmila Vazquez

SALIR AL BARRIO: LA PANDEMIA COMO POSIBILIDAD 735
Agustina Aguirre, Mariela Dri

NARRANDO TURBULENCIAS, INCERTIDUMBRES Y ESTRATEGIAS EN LA SALUD COLECTIVA 738
Luciana González Barrau

LEY DE SALUD MENTAL Y ESTIGMATIZACIÓN HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN EQUIPOS DE DOCENTES: ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN DE GRADO EN PSICOLOGÍA 742
Jorge Zarate, Angelica Davila, Griselda Sananez, Carola Hunziker, Mariana Illanes, Sofía Díaz, Florencia Denti, Carina Gioacchini, Belen Gonzalez, Maria Sol Peralta, Carolina Sanchez

EXPERIENCIAS EN EL HOSPITAL MONOVALENTE EN CONTEXTO DE PANDEMIA 746
María Belén Chas, Bárbara Jael Cuyer, Analía Fullana, Matías Higashi

SERVICIOS DE SALUD: ACERCA DE LA LEGITIMACIÓN DEL TRABAJO EN SALUD MENTAL 750
Susana E. Morgado

ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA FIGURA DEL ABOGADO DEL NIÑO DESDE UNA MIRADA INTERDISCIPLINARIA. UN ESTUDIO EXPLORATORIO Y DESCRIPTIVO 754
Claudia Amigo, Adriana Reale, Mará José Banchero, Pedro Rolando, Santiago Andrés Baroffio, Margarita Erbiti, María Paula Franceschetti, Gabriel Herrero, Antonela Cufre, Martina Candela Aliberti, Tamara Ledesma, Federico Massini, Irina Christensen, Ornella Monteffusco, Rut Carolina Durante, Matías Pizzorno

VIAJAR PARA CURAR 762
Florencia Wede

Capitulo I

Clínica Adultos

TERAPIA DE INTEGRACIÓN EXPRESIVA / RESCATANDO REGISTROS DE SUS INICIOS

Eugenio Mazzucco [A]

Introducción: Apoyatura conceptual

TERAPIA de INTEGRACIÓN EXPRESIVA: método técnico de objetivo terapéutico, como puente para acceder a mejor condición de salud, (enmarcado o no, en el contexto-marco de un tratamiento, con personas en condición de pacientes o usuarios), que utiliza los mismos lenguajes que el arte, facilitando con su uso, la expresividad personal, ya sea en contexto individual o grupal, de lo que resulta el despliegue de un proceso cognitivo emocional, en el cual queda como parte de un registro mayor, lo que llamo el constructo objetivable/subjetivable.

Esto es realizado con personas quienes desarrollando su capacidad y potencial creativo, puedan tomar conciencia activa de sus capturas, nudos, problemas y conflictos, al propio tiempo, que aprenden a desplegar y desarrollar los potenciales de sus propias facultades, habilidades, y recursos, empoderándose de ellos, y produciendo disposiciones a cambios que modifiquen favorablemente su calidad de salud. No se considera de valor la capacidad técnica o artística que la persona ponga en la realización de su constructo (obra-producción), sino lo que le ocurra durante el proceso que despliegue en la tarea, tanto en las manifestaciones como en los sentires internos de su mundo. No importa entonces el resultado sino el proceso en dirección al efecto terapéutico.

A continuación presento el texto tal como fue escrito en 2003, con varios recortes para cumplir las condiciones de publicación.

Mi evento

Esta aventura comenzó en noviembre del 99. Digo aventura por el entusiasmo, la zozobra y el placer que resultó de este proceso. Proceso que devino análisis, pero en un formato no estandarizado, lo que fue posible a partir del permiso para utilizar la creatividad como vehículo sobre el que asentó y circulo el tratamiento.

Esto que comienzo a escribir es en realidad un final, paradójico, como dijo Claudia que dicen: "la relación terapéutica es paradójica, te tenés que separar cuando mejor te sentís"[1].

Estamos escribiendo desde el comienzo del final, para el comienzo del final, y como manera de poder finalizar el final. La aparente paradoja está en la ilusión de que en óptimas condiciones se produce algo (escritura) que debe terminar cuando parecería que podría desplegarse de manera más exuberante, pero en realidad, justamente, ese final es el que optimiza la condición.

Y esta viene siendo una forma que encontramos ambos, la descubrimos y calza en la necesidad de ambos; el lazo tiene dos extremos y este embarazo[2] debe dar a luz a la libertad, gozosa por cierto, que da el re-correr juntos, paciente-terapeuta, durante un tramo, el camino de la vida; la actual y la vivida. Finalmente recapitular.

Este proceso estuvo marcado en mí por diferentes sentimientos, pero todos siempre reunidos por el entusiasmo[3] que quedaba re-alimentado en cada sesión. Esta la relación con el aire y la relación con el puente[4], desnudada en la etimología, y no es casual que revisando las primeras notas

[A] Médico (Universidad Católica de Córdoba). Especialista en Psiquiatría. Médico del Hospital Colonia Santa María de Punilla, Hogar con Centro de Día YIÑ PEUMAYEN y Posta Sanitaria Los Molinos. Córdoba. Argentina. eugenio.mazzucco@gmail.com

1 *Posteriormente la cita fue rectificada " ... me tengo que separar cuando ya estoy bien."*

2 *Derivado del leonés o port. de baraça "lazo, cordel, cordón". Este a su vez de origen incierto, pero probablemente prerromano y acaso céltico: el sentido primitivo puede ser el del port. dial. baraço " cuerda hecha de pelos sacados de la cola de un animal". Joan Corominas.*

3 *Entusiasmo: derivado del gr. enthusiázo "estoy inspirado por la divinidad", que a su vez procede de enthusía "inspiración divina", y este de énthus "inspirado por los dioses". Joan Corominas.*

4 *Veremos mas adelante la idea de terapeuta como puente.*

aparece registro de la dificultad de Claudia con el aire: "Fui a consultar porque tenía pánico, apnea y miedo. Ya me sentía mal al año de venir de Alemania. Entré al Sanatorio y vi un cartelito que decía "trastorno de pánico", yo tendría que consultar acá; me queda cerca, me dice el Edi, lo conocemos; ojalá me toque con él. Llegue a vos por el pánico más el cartel."

Desde mí este proceso estuvo regido por algunos conceptos posibilitadores que funcionaron como referentes. Curar, integrando y ampliando.

Curar fue re-significado por mí hace muchos años, gracias a la necesidad de liberarme del peso que se había instalado sobre el vocablo. Desgraciadamente la influencia pedante del positivismo y los avances de la terapéutica médica, vertían sobre él el sentido de abolir la enfermedad. El cazador fotografiándose con un pie apoyado sobre el cadáver del león derrotado[5].

Curar tiene que ver con acompañar[6], y en tal sentido un terapeuta debe constituirse en puente entre un estado de padecimiento y un estado de salud. La manera de operar es intentando integrar lo inconsciente para que deje de producir padecer. Enterarse posibilita ampliar el registro de uno mismo y así poder comandar acciones que re-amplien lo sano sobre el territorio que lo enfermo supo usurpar. Integrar-enterar lo inconsciente es avanzar sobre la posibilidad de adueñarse de lo que uno es y es potencialmente.

En el trabajo con Claudia surgió espontáneamente la manera de acomodar la integración que pudo alcanzar a lo largo de los cuatro años de análisis. Recapitular fue la palabra clave.

Apareció en mí la imagen del Libro y por ende la de la escritura. Poder recapitular es poder tener una nueva versión de nuestra historia personal.

En el trabajo con Claudia surgió espontáneamente la manera de acomodar la integración que pudo alcanzar a lo largo de los cuatro años de análisis. Recapitular fue la palabra clave.

Apareció en mí la imagen del Libro y por ende la de la escritura. Poder recapitular es poder tener una nueva versión de nuestra historia personal.

Y allí nos lanzamos a recapitular. El 24 de abril le propuse que hiciera y registrara durante un espacio de la sesión, una lluvia de ideas. Con consigna libre y en silencio, ella aceptó lo propuesto. Vagamente intuí que podía ser útil a los fines de la recapitulación. Resulto así.

Hojas del roble
Puedes hacerlo
Mate
Caballos
Foto
Fotos
Campo
Quietud
Loras
Piso de ladrillo
Goteras
Olor del maíz
Recuerdos...
Infancia
Escuela
Alta en el cielo
Banda de música
Las palomas
Mi padreLa luz en el velador
Mi hermana
La soledad del campo
La soledad
Los retazos
Las huellas
Los sentidos abiertos
La maroma
La paz
Las patas de rana
La cocina
Los pavos
EL SILENCIO
La armonía
El atardecer
LA LIBERTAD

Al empezar la despedida, el día 24/04/03 [7]

5 *Remite a una fotografía personal de mi infancia. Sobre ella trabaje en diferentes oportunidades los reflejos que producía en mí. Ya comprenderemos más adelante la relación con el material de Claudia. ("el pequeño método de meditación fotográfica"*

6 *Cura: "asistencia que se presta a un enfermo" y antiguamente "cuidado".*

7 *Para la R.A.E.: (del latín recapitulare) "recordar sumaria y ordenadamente lo que por escrito o de palabra se ha manifestado con extensión. "*

Es claro que aparecen vocablos referidos a estímulos sensoriales de ese absoluto presente, pero se entremezclan otros que son referidos a otros tiempos. Le propuse que para la siguiente sesión tomara alguno de ellos y produjera escritura. Claudia aceptó lo propuesto.

Así es que la nueva capitulación se ordena como sigue:

HIMNO
EL MAPA
MI PADRE
LA FOTOGRAFÍA (1)
LA FOTOGRAFÍA (2)
MI MADRE
LA MAROMA
MI HERMANA

Interesante este orden. Vale como índice de su libro. ¿Que indicará? Este fue el primer escrito. Todos serán presentados en orden cronológico.

Himno

Alta en el cielo, un águila guerrera, cantan todos al unísono antes de entrar a la escuela. Y ahí estás vos, congelada en el tiempo, una semisonrisa en la cara, como queriéndote salir de la foto.

Estás feliz: tu mamá te planchó la pollera blanca y te vistió, porque tocás en la banda de la escuela. Parecés una muñequita militar en tu uniforme, un soldadito de piernas flacas a punto de realizar una gran obra.

Te toma la mitad de tu vida darte cuenta de que ahí es adonde querés volver: a la pollera blanca, al silencio del campo, al piso de ladrillos.

Tranquila, muñequita, no te apures: el futuro es largo y hay que prepararse.

-Ida y vuelta, en el mes de mayo de 2003

El próximo escrito fue trabajado sobre una fotografía de su padre. Allí nació lo que ella nomina como "el pequeño método de meditación fotográfica". Sobre esta fotografía apeló a meditar con la simple observación de la foto en un momento y contexto adecuado a tal fin. Dejar venir otras imágenes y reflexiones.

Mi padre

Puedo elegir esta fotografía. Es decir: quiero elegir esta fotografía, porque en ella no hay vestigios de lo que vendrá después: la complejidad, el desaliento, la fuerza poderosa que une a dos seres en un destino común.

Lo que se ve es sólo esto: un muchacho joven, con boina, sentado en un risco, atravesado por un viento leve que le roza la cara. Pueden ver sus pies: pies flacos y hermosos que ya han recorrido otros riscos y otros mares, el gesto despreocupado, sosteniéndose las manos que heredarán sus hijos cuando el muchacho joven ya no lo sea tanto.

Pues bien, éste es mi padre, que ha jurado ir a todos los lugares posibles en un andar con rumbo pero a la vez sin él: se escapa de sus padres -que son mis abuelos- y se sube a los riscos, camina, sonríe, se relaja, mira a la cámara. Disfruta del aire y del mar y de la caminata y de la vida sin responsabilidades, pues es un muchacho rico, sin desesperanzas, con un aire gentil que lo hace parte del entorno: encaja, pertenece a este mundo, se mueve en él con soltura. Va y vuelve, recorre, visita, camina: todavía nada lo puede parar. Las noches lo encuentran en Berlin, en el Ku'damm, en Paris, en España, caminando una noche de luna llena en las tierras de sus ancestros.

No, padre, no seré yo quien aquiete estos recuerdos: dejemos que el tiempo haga lo suyo, que corra, que fluya, que espante los demonios que nos acosan.

En la fotografía hay un castillo que se yergue impávido: una fortaleza en el tiempo, un símbolo que no se inmuta, que no cambia.

En el mes de mayo de 2003

Mis registros sobre esta sesión hablan sobre la diferencia con su madre como instancia de dis-

criminación. Además refería a su madre como un testigo involuntario treinta cinco años más tarde. "en esa época ella fue un misterio grande, escribir es develarlo, hacerlo humano"

Mi madre

Quizás fue mi madre quien tomó la fotografía, lo que suena paradójico pues ella misma odia ser fotografiada: como ciertas tribus, tiene temor de que su espíritu quede aprisionado en la imagen, sin posibilidad de retorno, o de defensa alguna.

Por esta razón sus fotos nunca son exactas, ni típicas, reflejan gestos forzados, posturas extrañas, como si de esta forma no se comprometiera con el momento, como si no quisiera ceder a nadie algún instante en particular.

Me pregunto porqué estoy mirando esta foto treinta y cinco años más tarde, si ella y yo ya somos personas diferentes, moldeadas en la misma historia pero afectadas de modo desigual, asimétrico: mientras que a mí el campo me significa libertad a ella la oprime, la angustia, sobre todo a la hora del crepúsculo, que es donde algunos aciertan a ver una especie de muerte del día, no una transición temporal hacia la noche.

28 de junio de 2003

En esta sesión Claudia propone salir a caminar. Tomamos rumbo al Norte. Ella comienza a hablar espontáneamente de las cosas que consiguió con el tratamiento. Sintetizó cuatro puntos: no tener más ataques de pánico, poder estar con su padre tranquila, dejar un trabajo e ir a gimnasia.

Le propongo que el recorrido ecuestre se estaba constituyendo metáfora del tratamiento. Salimos con rumbo incierto conociendo solamente el punto de partida, atravesamos con dificultad un tramo con yuyos altos y secos, debiéndonos detener y decidir prácticamente cada paso. Luego llegamos hasta el gran árbol amputado en sus ramas por una tormenta. Es un espectáculo triste, pero ya tenia brotes nuevos; se liberó del peso de las grandes ramas y ahora podía desarrollar las yemas dormidas, y dejar que estas crezcan en otras direcciones, de otras maneras. Luego atravesamos el arroyo seco y regresamos a la Maroma por un campo abierto.

Esta fue en realidad la última sesión, o bien la primera del final de análisis. Ambos lo sentimos y lo corroboramos después.

La Maroma

Cruzar la maroma. Dejar atrás la inquietud y las sensaciones de opresión, algunas partes de la vida que no encajan o están desajustadas.

Cruzar ya es un gran paso; ya no importa lo que viene por delante porque algo ha cambiado: los gestos, las ideas, la proyección. Lo importante es no tener miedo de seguir una vez que se ha cruzado el límite, una vez que se ha establecido el antes y el ahora, el pasado y el presente.

Las ataduras ya no son tan fuertes, se diluyen, se agotan en el vaivén del ida y vuelta, pierden significación en el devenir. Ya no nos desnudan con su tiranía incoherente: ahora podemos decirles adiós, para siempre adiós.

30 de agosto de 2003

La Maroma, vine a descubrir que es un vocablo que se refiere a diferentes cosas. Mucha variedad, rica por cierto. Pero la razón de que este lugar, el de trabajo, también llevará este nombre, es porque me gusto la metáfora de lo que nombra. Se refiera al tramo de alambrado o cerco que es atravesado por un curso de agua. De hecho en las primeras entrevistas aconteció que Claudia debía atravesar el alambrado para poder realizar la sesión. Y la metáfora encierra la idea que en realidad uno puede detenerse en la maroma solo transitoriamente, igual que ese tronco que queda atajado y en la próxima crecida sigue el curso del arroyo. Así pues vuelvo sobre la idea de puente.

El 9 de agosto retoma en la sesión la lista de la lluvia de ideas. La lee. Dice: "ya estoy en paz con todo esto". Habla de la libertad, que ahora siente. En su lista estaba escrita con mayúsculas la idea LIBERTAD. Trabajamos sobre el estar en armonía. Jugamos con los diccionarios.

Mi hermana

Mi hermana no aparece en la fotografía. No es extraño ni hay que culpar a nadie: cada una

tiene sus propios instantes asegurados en el papel, registrados en momentos que ya nunca puede dañarnos, apenas es un silbido en la oscuridad, un aliento, una señal ínfima. Ella no está allí pero sí está en otros lugares, a la par, en una sincronización de experiencias casi perfecta, latente, visible: a mí y a ella, a ella y a mí; parece decir el pasado cuando habla algunas veces. A mí el campo, a ella la inquietante y dolorosa belleza de la naturaleza, a ambas las voces que vuelven para decirnos lo asociados que están nuestros espíritus.

Pero no te preocupes, hermana: la flecha del tiempo que nos alcanzó una vez ahora no puede dañarnos, apenas es un silbido en la oscuridad, un aliento, una señal ínfima.

4 de setiembre de 2003

Finalmente este fue el último escrito. El de ella, y el mío.

Como cierre incluyo algunas páginas del constructo libro/objeto de Claudia.



LA OTRA CARA DEL ABUSO: LA DESMENTIDA DEL CUIDADOR

Brian Sardar [A]

Introducción

El siguiente escrito parte de una coyuntura clínica cada vez más frecuente: los abusos sexuales infantiles. El relato de estos no parte únicamente de los niños, sino también de adultos que haciendo gala del trauma en dos tiempos, rememoran, actualizan y presentifican los efectos del abuso vivenciado en el pasado. Si bien es innegable y de sumo interés el modo en que estos repercuten en el psiquismo, nos abocaremos a estudiar otra de sus aristas. Es que para que el abuso suceda, se requieren dos tipos de adultos: uno que lo/la violente y otro que no registre la situación como tal. En función de esto último entonces, estudiaremos el modo en que el ambiente (familiar) responde al anoticiarse del abuso, los efectos que esto acarrea, y el modo en que el analista podrá intervenir.

Los efectos de la desmentida

Una característica que encontramos en el relato del abuso, es el modo en que el mismo se sostiene en el tiempo. No es de extrañar, si se consideran todos los estudios realizados, que detallan

[A] *Lic. en Psicología. Ex residente y actual Jefe de Residentes en Hosp. Ramos Mejía. Docente en Facultad de Psicología(UBA). Maestrando en Psicoanálisis. CABA. Argentina. briansardar@gmail.com*

la forma en que el abusador extorsiona a su víctima, en pos de mantener el secreto. Es aún menos llamativo aún, si recordamos que es tres veces más probable que el abuso sea perpetuado por un adulto perteneciente a la familia (Summit, 2005). El efecto siniestro es inconmensurable en estos casos: allí donde debería haber alguien familiar que vele por el cuidado del sujeto, adviene lo oscuro, lo ominoso, y lo extraño que se torna extrafamiliar. En estas circunstancias, el sujeto puede presentar serias dificultades para orientarse, en tanto las categorías témporo-espaciales habituales se ven suspendidas. La denuncia se ve imposibilitada, en tanto el sujeto no sabe en que creer. No obstante, para que esta situación se perpetúe en el tiempo, solemos encontrar también cierta complicidad, en ocasiones no del todo consciente, de parte de los adultos que se encuentran a cargo del cuidado de ese/a niño/a. Uno de los mecanismos más frecuentemente utilizado por estos adultos es el de la desmentida, que implica la coexistencia de dos juicios contrapuestos bajo la forma de "Lo sé pero aun así…". El mismo bien puede operar mientras el abuso sucede, llevando a un no registro del mismo; o también luego de que el mismo sea denunciado por el niño, descreyendo de su palabra. Justamente en relación a esto último, Borgogno (2008) señala que el carácter traumático no refiere únicamente con lo impropio sucedido, sino también con lo que se podría haber hecho y no se hizo. Al develarse el abuso, el sujeto espera y requiere un alojamiento amoroso y confiable, garantizándose un acompañamiento por parte de sus cuidadores. No obstante, en ocasiones se encuentra con respuestas que lo rechazan y culpabilizan, horrorizados frente al relato del abuso. ¿Qué consecuencias trae aparejada esta respuesta renegatoria de los cuidadores? "La incredulidad y el rechazo por los cuidadores adultos incrementarán el desamparo, la desesperanza, el aislamiento y la auto-culpa que construye los aspectos más dañinos de la victimización sexual del niño" (Summit, 2005, p.2). Lo traumático del asunto es que aquellos que deberían velar por el cuidado incondicional de ese sujeto, deciden desviar la mirada ante la noticia del abuso. Se transforma en un secreto a voces. Ese Otro del que sujeto depende para sobrevivir en su estado desvalimiento, no responde por él. Se muestra impotente. El abusado se encuentra entonces capturado en una encerrona trágica: una tragedia tortuosa en la que habitan oprimido y opresor, sin una instancia tercera a la cual apelar (Ulloa, 2011). Lo inasimilable no es únicamente el abuso, sino también la falta de miramiento y disponibilidad emocional de aquellos que debieran cuidarlo. Siguiendo los aportes freudianos en "Inhibición, síntoma y angustia" (1926) es esperable en estos casos encontrarse con desarrollos de angustia. Recordemos que la misma es conceptualizada como la reacción frente a un peligro y que el mismo hace referencia al aumento de la tensión psíquica, frente a la cual el sujeto es impotente. Freud señala en estos casos el desvalimiento psíquico y biológico del sujeto, que rememora la situación del nacimiento. Este aumento de las magnitudes de estímulo, bien podría pensarse en relación al abuso per se. Un monto de excitación que no puede ser tramitado y que rompe la barrera antiestimulo. Ahora bien, Freud señala que el infante descubre que el adulto a cargo de su cuidado es capaz de poner fin a la situación peligrosa, resolviendo la perturbación económica. De allí concluye que "el contenido del peligro se desplaza de la situación económica a su condición, de pérdida de objeto" (Freud, 1926, pp.130). Es decir, lo angustiante no es simplemente la perturbación económica vivenciada a partir del trauma que puede implicar un abuso, sino también que el objeto de amor capaz de resolverla, se haya mostrado ausente e impotente. Valdría aclarar que asimilar que quien debe cuidar y proteger decide no hacerlo, puede ser devastador para el psiquismo, por lo que encontramos que las víctimas de abuso tienden a culpabilizarse y llenarse de rabia por lo sucedido. "Un niño acosado por un padre u otro hombre en el rol de padre y rechazado por la madre está psicológicamente huérfano y casi indefenso contra las múltiples consecuencias nocivas"(Summit, 2005, p.3). Es que en términos psíquicos, es más sencillo y menos angustiante culparse por lo sucedido, en lugar de considerar que el Otro protector que debiera velar por él, decide no hacerlo.

El detrás de escena

Ahora bien ¿Por qué se apela a esta mecanismo renegatorio, volviéndose tan dificultoso concebir el abuso? Muchas son las respuestas posibles. En principio, mencionábamos anteriormente que

gran parte de estos, son perpetuados por un miembro de la familia. No en pocas ocasiones, el padre o quien hace la función del mismo. Frente a la denuncia de abuso por parte del sujeto y la negación por parte del abusador, el/la cuidador/a se encuentra con un dilema: uno de los dos miente y no merece su confianza. Por un lado, se encuentra su retoño, a quien tanto ha cuidado y amado. Por el otro, el abusador encubierto, persona que ha sido digna de confianza y que ha sido su apoyo y compañero en la construcción de su proyecto vital. Ha apostado por esa persona. "La seguridad total de la madre, su ajuste vital y mucho de su sentido de autovalía adulta demanda una confianza en la seriedad de su compañero. El aceptar la alternativa significa la aniquilación de la familia y un gran trozo de su propia identidad" (Summit, 2005, p. 14). En relación a esto, Laurent (1999) plantea el concepto de familiarismo delirante, para referirse a aquellas situaciones donde en pos de sostener "La voluntad del bien" se pretende instalar una familiar, allí donde no la hay. Esta intención de conservar una forma de familia a todo costo, lleva inevitablemente a forjar falsos lazos entre sus miembros.

En otras ocasiones, encontramos que este mecanismo, responden a vivencias pasadas propias del adulto cuidador. Así, muchas mujeres que han sufrido un abuso en su infancia, encapsulan psíquicamente el episodio, mediante mecanismos de disociación y escisión del yo. Esto lleva a un empobrecimiento psíquico que dificulta la posibilidad de reconocer la presencia de algo que las lleve a tomar contacto con aquellos episodios traumáticos, que fueron aislados del resto del funcionamiento psíquico. "Esto se ve muy bien en algunas mujeres que nunca hablaron del abuso que sufrieron en la infancia y para mantener en silencio frente a sí mismas ese acontecimiento infantil como si nunca hubiese sucedido, desmienten la posibilidad de que sus hijos sufran un abuso y no pueden entonces protegerlos" (Toporosi, 2018, p. 24). En estos casos, asumir la posibilidad del abuso del infante, puede conectar, investir y actualizar el recuerdo del propio abuso. Mediante la desmentida, se permite mantener encapsulada y aislada la propia vivencia, en pos de sostener el propio funcionamiento psíquico.

El que-hacer del analista

Muchas son las consideraciones a tener en cuenta, cuando nos encontramos con un paciente que nos relata un abuso. En principio, siguiendo los lineamientos de Winnicott, será necesario por parte del analista mostrar cierta disponibilidad y confiabilidad. Puede que el paciente relate este suceso por primera vez, que finalmente abra las compuertas de ese episodio que bien pudo haber estado enquistado por mucho tiempo. "A veces el analista tiene que esperar mucho (...) es probable que la confiabilidad del analista sea el factor más determinante porque el paciente no la experimentó en el cuidado materno de la infancia y para poder hacer uso de ella, necesitará encontrarla por vez primera en la conducta del analista" (Winnicott, 1993, p.48). Como mencionábamos anteriormente, para que el abuso se genere se necesitan dos adultos: uno que lo perpetúe – y señalábamos lo frecuente que sea alguien al interior de la familia- y alguien que de algún modo permita que esto sucede. En esos casos, el sujeto se encontró con que no podía confiar en aquellos que supuestamente debían velar por su cuidado. Durante el análisis, el sujeto tiene una segunda oportunidad. Sera menester que el analista esté disponible emocionalmente para alojar este relato, que no se derrumbe ni se horrorice frente al mismo, más allá de la preñancia imaginaria del mismo. Debe ser capaz de esperar, sin juzgar ni rechazar lo dicho, a fin de no reeditar las respuestas que le fueron brindadas anteriormente. Su función será la de sostener el proceso-holding-sin pretender interrumpirlo con interpretaciones presurosas, que bien podrían atentar contra un Yo frágil. Lo que es más, el yo del sujeto puede encontrarse tan endeble, que el analista bien podría funcionar como una matriz auxiliar, a fin de ayudar a organizar el relato a través de un espacio transicional entre el sujeto y el analista. Con este auxilio o suplemento del analista, el sujeto podrá comenzar a ficcionar el relato, sistematizándolo a partir de un secuencia lógica, muchas veces ausente luego del traumatismo (Toporosi, 2018). Esto permitirá reinstaurar ciertas referencias temporo-espaciales- definiendo qué, cómo, donde y cuando sucedió; con quien se puede contar, etc.- perdidas por el efecto siniestro del abuso. No en pocas ocasiones, al profe-

sional le tocará actuar como instancia tercera a la cual apelar, a fin de quebrar la encerrona trágica. De allí la importancia de aceptar, creer, validar y alojar el relato del sujeto. La marca simbólica que puede dejar el hecho de que alguien le crea y rompa el pacto de silencio con el abusador, puede ser inconmensurable. En este sentido, se vuelve fundamental sostener la abstinencia pero no pretender alcanzar una neutralidad frente a estos hechos. Es menester nombrar el abuso como tal, pues sino caeríamos en el sistema renegatorio que dio lugar al abuso: mantener la fachada del desconocimiento, frente a una verdad develada. "Lo sé, pero aun así…". Nuestra ética nos obliga a no asumir una posición neutral frente a este tipo de padecimiento, nombrando al abuso como tal, definiendo quien lo hizo, etc. Pretender alcanzar una neutralidad en estos casos, sería renegatorio (Toporosi, 2018). Por último, podremos tomar algunas indicaciones clínicas que Mitre (2014) considera al momento de trabajar con la clínica del desamparo. En principio, explica la importancia de señalarle al sujeto que no es responsable por el hecho que sucedió. Es frecuente encontrar que los pacientes acuden invadidos por sentimientos de culpa y este movimiento del analista, puede generar un alivio considerable. Ahora bien, será fundamental señalar la responsabilidad posterior al evento, la respuesta del sujeto frente a esto. Tal es el caso de aquellos pacientes que se encuentran formando parte del sistema renegatorio familiar. Finalmente, cuando esta lógica se devela, el sujeto puede estallar en ira contra sus cuidadores. Aquellos adultos que debían velar por él, descreyeron del abuso, mirando al costado. Será necesario hacer lugar a estas emociones. Alojarlas, sostenerlas, permitir su elaboración. Pues nadie lo ha hecho hasta ahora. El análisis es su segunda oportunidad. Habrá que saber hacer con ella.

Bibliografía

Borgogno, F. (2008). La concepción clínica y teórica del Trauma en Ferenczi. Un breve mapa introductorio. En Revista SAP. Interpretación. P. 3-30. Buenos Aires. Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En Obras completas. Tomo XX. Ed. Amorrortu.

Laurent, E. (1999). El sujeto del inconsciente y el enigma de las normas, en CIEN, Instituto del Campo Freudiano, Buenos Aires.

Mitre,J. (2014). La adolescencia: esa edad decisiva.Buenos Aires:Grama Ediciones.

Summit, R. (2005). Síndrome de acomodación en el abuso sexual infantil. Child abuse & Neglect, 7, 177-193.

Toporosi, S. (2018). En carne viva: Abuso sexual infantojuvenil.Buenos Aires: Topía.

Ulloa, F. (2011). La Novela clínica psicoanalítica. Buenos aíres. Paidós.

Winnicott, D. (1993). Los Procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires, Paidós.

¿QUÉ EFECTOS EN EL SUJETO PUEDE TENER EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? UN CASO DE ESTRAGO MATERNO

Carolina Liebermann [A]

CASO CLÍNICO: "Si doy me quedo vacía"

Paula, de 40 años, inició tratamiento combinado en consultorios externos de un Hospital de CABA en noviembre 2018. Desde dicho momento, es sostenida económicamente en su totalidad por su madre, quien le paga el alquiler del departamento en el que vive sola, y los gastos de comida y servicios. Como antecedentes, realizó múltiples tratamientos por Salud Mental desde sus 11 años, incluyendo 9 internaciones (por trastorno de la conducta alimentaria —anorexia—, au-

[A] Psicóloga (UBA) Ex-concurrente Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (CABA). Residente 4° año Hospital I. Pirovano (CABA). CABA. Argentina. caro_lieber@hotmail.com

tolesiones, y por varios intentos de suicidio por sobreingesta medicamentosa, algunos de los cuales requirieron lavajes de estómago).

Ella ubica, como desencadenante de su historia de malestar, el divorcio de sus padres a sus 11 años, momento en el cual inicia su primer tratamiento psicológico. Describe también su último trabajo más estable y formal: a los 26 años, como secretaria ejecutiva para un político en Mendoza, un puesto exigente que para ella fue *"un desafío"* en el cual aprendió mucho. Según ella, ese rol laboral siempre le gustó y lo pudo ejercer bien. Luego de un año aproximadamente, Paula volvió a Buenos Aires, dejando este trabajo, debido a problemas de salud relacionados con la comida: por su autoexigencia laboral comenzó a descuidar la alimentación (*"se me cerraba el estómago"*), por estar desorganizada con los horarios de comidas, llegando a bajar mucho de peso y hasta requerir la ingesta de suplementos dietarios. Al mudarse de vuelta a Buenos Aires, volvió a vivir en la casa materna junto con sus hermanos. Al ir pasando los años, éstos fueron mudándose, quedando ella conviviendo sola con la madre. En 2017, a sus 35 años, finalmente se mudó sola a un monoambiente que le alquila la madre (quien tiene un buen sueldo ya que trabaja en el Poder Judicial), vivienda en la cual continúa en la actualidad.

Desde que Paula inició tratamiento a fines de 2018, consiguió (y perdió) dos trabajos. El primero, como asistente de producción en una radio (ad honorem); y el segundo, un tiempo después, como vendedora en un local de ropa (al cual entró a través de un contacto de su madre). Ambos trabajos tuvieron un desarrollo similar: los inició con mucho entusiasmo y cierto grado de idealización hacia sus compañeros y empleadores, pasando luego a un período de quejas y malestar por intensos conflictos vinculares en el ámbito laboral. Pese a abordar estas cuestiones en el espacio analítico (ubicando junto a la paciente cuestiones repetitivas en torno a estos vínculos, y buscando que pueda regular los modos de intercambio con sus pares), ambos trabajos finalizaron luego de pocos meses, de forma bastante abrupta y en malos términos, debido a estas peleas. Algo la vuelve a arrojar, una y otra vez, al lugar de dependencia económica —y simbólica— de su madre: *"Me independicé a los 19 años… Pero por algún motivo siempre vuelvo a vivir con ella"*.

Una cuestión central en la paciente es el vínculo con esta madre, caracterizándola como una *"relación simbiótica"*, de *"amor-odio, todo-nada"*. Se trata de un vínculo totalmente ambivalente, cargado de maltrato y agresión, y por otro lado de elogios y cuidados. Extremos que la paciente misma relata con frases que le ha dicho su madre como *"sos la mejor, mi hija preferida"*, y luego *"sos la nada misma, no sé para qué te parí"*. La madre, según la describe Paula, tiene un historial de sintomatología depresiva (períodos donde se encierra en la habitación), consumo excesivo de alcohol y episodios de heteroagresión verbal y "*ataques de ira*", incluso en la vía pública. Ambas mujeres parecen estar atrapadas en un pegoteo imaginario en el que por momentos se desdibujan los lugares de cada una; en palabras de la paciente: *"no le puedo hablar de nada porque se compara conmigo"*.

Paula se encuentra en un lugar complicado con respecto a su madre, ya que, por un lado, es un importante sostén para ella (tanto en lo económico como en lo afectivo, siendo uno de los pocos referentes constantes en su vida); pero por otro lado la deja en una posición de dependencia absoluta, principalmente debido a lo monetario. Paula relata que va periódicamente a casa de la madre a buscar dinero, recibiendo de a pequeños montos que no le permiten subsistir más de unos pocos días. Cuando realiza las compras grandes de supermercado, lo hace junto a la madre, ya que es quien se lo paga con la tarjeta de crédito; y Paula se queja continuamente de tener que estar a la espera de que la madre se sienta bien o esté de ánimo para acordar acompañarla a comprar. Pese a reiterados intentos de organizar algo de esto en el tratamiento (como proponerle a la madre un acuerdo y que le dé un monto más grande de dinero que le dure un mes o al menos varias semanas, para organizarse más autónomamente con sus gastos)… esto aún no se pudo lograr; y ella parece quedar siempre a merced de un deseo materno que se revela como caprichoso.

Algo llamativo para mencionar es una serie de actos en los que incurre la paciente esporádicamente: roba pequeños artículos de comercios como supermercados o farmacias. Lo interesante

es que luego de cometer estos hurtos, lo primero que hace es llamar a la madre para contarle lo sucedido, sumamente avergonzada. Lo que ocurre luego es que la madre la regaña (*"Hablalo con tu terapeuta porque es gravísimo"*), y ella se retrae durante varios días en su departamento. Al hablar al respecto, Paula se reprocha: *"Yo sé que es un delito, una exposición... ¿qué estoy buscando?"*. Un dato no menor que debe recordarse es que su madre trabaja en el Poder Judicial. ¿Podría leerse, en estos actos de la paciente, una búsqueda del límite en el Otro, de una legalidad que no estaría totalmente inscripta en su psiquismo?

Al indagar más sobre su esfera vincular, Paula refiere que hace casi 5 años no tiene un grupo de amigos. Se fue distanciando con el tiempo de sus compañeras del secundario, y en estos 2 años de tratamiento, menciona esporádicamente a uno o dos amigos que conserva desde la adolescencia, y luego ubica pocas amistades que mantiene con inestabilidad (dos kiosqueras de su barrio). Y respecto a su familia, tiene relación un tanto lábil con sus hermanos y primos, a quienes ve durante algunos períodos, los cuales tienden a interrumpirse por diversos conflictos y discusiones.

Jorge, el padre de la paciente, aparece poco en su discurso. Paula refiere que recibió mucho "*maltrato psicológico*" por su parte, y que se distanciaron luego de su adolescencia, ya que el padre formó otra familia, con otro hijo (*"Nació Joaquín y su vida fue Joaquín"*). Hace tiempo ella le hizo algunos reproches al respecto (*"Tenés 5*

hijos, no solo Joaquín"), y el padre la bloqueó del celular. Recientemente se reconciliaron, y la relación se mantiene con altibajos.

Actualmente, Paula se encuentra en pareja con un hombre que conoció hace algunos meses, en un vínculo cargado de quejas por su parte (respecto a aspectos de él que no soporta y que le causan angustia) y múltiples peleas, separaciones y reencuentros. Es importante mencionar que este modo de vincularse (en pareja o amistad) se ha repetido una y otra vez con distintas personas a lo largo del tratamiento; iniciando con cierta idealización del otro y avanzando el vínculo a gran velocidad (por ejemplo, llega a casi convivir a los pocos días de conocerse), para terminar luego abruptamente en escenas cargadas de drama. Ella en reiteradas ocasiones describe sus vínculos amorosos como *"mendigar para no estar sola"*. Cuando estas relaciones caen, cae ella (*"me quedo vacía"*), y vuelve a erigirse como principal referente su madre, la cual continúa como la figura que más aparece en el discurso de Paula, a la cual recubre, intermitentemente, con quejas, reproches y elogios, oscilando entre el amor y el odio.

Retomando la cuestión laboral, es importante mencionar que la falta de trabajo se asocia a un intenso malestar por parte de la paciente, quien refiere que tener un empleo y una rutina la hacen sentir "*útil*" y con mejor autoestima. A pesar de sus reiteradas quejas al respecto, y si bien dice haber buscado algunas veces en portales online, en una sesión admitió "*no estar activando*" con la búsqueda de trabajo, ni de otras actividades de disfrute.

EL PEDIDO

En este contexto, a fines del 2020 llegó un pedido un tanto desconcertante hacia el equipo tratante: renovar el Certificado de Discapacidad, el cual tuvo durante 5 años (hasta justo antes de empezar el tratamiento en el Hospital). Al indagar sobre esto, se esclareció que dicho pedido había surgido por iniciativa de su madre, quien está próxima a jubilarse, por lo que no contará con los mismos medios económicos para seguir manteniendo a la paciente. El CUD entonces le permitiría acceder a una pensión, y así a un monto de dinero con el cual solventar algunos de sus gastos. Por un lado, tener ese dinero le daría cierta autonomía a Paula... Pero no dejaría de posicionarla, nuevamente, en un lugar pasivo de dependencia. ¿Qué hacer?

Luego de pensarlo y discutirlo como equipo tratante, se concluyó que Paula no es una paciente cuyas características, cuadro o sintomatología actual ameriten un Certificado de Discapacidad. Pero más allá de las consecuencias prácticas de esto, es interesante reflexionar acerca de las implicancias simbólicas, tanto para la paciente, como para su analista. Se trata de una decisión ética.

¿QUÉ LUGAR PARA EL SUJETO?

Resulta pertinente, para pensar acerca de la lógica de este caso y la direccionalidad del tratamiento, pensar sobre los modos constitutivos que ha atravesado Paula como sujeto, que la llevaron a presentar estos síntomas y problemáticas, y que ella experimenta con tanto malestar.

En términos generales, el armado psíquico del sujeto naciente atraviesa ciertos tiempos diacrónicos. En un primer momento, se produce la *alienación* al Otro, como representante del lenguaje, del conjunto de los significantes. El Otro materno se erige como figura primordial que inscribe marcas en el cuerpo del ser hablante indefenso, siendo el primero que codifica sus demandas dentro del campo del lenguaje. En esta operación, se funda el sujeto, quien queda alienado a los significantes que le vienen del Otro; es decir, es hablado por el Otro. En este punto aún se encuentra únicamente el fantasma de este Otro materno. En un segundo tiempo lógico, el Nombre del Padre opera como función de corte y *separación* ante este Otro omnipotente, como punto de detención ante la voracidad del deseo materno. Se pone en juego una dimensión más allá de la madre, una ley que la determina y quiebra su omnipotencia. Se abre así el espacio para que se constituya el fantasma neurótico, como una escena que enmarca la respuesta ante la pregunta de "¿qué me quiere el Otro?", qué lugar ocupa el sujeto para el deseo del Otro.

Ahora bien, este camino no está exento de fallas o tropiezos, que en cada sujeto adquirirán características singulares. En pacientes que podemos ubicar como estructuras *borderline* —diagnóstico en el que la analista considera que se enmarca esta paciente— puede decirse que se constituye el fantasma con una particular labilidad, articulándose una pregunta infantil por el amor del Otro: "¿puedes perderme?". Esta pregunta no cesa de inscribirse, una y otra vez, llevando al sujeto a una repetición de actos problemáticos en los que va hacia los límites de la escena, cayendo muchas veces de ella (acting out, pasaje al acto). Podría ubicarse como ejemplo de esto a los hurtos descriptos, con el posterior llamado a la madre, lo cual se lee como un acting out: acto enmarcado en una escena que apunta directamente hacia el Otro materno que encarna la ley, convocando su mirada, su castigo y simultáneamente su contención.

En la misma línea, puede denominarse como *estrago* a la relación particularmente problemática entre el sujeto y ese Otro materno. En la clínica del estrago, el Nombre del Padre sí opera, no se trata de una psicosis, pero lo hace de modo fallido, quedando el sujeto a merced de un Otro excesivamente voraz y arrasador. Algo escapa a la total regulación fálica, y el niño queda ubicado en posición de objeto de goce de esa madre, pegado a su demanda insaciable, sin poder salir de la captura en el fantasma materno. El tratamiento en estos casos apunta justamente a poder producir esa separación no acontecida, para que el sujeto construya un fantasma propio. Si bien esta problemática es fundante en todo ser hablante (ya que es inherente al vínculo ambivalente y primario con el Otro absoluto), cobra particular intensidad en la relación madre-hija, donde se suele observar un Superyo especialmente severo.

HACIA UN CAMBIO DE POSICIÓN

Puede ubicarse que Paula se encuentra en una posición infantilizada respecto de su madre, enmarcada dentro de la forma clínica del estrago. Esto puede leerse en cada uno de sus dichos y actos, donde cada vez se redobla su lugar coagulado en el fantasma materno, lugar de "nena" que busca continuamente protección, retos, límites. El análisis de la paciente se dirige a que ella pueda ubicar esa posición, y problematizar algo de esto, instalando una pregunta que desafíe sus constantes

quejas y reproches, apuntando a conmover ese lugar. Ante este Otro materno que tantas veces la arrasa, se busca horadar, velar algo de esta voracidad, para componer un espejo distinto desde el cual armarse una imagen propia más amable.

A lo largo del tratamiento, se logró componer cierta distancia de esta madre, para desarticular —aunque sea un poco— aquel pegoteo simbiótico en el que ella quedaba a merced de la inestabilidad emocional de su progenitora. Un ejemplo de esto, es que la paciente comenzó a poder retirarse de la casa de la madre en los momentos en que ésta se encontraba "depresiva", ubicando

que le hacía mal ver a su madre en ese estado. También pudo poner límites a la permanencia de la madre en su departamento, decidiendo no invitarla más a cenar, luego de un episodio en el que la madre la agredió muchísimo en estado de ebriedad. Paula ubica que desea preservar la tranquilidad en su departamento, el cual es *su* espacio. El trabajo analítico también apunta, continuamente, al armado de una red socioafectiva más amplia (incluyendo la búsqueda laboral y de otras actividades), para correr a la madre de ese rol tan pesado que adquiere como único sostén y referente.

Este punto se complejiza ya que Paula suele vivir los vínculos con los otros de modo caótico, oscilando entre los polos de la idealización y la agresión. Aquí también se ha trabajado mucho en el tratamiento, en torno a su posición, situando que ella queda totalmente adherida al otro, y cuando estas personas desaparecen (ya que esto ha ocurrido varias veces, con distintas parejas breves, a lo largo del tratamiento), ella cae completamente, quedando deshecha su autoestima, de modo melancolizado (*"tengo ganas de no estar", "me siento una cosa"*). Es un trabajo continuo con Paula, en torno a esta posición desdibujada que adquiere al ubicarse junto a los otros, donde ella como sujeto queda casi perdida. Si bien tiende a repetir su modalidad vincular, se han observado algunos cambios respecto a una mejor maniobra con los limites ante el otro, y un accionar en los "grises", sin ir tan bruscamente a las emociones extremas.

El análisis apunta a elaborar ese lugar de objeto en el fantasma materno al que se ella se identifica, que oscila entre ser el peor desecho (la nada) y el falo recubierto de brillo (la mejor hija), para comenzar a trazar algo de sus propias elecciones, y así construir un mejor armado de sí. Como puntualiza Silvia Amigo (2005), el trabajo con este tipo de pacientes no se trata de un atravesamiento del fantasma como en la neurosis clásica, sino de un paso anterior, más primario, ateniente a su constitución. Instalar una pregunta en el sujeto, para que pueda armarse una respuesta diferente, propia, respecto de qué busca ella en el Otro, y motorizar una posición deseante.

Y con respecto a la cuestión puntual que disparó los interrogantes de este trabajo, se sitúa la negativa de la analista a firmar las planillas para solicitar el CUD. Esto fue conversado en una entrevista en la que Paula se mostró irritable y enojada ante esta respuesta que iba en contra de su pedido. Si bien no fue sencillo manejar esa situación, ya que se instaló un clima de malestar en la escena del consultorio, se intervino —junto con la psiquiatra tratante— marcando a la paciente las características que la alejan de quien realmente requiere dicho CUD, y devolviéndole una imagen distinta a la de "la enferma" o "la discapacitada" (lo cual ya venía siendo tema de las sesiones). Al mismo tiempo, se señalaron su irritabilidad e intolerancia a la frustración cuando dichas emociones emergieron, para trabajar también de modo más focalizado con estos modos de respuesta que tiende a repetir, lo cual perturba, una y otra vez, su posibilidad de establecer lazos con los otros.

Resultó importante como analista asumir una posición activa de negación ante aquel pedido, concibiendo esto como un acto guiado por la ética, y que tiene efectos en el tratamiento. A partir de la lectura del caso, se entiende que consentir a su demanda redoblaría aquella posición infantilizada respecto del Otro. Una posición totalmente pasiva que no le permite poner en juego algo del lugar propio, ni desplegar su propio deseo. Para que esto ocurra, es necesario un paso previo, la instalación de una hiancia respecto al deseo materno para que pueda surgir una pregunta, y así otro modo de respuesta posible. Es sobre esta cuestión que se ha estado trabajando en el espacio analítico.

REFLEXIONES FINALES

La especificidad del abordaje psicoanalítico implica una posición ética en quienes asumen el tratamiento de los pacientes, y un modo particular de abordaje a partir de la lectura de cada caso singular, y el modo en que cada sujeto se ubica respecto al Otro y a sus otros.

Hay casos clínicos que confrontan a los analistas a decisiones difíciles, que tendrán consecuencias en la dirección de la cura. Es fundamental reflexionar acerca de estos actos, para poder idear

intervenciones que le brinden al sujeto un modo menos doloroso de transitar su vida y una relación distinta con su deseo.

BIBLIOGRAFÍA

Amigo, S. (2005). Clínica de los fracasos del fantasma. Homo Sapiens Ediciones. Argentina.

Buchanan, V. (2009). Bordeando la histeria. En I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología UBA.

Zawady, M. D. (2012). La clínica del estrago en la relación madre-hija y la forclusión de lo femenino en la estructura. Desde el jardín de Freud: revista de psicoanálisis, (12), 169-189.

UN CASO DE DESENCADENAMIENTO: ¿PSICOSIS O LOCURA?

Carolina Liebermann [A]

"El delirio en la locura es un capítulo que le falta a la historia"
Élida Fernández. Psicoanalista.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se aborda un caso clínico para pensar acerca de los síntomas o episodios psicóticos: ¿toda manifestación de esta clase es índice de psicosis? ¿Puede haber desencadenamientos o "brotes" en la neurosis? ¿"Psicosis" y "locura" son sinónimos? A su vez, se reflexiona sobre estas cuestiones desde la óptica psicoanalítica, en contraste con la perspectiva diagnóstica psiquiátrica.

EL CASO CLÍNICO

Marcos tiene 33 años y es contador. Inició tratamiento por consultorios externos en el servicio de Salud Mental de un Hospital de CABA en junio 2019. Su motivo de consulta alude a una escena muy particular: fue a pasar el fin de semana al campo con unos primos, y a la vuelta, al parar en una estación de servicio de la ruta, vivió un episodio caracterizado por intensa angustia, falso reconocimiento y despersonalización. Antes de explicar detalladamente dicho episodio –cuya importancia radica en que es lo que motorizó los interrogantes de este trabajo– es necesario relatar más sobre los antecedentes de Marcos.

Cinco años antes, en una fiesta laboral, conoce a Cecilia, con quien comienza una relación. Relata que eran *"muy pegados"*, y que ella era muy celosa de su familia e incluso llevó a que él se alejara de sus amigos. Cecilia era oriunda de México, y había venido a Argentina a hacer un máster en Economía. La pareja fue en varias ocasiones a México de vacaciones, donde vive la familia de ella (padres y hermanos). Luego de salir durante un año, Marcos y Cecilia se mudan juntos, y en diciembre de 2014 se comprometen y deciden ir a vivir a México, con el objetivo de trabajar en la empresa familiar de ella, y con la promesa de que allí tendrían mejores condiciones de vida y progreso económico.

Aquí aparece uno de los puntos de quiebre del caso: Marcos relata que al llegar a México *"todo cambió"*. Por un lado, comienza su labor en las tareas contables de la empresa, donde descubre que estaba *"todo atrasado"*. Por otro lado, refiere que la familia de Cecilia se metía mucho en sus proyectos y cuestiones de pareja (por ejemplo, querían adelantar la fecha de la boda, frente a lo que él estaba en desacuerdo). A su vez, *"incumplían los planes"*, refiriéndose al salario que le habían prometido que le pagarían y el lugar donde supuestamente iban a vivir (al mudarse a México vivieron un tiempo en casa de los padres de Cecilia, y al plantear la idea de mudarse ellos solos, los suegros *"metían culpa"* para que no lo hicieran). Y con respecto a su pareja, Marcos ubica que ella cambió estando allá: *"era*

[A] *Psicóloga (UBA) Ex-concurrente Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (CABA). Residente 4° año Hospital I. Pirovano (CABA). CABA. Argentina. caro_lieber@hotmail.com*

mi enemiga", "cambió sus valores", "se perdió el respeto". Refiere que él intentaba poner ciertos límites ante la intrusión de su familia, pero ella no lo respaldaba: *"me dejó de considerar".*

La relación se volvió cada vez más conflictiva. En 2015 Marcos y Cecilia se distancian, y él se muda a otra vivienda. Una semana después de una pelea, ella sorpresivamente le anuncia que está embarazada. *"Un hijo… tomar la responsabilidad de una…"*, reflexiona Marcos. Tras varias discusiones, deciden tener al bebé, y unos meses más tarde la pareja se muda a un departamento propio.

En noviembre de 2016 nace su hijo, lo cual Marcos describe como *"la felicidad"*, aunque refiere que en este punto la familia de Cecilia también era generadora de conflictos: no les dieron las licencias correspondientes en el trabajo, por ejemplo, y continuaban interviniendo en sus cuestiones de pareja. La relación con Cecilia, ahora con un hijo de por medio, continuó empeorando. Marcos menciona repetidas disputas, en relación al cuidado del bebé, las tareas domésticas, el manejo de los horarios y la rutina. Agrega que pese a intentar hablar para solucionar las cosas en múltiples ocasiones, el diálogo era dificultoso, y no lograban ponerse de acuerdo.

A fines de 2017 la pareja finalmente se separa de forma conflictiva, y en abril de 2018 Marcos decide volver a Argentina, con la idea de que, desde aquí, podría brindar una mejor ayuda económica a su hijo. En esta instancia se ubica otro importante punto de quiebre en la historia del paciente: al irse de México, tanto Cecilia como su familia prácticamente interrumpieron el contacto con él, dejaron de responder a muchos de sus mensajes, e incluso le negaban poder ver a su hijo en fotos y videos. Cecilia le inició una demanda para quitarle la patria potestad, por lo que, al momento de inicio del tratamiento, la situación estaba judicializada.

En mayo de 2019, le llega un video de su hijo, de ya un año y medio. Marcos relata que, luego de verlo, se angustia y comienza a experimentar ciertos síntomas: ansiedad, insomnio de varios días de evolución, agudización de los sentidos (*"escuchaba todo, la tele del otro cuarto, la construcción de afuera, el perro del vecino"*), y un intenso miedo (a las motos en la calle, sensación de que le iban a hacer algo malo, y una ideación paranoide poco sistematizada de que la familia de México había pagado a una empresa para que lo envenenaran [1]). Agrega que estaba confundido, con lentitud mental, y muy sensible: *"me afectaba todo"*.

Al verlo tan mal, unos primos con quien tenía una buena relación lo invitan a pasar un fin de semana al campo. Refiere que en el viaje "*la ruta se me venía encima*", y reitera que se sentía *"raro", "confundido" y "retraído"*, no pudiendo integrarse a las conversaciones familiares o reírse de chistes que escuchaba. Pasados dos días, en el camino de vuelta hacia Buenos Aires, Marcos y sus primos paran en una estación de servicio de la ruta a tomar un café. Allí, comienza a ponerse nervioso, y refiere que se sintió *"abombado"* en medio de una conversación casual. Al querer volver al auto para retomar el viaje, Marcos de pronto camina de un lado al otro y comienza a gritar, insultando a la familia de Cecilia. *"Se me puso tensa la garganta"*, y también describe: *"sentí en la parte de atrás de la cabeza una vena, y que la sangre se iba para todos lados"*. Luego de esto, refiere que no reconoció a los primos que estaban con él: *"yo sabía que eran…pero dudaba… podían no ser"*. Éstos, asustados, llaman por teléfono a la madre de Marcos. El paciente recuerda que, al hablar con ella, le hacía preguntas como *"¿cómo te llamás? ¿dónde vivís?"*, para asegurarse de que efectivamente fuera su madre al otro lado de la línea. A partir de esta escena, sus familiares deciden llevarlo a la guardia de un Hospital.

Es interesante destacar el modo en que Marcos relata estos eventos en análisis: en varias ocasiones acota que él mismo se siente sorprendido ante lo que le ocurrió, incluso se ríe refiriendo *"cómo pude pensar eso", "mirá qué loco lo que hace la mente"*. De hecho, el episodio de la estación de servicio lo comunica ante una pregunta de la terapeuta luego de varias sesiones, excusándose mientras se sonríe: *"lo estaba evitando… no lo conté antes porque me daba vergüenza"*.

LA CUESTIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Marcos llegó a la admisión de consultorios externos del Hospital en junio de 2019, poco tiempo después del mencionado episodio. Al momento de la consulta, continuaba con síntomas de la serie

1 *De todos modos, manifiesta crítica parcial en torno a esta ideación: "yo sabía que estaba mal, pero lo pensaba igual", e incluso tenía vergüenza de que su familia supiera acerca de esas ideas.*

ansiosa, pero ya sin signos de desrealización o despersonalización. A partir de la indicación del equipo admisor, comenzó tratamiento psicológico y psiquiátrico [2].

Pocas semanas más tarde, en un intercambio con la psiquiatra tratante acerca del diagnóstico del paciente, surgió la siguiente nominación: *"Tuvo un episodio psicótico breve, que remitió"*. Esto disparó el interrogante central: ¿Puede una psicosis "remitir"? ¿Es esto posible?

En este punto es importante pensar desde qué óptica se realiza el diagnóstico. La psiquiatría y el psicoanálisis son disciplinas cercanas pero diferentes, y cada una tiene su propio marco teórico, en base a lo cual se lee el material clínico, se organizan los fenómenos y se orienta el tratamiento.

La psiquiatría diagnostica en función de los signos y síntomas que presenta el paciente al momento actual, agrupándolos según ciertos criterios (usualmente los del DSM IV) para corresponderlos con una categoría diagnóstica, y así asignarle un nombre al cuadro clínico. Es un diagnóstico *"desde fuera"*, que excluye el saber del sujeto acerca de sus síntomas y su padecimiento.

En psicoanálisis se habla de *diagnóstico de estructura*. Esto implica, a partir de lo desplegado por el paciente a lo largo de las sesiones en transferencia, poder hacer una lectura de los modos particulares de su constitución subjetiva, sus puntos de amarre, su lazo a los otros y al Otro, su manera de responder a lo real, su relación al lenguaje y al cuerpo, y también sus fallas e incluso agujeros en su matriz subjetiva. A partir de esto, se conforma una de tres estructuras: psicosis, neurosis o perversión, dando cuenta del modo de ese sujeto de estar en el mundo.

Dicho proceso diagnóstico no siempre es sencillo, lleva tiempo y el transcurso de varios encuentros, y en muchos casos es más un punto de llegada que de partida. Sin embargo, *"el diagnóstico se ubica dentro de los tiempos lógicos de la escucha como una conclusión necesaria aunque conjetural para decidir cómo vamos a encarar el tratamiento"* (Fernández, 2007). Esta autora señala la importancia de este discernimiento para el analista, para evitar incurrir en errores, ya que cada estructura supone un modo específico de abordaje, tratamiento y dirección de la cura.

Teniendo esto en cuenta, se retoma el interrogante anterior: si el episodio caracterizado como psicótico remitió, ¿se sigue hablando de una estructura psicótica? La presencia de un "episodio psicótico", ¿es automáticamente indicadora de una estructura psicótica? ¿Puede haber síntomas psicóticos (como la despersonalización sufrida por este paciente) en una neurosis?

Siguiendo los desarrollos de Lacan, la psicosis se constituye por la forclusión del significante del Nombre-del-Padre, elemento primordial que opera como "carretera principal" y ordenador del conjunto significante. La falta de esta pieza en la estructura lleva a una desregulación del goce por la función fálica, que puede dar lugar a fenómenos típicos como delirios, alucinaciones, trastornos del lenguaje y de la imagen corporal.

Pero muchos autores hablan también de *forclusiones parciales*, es decir que el Nombre-del-Padre no es el único significante que puede faltar. Ciertas manifestaciones clínicas clásicamente definidas como psicóticas son en realidad fenómenos de orden diverso, que adquieren distintos nombres dependiendo de la escuela: psicosis transitorias, locuras histéricas, delirio tóxico… Se trata, generalmente, de perturbaciones de lo especular: despersonalización, sensación de irrealidad, fragmentación del yo. Son estados, hechos locales, fenómenos transitorios, que dan cuenta de una suspensión de la neurosis en respuesta a algún avatar del destino que produjo un impacto subjetivo.

Pablo Muñoz (2009) señala que *"son producto de una forclusión parcial sobre un significante que no acarrea la perturbación del conjunto del lenguaje para un sujeto, lo cual da cuenta del fundamento edípico que anuda la estructura"*. Esto marca justamente la distinción diagnóstica que permite pensar si se trata de una neurosis que ha enloquecido, o del desencadenamiento en una estructura psicótica.

Este autor, siguiendo los desarrollos lacanianos, distingue de modo muy claro a la *locura como desanudamiento*, y a la neurosis y psicosis como *tipos de anudamiento*. Por lo tanto, la locura se ubica como un fenómeno transclínico, que puede ocurrir en cualquiera de las estructuras. El "enloquecer" no es necesariamente índice de una psicosis. Con esto puede responderse uno de los interrogantes previamente planteados. A continuación restaría indagar acerca de qué es lo que causa una locura, para pensarlo en relación a este caso en particular.

2 *Se modifica su plan de medicación: se retira la Olanzapina (indicada en la guardia), y se indica Sertralina y Clonazepam.*

Retomando la concepción mencionada, la locura da cuenta de un *desanudamiento* de los tres registros SRI: algo irrumpe en la vida del sujeto, provocando un impacto tal que produce los síntomas "locos". Hay una ruptura del equilibrio, del ser, una detención del movimiento que marca un antes y un después. Fernández (2007) ubica que generalmente ocurre a partir de un duelo o pérdida que no se ha podido aceptar o elaborar; un imposible de recordar o de decir, que no puede ser integrado a la cadena significante, dando lugar a la eclosión del fenómeno.

La locura, en contraste con el desencadenamiento psicótico, puede leerse como una vacilación del fantasma: *"se trata de una formación que se revela en continuidad con los fantasmas y preocupaciones precedentes del sujeto, que no se define como una tentativa de curación o de restitución"* (Muñoz, 2009). Otro punto importante para situar la diferencia entre locura y psicosis es la regulación del goce presente en estos fenómenos: *"(la locura) se ordena por las coordenadas del goce fálico y no se estructura por neologismos pétreos, razones suficientes por las cuales (…) no se concibe como consecuencia de la forclusión del significante del Nombre-del-Padre."* (ibídem).

REPENSANDO EL CASO CLÍNICO

¿Qué ocurrió con Marcos en aquella estación de servicio? Algo insólito sucedió, algo se quebró en el discurrir de su cotidianeidad que sorprendió tanto al sujeto como a quienes lo rodeaban, irrumpieron esos síntomas extraños de desconocimiento, despersonalización y angustia, que hicieron que llegue a consultar. El episodio podría ser llamado *"brote", "locura", "ataque de angustia", "le explotó la cabeza"*… Lo cierto es que ciertas coordenadas que lo venían sosteniendo hasta ese momento se perdieron, su sostén se vio trastocado, se tambaleó el soporte simbólico que le daba consistencia subjetiva. Al lugar de este agujero de significación, adviene el *"episodio psicótico transitorio"*.

Más aún, puede ubicarse el inicio de la sintomatología de Marcos un tiempo antes de dicho episodio: comienza a instalarse la angustia, el insomnio, el "miedo", la confusión…

"En la locura el desencadenante está en relación a los padecimientos y duelos que el sujeto viene cursando" (Muñoz, 2008). A partir de los dichos del paciente, es posible situar los elementos singulares de su historia relacionados a su desanudamiento: la migración a otro país, el encontrarse lejos de su familia, el destrato de su pareja y sus suegros, los "cambios de planes", el alejarse de su hijo, la amenaza de perderlo, la imposibilidad de comunicarse con él.

Y con respecto al diagnóstico de Marcos, se relevan algunos elementos que sugieren una *neurosis que se vio suspendida por una locura transitoria*. La vergüenza por su sintomatología (tanto ante la analista como frente a su familia), las dudas frente a sus acciones (se pregunta si fue una decisión errada haberse mudado a México), la risa al relatar los sucesos pasados (*"¡cómo pude pensar eso!"*). Además, sus discursos conservan la lógica formal, sus cadenas asociativas son con sentido transmisible, hay metáforas, hay proceso de historización. Una psicosis, en cambio, implicaría un corte brusco que deja al sujeto perplejo, serias perturbaciones en el lazo al otro, coagulación del sentido en neologismos u otros trastornos del lenguaje graves.

A partir del establecimiento del diagnóstico –al menos como hipótesis presuntiva y orientadora- y de la reflexión acerca del material desplegado por Marcos en las sesiones, uno de los interrogantes que surge a continuación es: ¿cómo seguir? ¿Cómo orientar el tratamiento en los encuentros subsiguientes?

En el discurso de Marcos se escucha una cierta pasividad, como si las cosas le hubieran *pasado,* de pronto, sin poder elaborarlo. Pareciera haber un fragmento de su historia que no ha podido ser articulado, agujero de sentido frente a lo cual vaciló su fantasma, llevando al desencadenamiento de la locura. ¿Fueron tan repentinos los cambios de Cecilia y su familia? ¿No había indicios previos de lo que iba a ocurrir? Al menos en los momentos iniciales del análisis, se apunta a *historizar*, resituar las coordenadas que para él se vieron perdidas, aquellas que al trastocarse precipitaron el desencadenamiento del episodio traumático, para que pueda sintomatizar la experiencia, reconstituir el tejido desgarrado de su historia, y así restablecer los lazos de su neurosis.

PALABRAS FINALES

Un *desencadenamiento* implica la emergencia de algo nuevo que rompe con un equilibrio previo, un estallido del sentido, un quiebre del sostén subjetivo. El sujeto se *de-sencadena*, se suelta en un punto el enlace entre los registros SRI. Este desamarre sin dudas marca un antes y un después, pero es esencial ubicar que no necesariamente da cuenta de una estructura clínica específica.

La *locura* es pensada desde el psicoanálisis como un fenómeno de desanudamiento que puede ocurrir en cualquiera de las estructuras freudianas. Para el analista resultará fundamental realizar una fina lectura de las manifestaciones sintomáticas y del discurso del paciente, para ubicar su posición subjetiva, y así hacer un adecuado diagnóstico diferencial que permita dirigir la cura.

BIBLIOGRAFÍA
Fernández, E. (2007): "Diagnosticar en psicoanálisis". Imago Agenda, N° 111. Argentina.
Fernández, E. (2007): "Desencadenamiento en la adolescencia". Imago Agenda, N° 114. Argentina.
Muñoz, P. (2008): "De locuras, encadenamientos y desencadenamientos". En Revista ANCLA. Psicoanálisis y Psicopatología (Revista de la Cátedra II de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la UBA), Nº 2, Buenos Aires, Ancla Ediciones, pp. 97-123.
Muñoz, P. (2009): "Algunas elaboraciones psicoanalíticas en torno del uso del concepto de locura como distinto del concepto de psicosis". En Anuario de Investigaciones, Nº XVI, Buenos Aires, UBA, Facultad de Psicología, Secretaría de Investigaciones, Tomo II.
Muñoz, P. (2010): "La locura y sus versiones en la obra de J. Lacan I: Locura y neurosis". En Anuario de Investigaciones, Nº XVII, Buenos Aires, UBA, Facultad de Psicología.
Muñoz, P.; Leibson L.; Smith M. C.; Berger A.; Acciardi M. (2010): "La locura y sus versiones en la obra de J. Lacan II: Locura y psicosis". En Anuario de Investigaciones, Nº XVII, Buenos Aires, UBA, Facultad de Psicología.
Rubistein, A. (1999): "Algunas cuestiones relativas al diagnóstico en psicoanálisis". Revista de Psicoanálisis U.B.A., 1, 119-127.

DESBORDES DEL TRATAMIENTO: HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS PARA PACIENTES TLP COMPLEJOS

Carolina Liebermann [A], Carla Zutelman [B]

Finalmente me he vuelto tan imposible y desagradable que van a tener que hacer algo para que mejore. Y luego me doy cuenta, ellos creen que están haciendo todo lo que pueden y no está funcionando. No tienen idea del pozo de miseria sin fondo que soy. Van a tener que hacer más y más y más (…). No tienen idea cuánta energía y exasperación estoy dispuesta a consumirles hasta que me sienta mejor. Los voy a drenar y ahogar hasta que sepan lo poco que queda de mí incluso después de haberles sacado todo lo que tienen para darme, porque los odio por no saber. Tienen que sufrir igual que yo, e incluso entonces, no será suficiente.
Fragmento de "PROZAC NATION", de Elizabeth Wurtzel

CASO CLÍNICO: "Siento que me desarmo"

Lucila es una paciente de 24 años que inició tratamiento combinado en Febrero 2021. Tiene como antecedente varios tratamientos por Salud Mental desde su infancia, con uso de múltiples medicaciones de las que refirió distintos efectos adversos. Desde hace varios años se encuentra cursando el CBC de Sociología, aunque con dificultades para aprobar las materias y concentrarse. No tuvo internaciones, aunque sí un episodio de ideación suicida en el que se sentó en las vías del tren, hasta que fue intercedida por un policía, tras lo cual volvió a su casa. Presenta frecuentemente episodios de autolesión, en contexto de angustia, como modo de alivio. Cuando inició el tratamiento, percibía su ingreso económico como trabajadora sexual, pero unos meses después esto se vio suspendido, por empeoramiento de su cuadro clínico.

[A] *Psicóloga (UBA) Ex-concurrente Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (CABA). Residente 4° año Hospital I. Pirovano (CABA). CABA. Argentina. caro_lieber@hotmail.com*
[B] *Médica (UBA). Residente de 4º año de Psiquiatría - Hospital I. Pirovano (CABA). CABA. Argentina. carla.zutelman@gmail.com*

Presenta un antecedente importante para el diagnóstico, que consiste en sintomatología compatible con un episodio hipomaníaco a fines de 2019, tras estar medicada con un antidepresivo. En dicho momento, ubica que se sentía *"MUY bien, con mucha energía, imparable",* con estado anímico expansivo, humor tendiente a la euforia, disminución de la necesidad de dormir, y verborragia objetivada por ella y sus amigos.

Lucila vive con su padre, con quien tiene una relación ambivalente: por un lado, lo critica e insulta cuando éste no cumple sus demandas (*"es un soret...no me ayuda", "en otras terapias ya hablaron mil veces con él y no sirvió para nada").* Por otro lado, el hombre aparece como su principal sostén afectivo y económico, ya que su madre falleció de cáncer en 2012, cuando ella tenía 15 años. Esta pérdida resulta fundamental en la vida de la paciente, marcando un punto al que vuelve una y otra vez en sus momentos de mayor angustia. Asimismo, Lucila refiere mucho malestar en torno al consumo de alcohol del padre, con episodios de ingesta excesiva por las noches, llevando a situaciones donde *"se pone denso, cargoso"*, y hasta se desorienta (entró al cuarto de Lucila semidesnudo, creyendo que era el baño), causándole intensa angustia (*"después de las 10 de la noche, mi papá no es más mi papá")*.

Respecto al padre, reconoce que la ayuda con cuestiones económicas pero que *"le cuesta lo emocional"* y que no sabe cómo reaccionar cuando ella llora: *"yo quiero contención, necesito su abrazo"*. Al mismo tiempo expresa *"mi papá es el vínculo más importante que tengo, es lo más cercano, lo que me quedó de mi mamá"*; Describe como, cuando se angustia, *"empiezo llorando por algo, y siempre termino pensando „quiero a mi mamá""*.

Es importante destacar que, posteriormente en el tratamiento, se mantuvieron entrevistas familiares con su padre, en las que el hombre se mostró preocupado por la problemática de la paciente, y dispuesto a colaborar en su abordaje, aunque con dificultades para comprender la mejor forma de acercarse a su hija y llevar a cabo indicaciones brindadas.

La infancia de Lucila está plagada de escenas muy complicadas. Describe a su familia como *"disfuncional"*, y relata que ambos padres consumían distintas sustancias, y que ella nació en *"el peor momento de consumo"* del padre. Tras situaciones de violencia de pareja, los padres se separaron, a sus 9 años. Dos años más tarde, su madre enfermó de cáncer, y el padre (tras haber estado en rehabilitación), volvió a vivir con ellos. También tiene un hermano diez años mayor (que vive con su pareja y su hija), con quien tiene una relación conflictiva, causada por las dificultades interpersonales de la paciente.

Otra figura muy importante en la vida de Lucila es su ex novio, Nicolás. Estuvieron en pareja durante 3 años, hasta fines de 2019, aunque siguieron en contacto, con algunos encuentros casuales. Lucila ubica que Nicolás siempre le dio un lugar de contención que no encontró en nadie más, pudiéndole confiar *todo*. Lo asocia con su madre, y describe que *"en momentos de cariño de Nico yo sentía a mi mamá"*. Agrega que siempre estuvo en vínculos *"masivos"* y de dependencia, que el amor la desestabiliza, y que *"con todos los novios busco a mi mamá, un rasgo maternal… La contención que busco en mi papá pero no encuentro"*. Hay un episodio fundamental que ocurrió en 2017 durante unas vacaciones, en el cual Nicolás inició relaciones sexuales estando ella semidormida, sin su consentimiento. La paciente ubica esta escena como un abuso y un *"punto de inflexión"*, a partir del cual *"algo se rompió en mí… Mi sexualidad se perturbó"*. Pese a esto, en su discurso continuaba ubicando a esta persona en un lugar idealizado, y como depósito masivo de todo su ser, describiéndolo como el único que le dio aquella contención: *"no hay nadie como él", "es el amor de mi vida".* Ella misma ha reconocido la ambivalencia con Nicolás y su relación de *"amor-odio"*. Un ejemplo de esto fueron sus dichos en una sesión: *"una vez me dijo que soy una basura"* e instantes luego, *"si corto el vínculo con él me voy a querer matar"*.

Un punto que resulta muy interesante, es que al abordar la cuestión de la masividad en los vínculos, intentando introducir la posibilidad de ampliar su red en distintos puntos de apoyo (personas, actividades), Lucila expresó: *"hacer eso sería aceptar que mi mamá se murió… Si mi mamá estuviera viva, hubiera terminado la facu, no tendría ataques de pánico, no me sentiría inútil".*

EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

Durante los primeros 3 meses, Lucila fue desplegando cuestiones relativas a su historia, y principalmente su problemática en torno a sus vínculos con hombres (su padre, su hermano, parejas), lo

cual relacionaba con la pérdida de su madre. Lo que más se escuchaba en su discurso era su malestar ante las distintas situaciones que se le presentaban, con un tono de lamento, pero al mismo tiempo expresando su deseo de sentirse mejor, lo cual para ella implicaba estar estable para poder salir, ir al gimnasio, trabajar y cursar materias de la facultad. Presentaba algunas crisis de desregulación emocional ante desencadenantes ambientales (caracterizadas por ansiedad difusa, angustia, llanto, miedo, sensación de desesperación y ahogo, ideación autolítica), pero se mostraba permeable a la contención verbal y las intervenciones (con respuesta parcial a las mismas y a la medicación), acudiendo al equipo tratante ya sea con mensajes de Whatsapp o pidiendo más sesiones en la semana. Durante este tiempo su adherencia al tratamiento combinado fue errática, con incumplimiento de las indicaciones brindadas en el espacio psicofarmacológico.

Se fue trabajando en la historización de puntos significativos de su vida, y en la línea de ubicar junto a la paciente puntos de ambivalencia en sus vínculos (principalmente su ex pareja), en torno a lograr una mayor integración y una visión más global de los objetos, y a descompletar algo de la masividad en estas figuras. También se apuntó a ampliar su percepción sobre la forma en la que el amor puede presentarse en los vínculos, ya que su demanda voraz hacia las personas obstaculizaba la mayoría de sus relaciones interpersonales (por ejemplo, qué formas de amor también podían ser el padre llevándole un mate cuando se sentía triste, el hermano colaborando con el pago de sus sesiones). También resulta fundamental el abordaje del duelo por su madre, pero esto nunca llegó a trabajarse en profundidad debido a las constantes crisis que comenzó a presentar, que requerían una atención más urgente.

En Mayo, ocurrió algo que marcó un notorio quiebre en Lucila: Nicolás le dijo que no era bueno seguir hablando ya que había formado una nueva pareja. A partir de allí, pudo observarse una mayor desestabilización en la paciente, quien expresaba: *"no sé dónde estoy parada… Se obturó mi capacidad de actuar"*. Reconocía esta situación como *"algo que perdí y tengo que aceptar pero no puedo… Todo es un duelo, lo de mi mamá, Nico… No lo puedo soltar"; "No tengo a nadie… Siento vacío"*. Sus crisis aumentaron en frecuencia, intensidad y falta de respuesta ante las intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas, mostrándose reticente y poco permeable. En estos momentos presentaba llanto inacotable, discurso querellante y desesperado en escala continua (*"¡No puedo más!", "¡No me entienden, no me escuchan!"*), mayor irritabilidad, explosiones de enojo y heteroagresividad verbal. A esto se sumó un intenso temor a salir a la calle, por terror a encontrarse a su ex pareja, a quien sentía como *"un fantasma, su imagen me atormenta"*.

Su sintomatología terminó configurando un episodio depresivo, caracterizado por tristeza, angustia, llanto, hipobulia, clinofilia, anhedonia, hiporexia, melancolía; entrelazado con estado de ánimo irritable y actitud querellante y provocadora.

Sus crisis se presentaban de forma desbordada, implicando mensajes continuos de Whatsapp, audios de varios minutos o llamados telefónicos de extensa duración, con un discurso rígido y repetitivo; utilizando además estos medios virtuales para quejarse o demandar cambios farmacológicos. Se intentaron implementar algunas estrategias de regulación emocional y tolerancia al malestar, tanto en las sesiones como en coaching telefónico, aunque con pobre sistematización y respuesta por parte de la paciente, quien manifestaba que *"nada servía"*.

Paralelamente, Lucila comenzó a presentar quejas sistemáticas respecto a la medicación (Lamotrigina 300mg/d; Risperidona 0,5mg/d; Clonazepam 3mg/d), refiriendo que no mejoraba su estado de ánimo, en contradicción a haber reportado hacía poco tiempo una mejoría en el sueño y regulación del afecto. A pesar de ajustar el plan farmacológico, brindarle la medicación de forma gratuita y corregir fallas que ella estaba teniendo en la toma (estuvo un tiempo tomando un tercio del estabilizador del ánimo que fue indicado, a la par de una queja constante), continuó con una actitud cada vez más querellante, y con intolerancia a la espera de los tiempos de acción de los fármacos, rechazando a su vez alternativas ofertadas (Litio, Olanzapina, Quetiapina, por ejemplo), teniendo un comentario negativo acerca de cada opción.

Ante esta situación, se mantuvo una entrevista interdisciplinaria con la paciente y su padre, para trabajar sobre psicoeducación, adherencia al tratamiento, mejorar su red de apoyo y armar estrategias de actividades y acompañamiento durante la semana. Se sugirió la asistencia a Grupos de Habilidades y a Grupos de Ayuda Mutua (GAM) de Fundación Bipolares de Argentina (FUBIPA), enfatizando la

importancia de estas otras instancias, para un abordaje integral y una mayor respuesta terapéutica. Si bien inicialmente se mostraron comprensivos y permeables, pasaron varias semanas y las indicaciones no se cumplieron.

A su vez, a lo largo de todo el tratamiento, hubo varias ocasiones en las cuales se indicó a la paciente y a su padre dirigirse a una guardia, debido a la intensidad de su malestar y a la presencia de amenazas de suicidio. Esta indicación tampoco fue respetada.

A fines de Julio, la situación llegó a su punto límite. Las últimas entrevistas con Lucila giraban repetitivamente en torno a sus quejas respecto al tratamiento. Su angustia y malestar comenzaron a desbordarse del otro lado de la pantalla, y cada vez se percibía mayor desesperación e irritabilidad en su discurso, imposible de acotar (*"Hace 6 meses estoy así, la medicación no me hace efecto, duermo todo el día", "Soy un conejillo de indias", "No me escuchan", "¡¿Quieren que me empastille toda!?"*). Sus reproches eran completamente ambivalentes: se quejaba de excesiva somnolencia, pero luego decía que tomaba toda la medicación junta porque *"prefería dormir y no llorar"*. Desestimaba las intervenciones psicoterapéuticas, las alternativas farmacológicas propuestas y las sugerencias previamente dadas respecto a otros recursos (como los abordajes grupales), con respuestas que no tenían un verdadero sustento sino que lo único que hacían era impotentizar al equipo tratante. Por ejemplo, al preguntarle si se había inscripto en los encuentros grupales de FUBIPA, clamaba *"¡¿No entienden que no puedo salir de mi casa? ¿Cómo quieren que vaya a un grupo?!"*, pese a que dicha actividad era virtual y gratuita. Otras veces respondía con acusaciones erráticas: al proponerle que la acompañara una amiga a retirar la medicación, por su dificultad para viajar sola en colectivo, acusó a las profesionales de *"cínicas"*, pidiendo perdón de forma provocativa por no tener *"amigas sanitas"* con las que pudiera contar, y su discurso se volvía insoportablemente rígido y circular en el mismo argumento, haciéndolo impenetrable a la palabra del otro.

En este punto, ante la imposibilidad de un abordaje adecuado y la falta de respuesta de la paciente ante el tratamiento, se indicó de modo muy directivo dirigirse a la guardia para ser evaluada para criterio de internación. Pero pese a aceptarlo inicialmente, una vez más, la indicación no se cumplió. El padre argumentaba que la estaban acompañando en el hogar y que *"Ya estaba más tranquila"*; y al hablar con Lucila, refería no querer internarse, y su discurso viraba de nuevo hacia respuestas casi delirantes: *"¿Cómo quieren que vaya a una guardia de Hospital público? ¿No sabías que en el Borda un perro se comió a un paciente?".*

Luego de 3 directivas concretas de ir a ser evaluada por guardia (sin cumplir), y una actitud contradictoria y querellante por parte de la paciente (rechazaba las indicaciones pero seguía demandando ser atendida), se procedió al cierre del tratamiento psicológico y psiquiátrico, brindando tanto al padre como a Lucila varias instituciones acordes a su problemática donde poder atenderse. Luego de esto, el padre se comunicó una última vez, refiriendo comprender y acordar con las indicaciones, pero expresando sus dificultades para llevarlo a cabo y poder ponerle límites a su hija: *"Si ella no quiere ir, a mí se me hace difícil llevarla… Perdón por no poder hacer mi parte",* siendo esto otra muestra de la impotencia generada por el caso.

DIAGNÓSTICOS EN DIÁLOGO

A partir de lo descripto, se propone para esta paciente el diagnóstico de *Trastorno Bipolar tipo II* (episodio depresivo grave, sumado a antecedente de presunta hipomanía secundaria al uso de antidepresivos) y *Trastorno Límite de la Personalidad* (inestabilidad afectiva y en los vínculos, miedo al abandono, sensación de vacío, fragilidad de la identidad, impulsividad, ira inapropiada e intensa y comportamiento suicida/parasuicida). Ambos se encuentran íntimamente relacionados; incluso se sugiere que se hallan dentro de un mismo espectro de trastornos afectivos, ubicando en el borderline una predisposición biológica para episodios depresivos o un *temperamento ciclotímico* de base. La comorbilidad del T. Bipolar y el TLP se asocia a mayor labilidad, impulsividad, ansiedad, depresión, hostilidad, abuso de sustancias e historia de trauma.

Desde la perspectiva de DBT (Terapia Dialéctico Comportamental), este tipo de pacientes se piensan como personas con un *Trastorno Generalizado de la Desregulación Emocional (DRE)*. Esto implica reacciones emocionales intensas que desregulan el procesamiento cognitivo, con dificultad para inhibir o regular las conductas o respuestas verbales en ciertas situaciones. Desde la Teoría Biosocial, la DRE se explica como la interacción entre una *vulnerabilidad emocional* de base biológica (alta sen-

sibilidad a estímulos, alta reactividad emocional y lento retorno a la calma) y un *ambiente invalidante* (un entorno donde recurrentemente se responde de forma inapropiada a las experiencias personales; minimizando, trivializando o con reacciones extremas). En respuesta a esto, los consultantes TLP no aprenden habilidades adecuadas para resolver problemas y desarrollan una alta intolerancia a la frustración y al malestar; y tienden a implementar conductas potencialmente problemáticas o dañinas como modos de resolución, escape o alivio (por ejemplo, autolesión o ideación suicida).

Es posible ubicar múltiples indicadores de esta historia de invalidación en la experiencia de Lucila, referidos por ella misma como *"tener la sensación de que no me creen lo suficiente"*, "*Tengo que llorar 14 horas para que vean que estoy mal".*

Paralelamente, desde el psicoanálisis es posible pensar a la paciente como una melancolía, con un armado estructural muy lábil, y fallas constitutivas a nivel del armado narcisista. En su vida se repite la escena desde la cual Lucila se posiciona una y otra vez en cada uno de sus vínculos: ella es abandonada, y vive esas pérdidas afectivas como agujeros que la desgarran y no puede reparar. Ante la falta del sostén que le significaba ese otro (el ex novio), se redobla la pérdida del Otro materno, produciendo una caída masiva de su propio ser. Se puede escuchar en su discurso la posición subjetiva de objeto-desecho en la que queda ubicada (*"Hagan lo que quieran conmigo, intérnenme"*), y la imposibilidad de recubrir simbólicamente los duelos que ha atravesado en su vida, arrojándola al vacío, casi al borde de la muerte (*"Me quiero borrar", "Sáquenme de acá, ¡¡mátenme!!"*). Esto se lee en su angustia masiva, esa tristeza tan profunda que caracteriza al melancólico, falta de cuidados personales, obturación de su capacidad de accionar. Esta dificultad para simbolizar las ausencias, puede articularse con la noción de *duelo inhibido* planteada desde DBT, que hace referencia a la tendencia a ocultar o controlar demasiado las respuestas emocionales negativas, y a la dificultad para integrar y resolver las pérdidas. Este tipo de pacientes padecen de fallas en la "mirada de asentimiento" del Otro constitutivo —lo cual sería interesante pensar en la misma línea del ambiente invalidante—, y una desintegración a nivel del Self y los objetos. Predomina la disociación, y por ello las dificultades para integrar distintas visiones sobre una misma figura. Los sujetos melancólicos suelen poseer una disposición enfermiza, en constante lamento por su dolor de existir, como cierta erotización de la pulsión de muerte. Son pacientes sumamente complejos en los tratamientos, ya que se ubican como indignos, y al mismo tiempo realizan reclamos masivos al otro, complicando los vínculos interpersonales (lo cual es muy claro en el caso de Lucila, principalmente en sus crecientes querellas al equipo tratante).

Resulta fundamental un trabajo en torno a la elaboración de estas pérdidas, a su historia, a los cimientos de su constitución narcisista… ¿Pero es posible hacerlo si la paciente vive constantemente en crisis y en un estado de demanda insaciable?

¿QUÉ ABORDAJE PARA ESTA PACIENTE? INTERVENCIONES, RECURSOS

En primer lugar, se apuntó a establecer el espacio terapéutico como un ámbito de contención, con énfasis en la *validación,* ante el constante lamento por parte de Lucila de que no era comprendida por su entorno y que no se visualizaba la intensidad de su sufrimiento (la frase *"¡No me entienden!"* proliferaba en su discurso).

En segundo lugar, no se logró más que un acercamiento parcial a cuestiones relativas a su historia y lo traumático, debido al empeoramiento de su cuadro y al surgimiento de constantes crisis de desregulación emocional. Desde DBT se desarrollan herramientas muy útiles para el abordaje de estas crisis implacables. Pueden extraerse principalmente las *habilidades de regulación emocional* (apuntadas a compensar la tendencia de suprimir o sobre-regular las emociones) y las de *tolerancia al malestar* (para sobrevivir a las crisis, aceptar la realidad y reemplazar el "sufrimiento" por "dolor"). Asimismo, para este tipo de pacientes, una institución favorecería el encuadre y el establecimiento de límites en el tratamiento, como parte esencial del mismo.

Paralelamente, en estos casos resulta imprescindible el trabajo con la familia. El espacio de *DBT para familiares* se plantea para estructurar el ambiente en el que se insertan los pacientes, brindando un gran punto de apoyo e información concreta sobre su problemática. Se trabaja con Habilidades de aceptación y cambio; y se aborda la cuestión de qué conductas se deben reforzar o validar, y cuáles no.

CONCLUSIONES

Este caso, si bien resultó muy complejo, permite pensar acerca de los distintos enfoques disponibles en el ámbito de la Salud Mental, y al mismo tiempo confronta a los profesionales con los límites de las herramientas terapéuticas, así como con las propias limitaciones personales. Para una paciente tan difícil, ¿cuál es el mejor tratamiento posible? El objetivo siempre será poder brindar a quienes consultan el mejor abordaje acorde a su problemática, con el propósito de aliviar su malestar.

BIBLIOGRAFÍA

Boggiano, J. P. y Gagliesi, P. (2018): Terapia Dialéctico Conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional. EDULP. Argentina.
Heinrich, H. (2020): Psicosis y neurosis narcisistas: Melancolía. Espacio de interlocución clínica de la Escuela Freudiana de Buenos Aires. Argentina.
Kernberg, O. (1975): Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Ed. Paidós. Buenos Aires.
Linehan, M. (2020): Manual de entrenamiento en habilidades DBT para el consultante. EDULP. Argentina.
Millon, T. et al., (2000): Personality disorders in modern life. 2da edición. John Wiley & Sons. Estados Unidos.
Soria, N. (2017): Duelo, melancolía y manía en la práctica analítica. Editorial Del Bucle. Buenos Aires.
Wurtzel, E. (1994): Prozac Nation, Young and depressed in America. Houghton Mifflin Company. Boston, New York.

TEJIENDO TRAMAS EN LA URGENCIA.
(INTERVENCIONES CON ADOLESCENTES DESDE LA GUARDIA DE SALUD MENTAL EN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA.)

María José Fernández Vidal [A]

Conjugación verbal en tiempo futuro.

"Probablemente de todos nuestros sentimientos el único que no es verdaderamente nuestro es la esperanza. La esperanza le pertenece a la vida, es la vida misma defendiéndose."
J. Cortázar

La pandemia por el covid-19, presente en el país desde principios del 2020, impactó en el conjunto social, repercutiendo con más fuerza sobre las poblaciones más vulnerables. Entre estas últimas, se encuentra la población adolescente. En un contexto social como el actual, la desesperanza se vuelve cotidiana. Impera la inestabilidad, la incertidumbre, y el hospital público resulta testigo de la presencia de patologías ligadas al desamparo (Rojas, 2009), pero emerge también como un posible escenario de sostén psíquico y social.

La idea de desamparo propuesta por Freud, alude a quedar a la intemperie sin recursos protectores a los que acudir. El desamparo se presenta como el prototipo de una situación traumática. Es entendido como "no estar al abrigo de…", dando cuenta no solo de la falta de recursos defensivos con los que cuenta el sujeto, sino también de la dependencia y necesidad del sostén del otro.

Camila de 16 años de edad, acude a la guardia de Salud Mental en compañía de su abuela. Debido a urgencias propias de la guardia, la joven debe permanecer en la sala de espera durante horas antes de ser atendida. Durante la entrevista la joven muestra cortes superficiales en brazos y piernas, refiere antecedentes de situación de calle y episodios de violencia de parte de sus padres. Lo que inicialmente se presenta como ideación autolítica con carácter de certeza comienza a ceder a medida que se da lugar a la palabra.

[A] Licenciada y profesora en Psicología. Concurrencia completa en salud menta Infanto-juvenil. Becaria y psicóloga de guardia Hospital Elizalde. Profesora en Facultad de Psicología UBA. CABA. Argentina. majis1087@gmail.com

Camila manifiesta que nadie la quiere, expresando un derrotero con carácter expulsivo que la ha llevado a circular durante los últimos años por los domicilios de ambos padres, para luego vivir durante casi un año en situación de calle, sin ser auxiliada por ninguno de los adultos que ubica como referentes. En la actualidad reside junto a su abuela, quien la acompaña a la guardia sintiéndose sobrepasada y buscando que otro cuidador pueda hacerse cargo de la joven, ante una situación que se le presenta como incontrolable. Camila se angustia al reconocer que su deseo es vivir junto a su madre pero que esta la rechaza. Camila no encuentra quien la aloje, quedando excluida del deseo del Otro.

"Es entre los avatares de su demanda y lo que estos avatares lo han convertido, y por otra parte esa exigencia de reconocimiento por el Otro, que dado el caso podemos llamar exigencia de amor, donde se sitúa un horizonte de ser para el sujeto, del que se trata de saber si el sujeto, sí o no, puede alcanzarlo. Es en ese intervalo, en esa hiancia, que se sitúa una experiencia que es la del deseo, que es aprehendida ante todo como siendo la del deseo del Otro, y en el interior de la cual el sujeto tiene que situar su propio deseo. Su propio deseo como tal no puede situarse en otra parte que en ese espacio." (Lacan, 1958, pág. 21)

No hay en Camila proyectos de futuro, se observa en ella una retracción desvitalizante. "Yo sé que un día me voy a matar. A nadie le importo". Tal como sostiene Lacan (1958) "(...) En la presencia primitiva del deseo del Otro como opaco, como oscuro, el sujeto está sin recursos. Está (...) el desvalimiento del sujeto. Ahí está el fundamento de lo que, en el análisis, ha sido explorado, experimentado, situado como la experiencia traumática." (Lacan, 1958, pág. 22) En Camila se reactiva, así el desamparo estructural al quedar sin recursos con los que responder frente al deseo del Otro.

Por su parte, Manuel, de 14 años, se presenta acompañado por personal policial, presenta consumo crónico de sustancias de más de dos años de evolución y situación de calle. No es la primera vez que acude a la guardia, siempre en compañía de personal policial, generalmente después de algún episodio de hurto en la vía pública tras el cual se solicita evaluación interdisciplinaria e hisopado para el ingreso a dispositivo acorde. En alguna de aquellas numerosas consultas se retira del hospital con un arrebato de pertenencias personales. Tomo a Manuel como exponente de jóvenes en estado de vulnerabilidad, en un consumo vertiginoso, frente a los cuales se intenta tejer redes, generalmente limitadas, insuficientes, que permitan sostener algo de la fragilidad existencial. En esta oportunidad los organismos de protección de derechos, solicitan activar protocolo de jóvenes en estado de vulnerabilidad frente a situación crítica, y fracaso de instancias de tratamiento previas implementadas.

Tras la evaluación se decide internación por salud mental a fin de que los equipos de seguimiento del CDNNyA[1] y la Dirección de Niñez referencien al joven a un dispositivo apropiado. Durante el proceso de internación presenta un episodio de excitación psicomotriz en el que rompe una ventana del cuarto, exponiéndose a cortes con los vidrios. En el transcurso de la internación Manuel comenzara a demandar la presencia de algún acompañante hospitalario en particular, a los que reconoce por haber logrado establecer algún vínculo en su circulación institucional. No es lo mismo la presencia de cualquier otro. Irá cediendo en su posición inicial de hostilidad reclamando por la presencia de familiares, el contacto telefónico con los mismos, etc. Manuel comienza a dar cuenta de la existencia de vínculos que no le resultan indiferentes, lo constituyen, lo sostienen.

Janin (2019) sostiene que, si el desear implica necesitar a un otro que puede no estar, no responder, los adolescentes pueden luchar contra sus propios deseos. E incluso la presencia del otro puede hacer resurgir el dolor por esa ausencia posible.

En la obra de Lacan la falta en ser se presenta como condición para la emergencia del sujeto

1 *Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.*

deseante. En este punto resulta importante establecer la diferencia entre la falta como ausencia capaz de ser nombrada por el sujeto, y el vacío sin nombre, que escapa a todo intento de denominación.

Ambos jóvenes son exponentes de una clínica que trasciende las particularidades específicas del momento sanitario actual. Las características singulares no pueden ser tomadas como privativas de la pandemia. Sin embargo, no puede dejar de considerarse como agravante clínico actual la perturbación del lazo social. La ausencia de un Otro protector que introduzca el sostén y la regulación necesaria, deja al sujeto expuesto al terror (Freud, 1916), al vacío, a la angustia automática del desamparo.

"En el desamparo, el sujeto está pura y simplemente trastornado, se ve desbordado por una situación que irrumpe y a la que no puede enfrentarse en modo alguno (...)" (Lacan, 1960, p. 406)

En la misma línea, Piera Aulagnier afirma: "Si el futuro es ilusorio, lo que es indudable, el discurso de los otros debe ofrecer en contraposición la seguridad no ilusoria de un derecho de mirada y de un derecho de palabra sobre un devenir que el yo reivindica como propio; solo a ese precio la psique podrá valorizar aquello de lo que "por naturaleza" tiende a huir:el cambio" (Aulagnier, 1977, pág. 169). La imposibilidad de proyectar un futuro, el temor al mismo, encierra a los adolescentes en una dependencia sin salida (Janin, 2019) en un vaciamiento del deseo, un deseo de nada.

Paradojas esenciales

Winnicott plantea que los padres deben sobrevivir al ataque de los adolescentes "(...) crecer significa ocupar el lugar de los padres. Y lo significa realmente. En la fantasía inconsciente, crecer es intrínsecamente un acto agresivo. Y el niño tiene ahora otro tamaño." (Winnicott, 1971, pág. 186).

En la actualidad, la muerte se vuelve una posibilidad real. En la tarea del desasimiento de la autoridad de los padres, los adolescentes se encuentran con la posibilidad de que la muerte simbólica de los padres puede ahora concretizarse en lo real.

El duelo pasa a ser así una coordenada imperante y un imposible de soslayar. Sea que se presente como una realidad a ser atravesada o como una amenaza dispuesta a efectivizarse.

La pandemia condujo a una existencia cotidiana marcada por las ausencias, el vacío, la incertidumbre. Pero a su vez deja expuesta a una sociedad desamparante.

El desamparo estructural planteado por Freud, propio del desvalimiento del recién nacido, incapaz de llevar a cabo la acción específica para su supervivencia, lo coloca a merced de un Otro. Un Otro que es esencial para el sujeto.

El 19 de marzo del 2020 se sancionó un DNU[2], en el cual se establecía en el artículo 6, la delimitación de ciertas profesiones como esenciales. Se considera como tales, a aquellas profesiones que por su labor son fundamentales para la sociedad, y por lo tanto quedan exceptuadas del cumplimiento del "aislamiento social, preventivo y obligatorio" y de la prohibición de circular.

La RAE[3] por su parte, al definir lo esencial plantea diferentes acepciones: 1.Lo esencial es lo sustancial, principal, notable. Desempeñar un papel esencial. 2. Lo imprescindible o absolutamente necesario.

Si tomamos la primera definición podemos concebir como el personal de salud es denominado esencial en tanto el servicio que brinda se considera fundamental para la sociedad. Resulta pertinente en este punto habilitar la pregunta por lo esencial.

Lo esencial en la guardia, en la urgencia, es paradójicamente hacer una pausa que permita tejer tramas. Frente a la velocidad vertiginosa de la demanda alojar al sujeto, habilitando la circulación de la palabra. Cómo en la guardia, la pandemia convoca a establecer una pausa frente a la demanda extrema. A barajar y dar de nuevo.

En el ámbito social y laboral se registra la pérdida de seres queridos, de compañeros, de familiares, de amigos. ¿Que protege al sujeto del vacío? ¿De la irrupción de la angustia automática?

2 *Decreto de necesidad y urgencia*
3 *Real Academia Española*

¿Del terror sin nombre que escapa a todo intento de significación?

Si lo esencial solo se reduce a un significante que recae sobre una labor determinada en una sociedad desamparante, el efecto será la presencia de profesionales intentando cumplir con las demandas de un sistema que no los aloja, dejándolos sobrecargados, extenuados, sin recursos. Dominados por la sensación de vacío, la nada, sin un Otro al que apelar. Disfrazar la reactualización del desamparo estructural que provoca la pandemia, con la categoría de "esencial", anula la posibilidad de construir algún sentido frente a la irrupción de lo Real.

¿Qué es por ende lo esencial? Tomar la segunda acepción de la definición nos conduce a pensar en lo imprescindible, lo subjetivante, lo propio del ser humano. Lo esencial no es solo el desempeño de una actividad considerada crucial en contexto de emergencia. Lo que sostiene al ser es la posibilidad de ser alojado por el Otro. El Otro humano, pero también el Otro del Estado. Un Otro que apuntale, que auxilie al sujeto en su desvalimiento permitiendo la emergencia del sujeto deseante.

Tal como refiere Lacan (1960) frente a una situación de desamparo el sujeto se ve desbordado, sin respuesta "Entre eso y huir -huida que, según Napoleón, sin ser heroica es la solución más valiente en materia de amor-, hay otra solución, como nos indica Freud cuando destaca en la angustia su carácter expectante. Ahí está el elemento central (…) y esto es lo que designo cuando les digo que la angustia es el modo radical bajo el que se mantiene la relación con el deseo" (Lacan, 1960, p. 406)

A modo de cierre...

"Cada día nos levantamos para la misma tarea: comprender lo incomprensible;
vamos adelante, por este tiempo terriblemente lacerante, como a través de un zarzal".
Lou Andrea Salomé (Carta a Freud - 19 de noviembre de 1914).

En su carta a Freud, Salomé expresa con desesperanza como el recorrido que le impone la guerra deja huellas, marcas. Del mismo modo, la pandemia como realidad social actual no deja de confrontar al sujeto a lo incomprensible, ni se cursa sin consecuencias psíquicas.

Las patologías actuales en la adolescencia presentan como rasgo característico su despliegue en una sociedad no protectora. Una sociedad desamparante caracterizada por la fragilización del lazo social, donde no hay un Otro protector al que acudir.

El desamparo estructural confronta al cachorro humano, por su desvalimiento, a una vivencia de dolor, sensaciones imposibles de nominar (Freud, 1895). Es la presencia de un Otro auxiliar el que con su acción específica permitirá el tránsito de la angustia automática, el terror sin nombre, (Freud, S. 1916) al apronte angustiado como señal de una situación de peligro. Esta advierte sobre el posible advenimiento del evento traumático, pero ahora el sujeto puede evitar su repetición (Freud, S. 1926). La vivencia de satisfacción deja como resto irreductible el deseo.

La pandemia impacta sobre el sujeto, poniendo a prueba sus estructuras al confrontarlo con el sin sentido de lo traumático originario. Sin embargo, no se trata solo del acontecimiento de la pandemia, sino de la ausencia de un Otro al que acudir, es una sociedad desamparante la que deja al sujeto a la intemperie.

Frente a un Real que irrumpe, el desafío que se presenta es ofertar ahí líneas de fuga, opciones de salida, posibilidades de nuevos recorridos. Tejer tramas que permitan alojar al sujeto posibilitando la emergencia deseante.

Bibliografía:

Aulagnier, Piera: (1977) La violencia de la interpretación, Amorrortu edit., Buenos Aires.
Freud, S. (1916). Conferencia 25. La angustia. En Obras completas. Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrorrortu. 2012
Freud, S. (1950 (1895)). Proyecto de psicología para Neurólogos. En Obras completas. Vol I. Buenos Aires: Amorrortu. 2012
Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En Obras completas. Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu. 2012
Janin, B. (2019) Infancias y adolescencias patologizadas. Buenos Aires. Ed: Noveduc.
Lacan, J. (1958). Seminario 6. El deseo y su interpretación. Buenos Aires: Ed. Paidós, 2015.
Lacan, J. (1961): Seminario 8. La Transferencia. Buenos Aires: Ed. Paidós. 2003
Rojas, M. C (2009) Patologías actuales en la infancia. Bordes y desbordes en clínica y educación. Buenos Aires. Ed: Noveduc.
Winnicott, D. W (1971) Realidad y juegos. Barcelona :Gedisa, 1993

NEURODIVERSIDAD: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO EN LA ADULTEZ

Carla Zutelman [A]

El caso clínico.

Charlotte es una paciente de 31 años cuyo sexo biológico es masculino y se identifica con el género femenino. Arribó a la consulta derivada por su psicóloga, organizando su sintomatología en 4 ejes propuestos por ellas: insomnio (refería dormir 3 horas por día), ideas paranoides (se sentía perseguida, pero por otra parte reflexionaba *"sé que no es así"*), ideas obsesivas (decía tener pocos amigos y pensar constantemente que todo iba a salir mal; que la relación terminará porque no la quieren) e hiperactividad/nerviosismo.

En cuanto a antecedentes de su problemática actual manifestaba haber hecho un tratamiento psicológico anterior por una relación violenta, y un episodio en el que al ver la cara de su pareja fijamente comenzó a ver rasgos de ella misma proyectados; por otra parte contó que a veces escucha la voz de su madre, quien no vive con ella, ya que vive sola.

En relación a su vida personal contó que en el colegio se aburría después de hacer los ejercicios rápidamente y "hacía lío", habiendo ido mucho tiempo a la psicopedagoga (según refirió su madre posteriormente, esto fue motivado para "estudiarla porque era muy inteligente"). En cuanto a sus amistades expresaba no comprender por qué la gente se junta en grupos, o por qué las personas que se juntan lo hacen más de una hora. Decía que no le interesaba hacer amigos y si los había hecho en algún momento era por algún beneficio personal. Contaba "no entender las relaciones" y en cierta medida sentirse superior al resto de la gente. Indagando sobre su estado del ánimo, este era "no feliz" por no encontrar formas de relacionarse con la gente, ubicando la duda sobre qué decir y qué no, sintiendo que no encaja y que esto le genera mucho agotamiento. A nivel semiológico se observaban como elementos a destacar: un aspecto bizarro en el que si bien refería identificarse con el género femenino, conserva su barba; presenta hipomimia, muestra hipoafectividad, pensamiento concreto y rígido, ideación paranoide, dificultad en la vinculación social y familiar, e insomnio mixto.

Diagnóstico y tratamiento.

En relación a lo conversado se procedió a realizar la escala AQ10 (de Autismo en la adultez), la cual arrojó que la paciente se encontraba en un espectro muy alto del Autismo/Asperger (32-50), puntuando 42.

El abordaje farmacológico fue la titulación de Risperidona, junto a Clonazepam (Risperidona 3mg, Clonazepam 1,5mg). Con este plan de medicación remitió su ideación paranoide, expresando que mejoró su estado anímico y que podía disfrutar cosas que antes no, ya que varios momentos eran empañados por lo autorreferencial que se hacía presente.

Desde el espacio de psicoterapia Cognitivo Conductual se apuntó a intentar ampliar el rango de intereses de la paciente, y mejorar las habilidades sociales, con modesta respuesta por las características rígidas de la paciente.

Trastorno del Espectro Autista (TEA).

El término "Autismo", venido del griego (autos: sí mismo, opuesto a "otro"), representa un repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo, llegándose así a la constitución de un mundo cerrado separado de la realidad exterior y la consecuente dificultad extrema/imposibilidad de comunicarse con el afuera.

En relación al Trastorno del Espectro Autista, presenta una afectación en la reciprocidad social, afectación de la comunicación verbal y no verbal, hay presencia de patrones repetitivos y restrictivos de la conducta, intereses reducidos y rígidos y una sensopercepción atípica. Tiene prevalencia

[A] *Médica (UBA). Residente de 4º año de Psiquiatría - Hospital I. Pirovano (CABA). CABA. Argentina. carla.zutelman@gmail.com*

del 1-2% de la población. Hay estudios que refieren que la genética influye en un 35-40% en el riesgo de padecer TEA, mientras que un 60% se atribuye a los cuidados prenatales, perinatales y futuros factores ambientales presentes post nacimiento. Al ser un trastorno del neurodesarrollo uno tiende a relacionarlo con la detección temprana en la infancia, pero de no ser descubierto en este momento puede encontrarse a veces en la adultez, ya que es en este momento en el que surgen problemáticas relacionadas con el aumento de responsabilidades y la demanda social que no pueden responder por completo.

En el Autismo de Alto Rendimiento se observa un nivel de adaptación adecuado a la vida cotidiana/escolar, ausencia de retraso mental (común en el TEA), y desarrollo del lenguaje que permite establecer una comunicación bilateral con las demás personas. En el Síndrome de Asperger se presenta una alteración grave y persistente de la interacción social, presentan un desarrollo de patrones del comportamiento, de sus intereses y actividades restrictivo y repetitivo; no hay un retraso en el lenguaje clínicamente significativo ni del desarrollo cognoscitivo.

Desde una mirada neuroanatómica.

En cuanto a las alteraciones a nivel del sistema nervioso, es posible hallar modificaciones a nivel Frontal (produciendo un déficit en la función ejecutiva), a nivel Temporo-medial (produciendo alteraciones en la función emocional), y a nivel de la Corteza Prefrontal dorsolateral y lóbulos temporales (correlativo con un déficit en el uso del lenguaje).

Los pacientes de estas características presentan una dificultad en el pragmatismo del lenguaje: carecen de habilidades para adecuar y seleccionar el uso del lenguaje a los distintos contextos sociales, presentan falta de interés por el discurso del otro, tienen incapacidad para mantener el ritmo de la conversación en coherencia con la expresión emocional del interlocutor y dificultades para respetar el turno de hablar. En su función ejecutiva presentan rigidez mental, dificultad para afrontar situaciones nuevas, limitación en sus intereses, carácter obsesivo y trastornos de atención. Por otra parte presentan un déficit en el razonamiento y memoria verbal, flexibilidad cognitiva, inhibición, memoria de trabajo y la integración visomotora y percepción visoespacial. Hablando de la atención, se altera el desarrollo de capacidad de dirigirla de forma holística, evaluando el contexto en el que están los objetos. A nivel de la memoria son capaces de almacenar información de tipo verbal, teniendo un deterioro en el procesamiento gestual y a la hora de crear frases nuevas si no saben anticipadamente el contexto.

Psicología de este espectro.

Desde el punto de vista psicológico se habla de una falla de la teoría de la mente en la que a estos pacientes les falla la capacidad para interpretar lo que hacen los demás y predecir lo que harán a continuación. No pueden eficazmente ponerse en el lugar del otro para comprender cómo actúa. Su forma de ver el mundo de los otros es analizando los hechos por propiedad transitiva. Analizando los pensamientos de tipo paranoide, a diferencia de la Esquizofrenia, donde hay una certeza, en el TEA surgen a partir de esta dificultad para comprender las intenciones del otro, que se les vuelve invasivo y potencialmente peligroso/perseguidor, teniendo que defenderse. Es de destacar en el mundo de la sensopercepción diferente que presentan estas personas es más común encontrar gente transgénero, como es el caso de Charlotte, respecto a la población general. Es común una relación distinta con el cuerpo que habitan, siendo frecuente a su vez que uno o varios sentidos se presenten exacerbados, generando incomodidad ante ruidos/texturas/sabores, y más todavía si estos son inesperados o desconocidos por ellos.

Otro lugar en la trama psíquica de estas personas es ocupado por la temática de la indiferenciación con el otro. En relación a esta problemática Donna Williams, escritora con TEA contaba cómo cuando era chica se miraba al espejo junto a una amiga y relata que en ese momento ella pensaba que había cuatro personas en esa habitación, dos de un lado del espejo, y dos al otro lado. Ella contaba que si bien intelectualmente comprendía que se trataba de un reflejo, no lo terminaba de creer y sentir así. Al hacer la devolución del diagnóstico a Charlotte, ella refirió sentirse muy aliviada y que comenzaba a comprender muchos aspectos de su vida que se fueron resigni-

ficando, mencionando que "antes pensaba que estaba loca" y al contarle esta anécdota de Donna Williams ella refirió que oculta los espejos en su casa, y relata que siendo pequeña estando en una plaza al ver niñas jugando ella sentía que ella era esas niñas que veía. Actualmente le ocurre cierta sensación de tranquilidad al no estar sola, sino en compañía de su novia por "sentirse espejada" cuando ella está presente. Contó otro episodio en la misma línea en el que hacía poco había ido a controlar sus lunares al dermatólogo, y se encontró buscando en su cuerpo la presencia de lunares que le pertenecían en realidad al cuerpo de su novia. En una de las charlas sobre su diagnóstico y cosas que se presentan de modo diferente a la gente neurotípica, le conté otro dato acerca de Donna Williams, en el que ella contaba que en un momento de su vida tenía dos personajes con quienes se identificaba y en quienes se desdoblaba: Carol, una niña buena, y Willie, que era quien aparecía cuando se enojaba. Al escuchar esto, Charlotte me contó que cuando aceptó su género percibido fue un momento de quiebre, llamando Mili a la persona que habitaba en ella, y que Mili era una persona mala, que tenía actitudes egoístas, era manipuladora, y lastimaba a la gente, y luego Charlotte, quien es ahora que sería la persona buena.

Trabajando todos estos temas, Charlotte refirió mucha tranquilidad al saber que no es la única a quien le pasan ciertas cosas que "parecían de loca" y la ayudó a ponerse un poco más en serie con el resto. Según relata Donna Williams, cuando pequeña no entendía que el lenguaje (que escuchaba y comprendía) servía para comunicarse; también cuenta que no entendía que las personas eran distintas que los objetos (Charlotte contaba que ella decía "maldades" a compañeros sin tener en cuenta que podía lastimar, y decía divertirse con esos "chistes" que hacía, sin notar la crueldad tampoco).

En este tipo de neurodiversidad el mundo se presenta como un lugar caótico que no pueden comprender; es por esto que hacen lo posible para poder llevar orden a todo lo que les es cercano, intentando a su vez generar "máximas" acerca de sucesos para intentar predecirlos lógicamente. De la mano de esta conceptualización, cuando algo inesperado ocurre les genera mucho malestar y angustia por la inminencia vertiginosa del caos. Esto se veía en Charlotte, quien estudió unos años matemática y decía que abandonó por sentir que nadie le daba la importancia que ella al valor de los números en el mundo, y desde niña jugaba a ordenar sus juguetes y categorizarlos.

Palabras finales.

Este trabajo fue motivado por un diagnóstico quizás no tan tenido en cuenta en la práctica clínica del adulto que es el Trastorno del Espectro Autista, el cual muchas veces es pasado por alto en la infancia. Se pone de manifiesto la importancia que tiene diagnosticarlo sobre todo por la forma de abordaje que se toma como profesional, conocer las necesidades particulares que puede haber, y el gran alivio que produce en estas personas, quienes habitan el mundo usualmente sintiéndose "equivocados", o "locos". El entendimiento de que se trata de un funcionamiento mental distinto a la masa poblacional, con un procesamiento diferente de la información resulta clave para poder ayudar a la inserción social más amena y revisar los puntos frágiles que presente el sujeto y desee trabajar, con el objetivo de poder transitar la vida con menos angustia.

Bibliografía.

Maleval (2011) El autista y su voz
Laurent, E., (2012) La batalla del autismo Salvadó-Salvadó B., Montserrat P., Clofent-Torrentó M., Montero-Camacho M., A. Hernández-Latorre M. (2012) Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista
Hervás, M., Maristany, M. Salgado, L. Sánchez Santos. Pediatr Integral; XVI(10): 780-794 (2012) Los trastornos del espectro autista
Guía NICE (2012) Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management
Garrabé de Lara, J. (2012) El autismo. Historia y clasificaciones
Simone R. (2012) 22 cosas que una chica con Asperger quiere que su pareja sepa
Warrier V., Greenberg, D., Weir E., Buckingham C.(2020) Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals
Clodagh M., Wilson E., Robertson D., Ecker C., Daly E., Hammond N., Galanopoulos A., Dud,Declan G., Murphy, McAlonan G. (2016) Autism spectrum disorder in adults: diagnosis, management, and health services development
Pérez Rivero P., Martínez Garrido L. (2014) Perfiles cognitivos en el Trastorno Autista de Alto Funcionamiento y el Síndrome de Asperger

SOBRE EL PASAJE AL ACTO EN UN CASO DE PSICOSIS

Daniela Elizabeth Fernandez Carloni [A]

Introducción

En el presente trabajo se intentará abordar la vertiente clínica del concepto psicoanalítico de pasaje al acto, según lo propone Lacan. Con este propósito se hará uso del recorte de un caso clínico, a fin de ubicar las coordenadas subjetivas que permitirían concebir una conducta heteroagresiva hacia un objeto como un pasaje al acto.

Recorte del caso

Leo tiene 34 años y concurre a tratamiento psicológico hace más de 3 años, luego de un episodio que lo lleva a la guardia de un hospital de Salud Mental de la CABA. Es este episodio el que me interesa interrogar, a partir del concepto de pasaje al acto. Leo es traído por su madre a la guardia, luego de un episodio en el cual dice haberse sentido "perseguido", ya que su hermana estaba usando la computadora y "se reía", lo que interpreta como una "burla" hacia él, ya que esta "contenía información suya". Frente a esto, termina destruyendo la computadora.

Además, Leo desplegará que hace un tiempo se dió cuenta de algo: "los demás saben lo que pienso", y siente esto como una "violación", ya que "los pensamientos son lo más íntimo de uno". Relata que hay un complot entre sus familiares para que todos sepan lo que él piensa. La forma en la cual él se explica esta posibilidad es que ellos "han creado un satélite que capta sus pensamientos y los envía a los celulares donde las personas lo leen, debido a que lo han viralizado". En esta misma línea, comienzan a sucederse un sinfín de autorreferencias que menciona en las entrevistas. Entre otras, cuenta que al subirse a un colectivo vió a un "discapacitado" y pensó que "se lo estaban diciendo a él, porque su madre le comentó que él había tenido retraso madurativo".

El paciente relata que un par de meses antes del episodio, comienza a frecuentar un local de Mc Donalds donde trabaja Agustina, "una chica que le gustaba". Pasaba días enteros en el local observándola y en algunas ocasiones llegaba a hablarle, buscando acercarse de cierta forma. Finalmente, frente a esto, Agustina solicita una orden de restricción, recurriendo a la ley. En este punto también aparecen autorreferencias: por ejemplo al ver algo celeste dice "el que quiere celeste que le cueste, y eso significa que tengo que volver a intentar con Agustina".

En una entrevista, a poco de iniciado el tratamiento y en relación al festejo de su cumpleaños n° 32, me pregunta "Ya estoy grande para dormir con mi mamá, ¿no?". A partir de eso comenzará a relatar que, con frecuencia, cuando su padrastro no duerme en la casa, la madre le pide que vaya a dormir con ella, accediendo él a este pedido. También contará que siempre que debía tomar una decisión sobre a qué lugar mandar su currículum, en el contexto de búsqueda laboral, me comentaba que no sabía si su madre estaría de acuerdo con ese trabajo. Comienza a aparecer en su discurso una madre que todo lo sabe, y sobre todo tiene algo para decir.

En base a lo que relata Leo, Agustina aparece como una primera opción posible en vías de un camino hacia la exogamia, como una posible salida que lo resguarda de otra cosa. Un objeto de deseo que hace aparecer algo del orden de la sexualidad. Él no sabe cómo acercarse a ella. La va a ver, frecuenta su trabajo pero lo hace de una forma desregulada, sin límites, que genera del otro lado rechazo, miedo, llegando Agustina al punto de imponer un "no" resguardado en la ley.

Previo a esto, parecería que Leo estuvo estable y que, de alguna forma, las herramientas con las que contaba hasta ese momento lo sostenían. Tenía amigos y estaba cursando la carrera de Derecho en la Universidad.

[A] Psicólogo clínico; Especialista em Psicologia Hospitalar; Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco. Recife, Brasil. E-mail: Lnfbpsi@uol.com.br CABA. Argentina.
[B] Psicoterapeuta; Profa. Pesquisadora da Universidade e CABA. Argentina

Sobre el pasaje al acto

El concepto psicoanalítico de pasaje al acto puede presentarse en las distintas estructuras freudianas, asumiendo distintas funciones en cada una, pero a su vez, presentando aspectos de su estructura que son generalizables. Una posible fórmula general del pasaje al acto sería pensarlo como una "desestabilización-disolución del sujeto, que ya no puede sostenerse como historia en una escena y pasa a lo real por el quiebre del sostén que el fantasma le aseguraba" (Muñoz, 2009, 239), pensando que incluso en el pasaje al acto en una psicosis hay "una ruptura total de la prótesis de fantasma que podía mantener al sujeto" (Ibid).

Luego de una primera definición del concepto, se pasará a ubicar las coordenadas posibles de lo que en el presente caso me permito leer como pasaje al acto.

Coordenadas del pasaje al acto

Lacan, al hablar del pasaje al acto dice que es el "momento de mayor embarazo del sujeto, con el añadido comportamental de la emoción como desorden del movimiento" (Lacan, 2013, 128). Es en este sentido que, sirviéndose del cuadro de las coordenadas de la angustia, ubica como las condiciones del pasaje al acto al cruce entre el embarazo y la emoción. Pasaré a definir al embarazo y la emoción para luego, haciendo uso de ellos, pasar a abordar el recorte clínico.

Para definir al embarazo Lacan dirá que al usar ese término se refiere al sujeto atravesado por la barra, encarnando de esta forma el máximo de dificultad. "Cuando uno ya no sabe qué hacer con uno mismo busca detrás de qué esconderse. Se trata ciertamente de la experiencia de la barra". (Lacan, 2013, 19) Me permito ubicar en este sentido el efecto que tiene en el sujeto la orden de restricción impuesta, en tanto la ley le prohíbe acercarse a la chica que le interesaba, siendo esta una posibilidad de salida exogámica, de resguardo de quedar a merced de su madre.

Podemos hipotetizar que en la escena con Agustina en algún punto él como sujeto tomaba la iniciativa, buscaba acercarse, aunque lo hacía de una forma insistente y desregulada. Pero luego de la orden de restricción esa escena le es imposibilitada, la pierde. Leo ya no tiene detrás de donde esconderse, se queda sin maniobras posibles, le está prohibido acercarse. En el relato del paciente, sin intenciones de establecer una linealidad cronológica, sino más bien lógica, cuenta que a partir de esa orden de restricción algo cambió. Comienza a aparecer una cierta sensación: "los demás saben lo que yo pienso". No sólo no hay detrás de donde esconderse, sino que no hay refugio para la intimidad ni en sus propios pensamientos. Muñoz sostiene que "tras la pérdida del parapeto aparece el embarazo de no hallar donde parapetarse, situación embarazosa de un sujeto a punto de caer, desfallecer. Entonces, la situación de embarazo es un momento pre-pasaje al acto" (Ibid, 140) En este sentido se podría pensar como primer condición el embarazo, en tanto el sujeto queda atravesado por la barra a partir de lo que pierde por la orden de restricción impuesta que impide que se acerque a Agustina, en tanto primera opción posible para la exogamia; escena posible por fuera de la madre.

La segunda condición del pasaje al acto, según lo propone Lacan, es la emoción, en tanto "es el movimiento que se desagrega, es la reacción que se llama catastrófica" (Lacan, 2013, 20). Es un "estado de agitación de la motilidad que no se sabe hacia dónde va. Irrumpe y conmueve al sujeto, que se encuentra en un estado de invasión" (Muñoz, 2009, 141) "Un sujeto emocionado pierde la coordinación de sus movimientos, que se presentan desordenados, al modo de impulsos." (Ibid.) En este sentido podría ubicarse como la causa de la emoción la autorreferencia que se le presenta a Leo cuando ve a su hermana reírse mientras utiliza la computadora y "sabe" que se ríe porque está "viendo información sobre él", porque sus pensamientos no tienen velo. La certeza de que el Otro lo goza, y se burla de él lo deja totalmente identificado al objeto a, en su vertiente de objeto de desecho, resto.

Es cuando Leo se encuentra en ese lugar de objeto de goce del Otro que reacciona, pasa al acto, para destruir donde -según él- estarían los datos de su intimidad que producen burla. Este movimiento del sujeto, su reacción catastrófica, me permito ubicarlo en el acto de destruir la computadora impulsivamente. Pasa al acto agresivo para intentar terminar con algo que le resulta in-

soportable. La emoción sobreviene entonces por la imposibilidad en que se encuentra de hacer frente a la burla de la cual se siente objeto.

Las condiciones esenciales del pasaje al acto Otra posible lectura, que se desprende del caso y de lo teorizado por Lacan al respecto, es la relación que el encuentro entre el deseo y la ley tienen como posible coordenada del pasaje al acto. Como se dijo anteriormente, podría pensarse que Agustina encarna algo del orden del deseo para Leo, una salida posible hacia la exogamia, y que la orden de restricción viene a introducir un "no" resguardado en la ley que le prohíbe acercarse. Me aventuro a agregar: dejándolo a merced del encierro en las fauces de su madre.

Sumado a esto, la escena relatada de su hermana riendo frente a la computadora, y la certeza de Leo de que se burlan de él, podría pensarse, como se mencionó anteriormente, como "la identificación absoluta del sujeto con el a al que se reduce" (Lacan, 2013, 124), es decir, al objeto a, en su vertiente de desecho.

Tomando a Lacan, podemos decir que, es entonces cuando el sujeto -identificado al objeto-, se precipita y cae fuera de la escena, escena del Otro, al mundo, entendiendo a éste como "lugar donde lo real se precipita" (Ibid., 129). Esta lectura permite ubicar entonces otras posibles coordenadas del pasaje al acto: el encuentro entre el deseo y la ley, y la identificación del sujeto con el a.

Lo específico del pasaje al acto en la paranoia

En este apartado me interesa ubicar algunas particularidades del pasaje al acto en la psicosis. En este sentido, basándome en el recorte clínico propuesto, me interesa focalizar en las particularidades que el pasaje al acto podría tener en la paranoia. Si bien en términos generales el pasaje al acto es una modalidad de salir de la escena, de "salir a lo real cuando los recursos de lo simbólico y lo imaginario ya no le alcanzan" (Muñoz, 2009, 233), es pertinente especificar que en la psicosis esto ocurre "ante lo intolerable del goce infinitizado" (Muñoz, 2009, 94), sobre un goce insoportable para el sujeto con el cual debe cortar.

La operación que realiza el pasaje al acto sobre el retorno en lo real del goce puede incluso darse de distintas formas en los distintos tipos clínicos de la psicosis. En el caso de la paranoia, el pasaje al acto viene a poner un corte, a intentar resolver la "identificación del goce en el lugar del Otro (...) donde el Otro se dispone a gozar del sujeto y de su cuerpo" (Muñoz, 2009, 236). Para Leo, las autorreferencias, las burlas, el sentir que "los demás saben lo que piensa" (una "violación") era algo insoportable, totalmente intrusivo, que requería ponerle fin de alguna forma.

Esa "violación" que no solo toca el cuerpo sino que se dispone a gozarlo, le es insoportable. La "burla" también como forma del goce del Otro, es el punto donde Leo ya no puede hacer frente a esto y pasa al acto destruyendo de forma impulsiva la computadora, en tanto objeto que parecía contener sus "pensamientos".

Sobre la dirección de la cura

Muñoz, tomando a Lacan, sostiene que "si en el pasaje al acto la función del Otro simbólico deja de ser eficaz y el sujeto resulta arrojado al vacío, la orientación clínica será, por lo tanto, reinstalar al sujeto en su relación con el Otro simbólico" (Ibid., 199) por la vía del tratamiento de la palabra. En este sentido, para finalizar, me parece pertinente mencionar algo de lo trabajado con Leo a lo largo de estos años. La dirección de la cura si bien se orientó en reinstalar al sujeto en su relación con el Otro, fue con un Otro barrado, buscando desconsistirlo, y no ubicándolo como un Otro completo y consistente, que lo goza. De esta forma se intentó rearmar, restituir una escena más amable y vivible para Leo. Por un lado, algunas intervenciones fueron por la vía de poner en cuestión la función de esa madre, ubicándola como "sobreprotectora", significante que le sirvió a Leo para poder introducir cierta separación y falta del lado de esta. Por otro lado, en relación a lo que él continúa refiriendo respecto a que "los demás saben lo que piensa", se intentó relativizar esto de distintas formas, llevando a que Leo pueda decir en algunas oportunidades "seguro que la gente tiene cosas más importantes que hacer que estar pendiente de lo que yo pienso".

Conclusiones

En el presente escrito se intentó abordar el recorte de un caso clínico que, a mi entender, permitía trabajar el concepto de pasaje al acto en base a las coordenadas que postula Lacan en su Seminario 10 y también repensar las particularidades del mismo en la psicosis, específicamente en un caso de paranoia. Servirse de la teoría permitió, no solo, poner cierta luz sobre la conducta heteroagresiva que motiva el inicio de los controles por guardia de parte del paciente, al que se ubicó como pasaje al acto; sino también repensar la dirección de la cura en tanto rearmado de una nueva escena, que permita una relación más amable del sujeto con el Otro.

Bibliografía

Lacan, J. (1962-63/2013). El seminario: Libro 10. La angustia. Buenos Aires: Paidós
Muñoz, P. (2009). La invención lacaniana del pasaje al acto. De la psiquiatría al psicoanálisis. Buenos Aires: Manantial.

MÉTODO DE NIVELES (MOL) Y DISCOVERY TALKS (DOTS) EN ARGENTINA: ¿ESTAMOS LISTOS PARA EMPEZAR?

Matias Emilio Salgado [A]

Introducción

Argentina es reconocida por ser uno de los países con mayor número de psicólogos per cápita, llegando a una psicóloga/o por cada 64 habitantes en su ciudad principal: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Alonso, & Klinar, 2015). En 2016, la Argentina ya contaba con más de 222 Psicólogo/as (trabajando en el sector de salud mental) por cada 100.000 habitantes, mientras que por ejemplo, Estados Unidos tenía apenas 30 para la misma cantidad de habitantes (Organización Mundial de la Salud, 2019). Culturalmente en la Argentina -en general- se entiende al proceso terapéutico como un medio de autodescubrimiento y autocomprensión, y no sólo como una forma de tratar trastornos o desórdenes mentales. Esta es la razón por la que la terapia es tan buscada y utilizada por tantos. Esta concepción acerca de la terapia ha encontrado en el Psicoanálisis quizás un socio perfecto, y así lo ha sido durante largas décadas, siendo el Psicoanálisis el enfoque dominante desde que la psicología aterrizó en esta parte del mundo (Alonso, Gago, & Klinar, 2018). Aunque los pacientes han encontrado a este enfoque realmente útil hasta cierto punto, la baja relación entre el tiempo o esfuerzo (casi como regla general: terapia semanalmente y por muchos años) y sus resultados, entre otras cosas, ha dado lugar a un interés decreciente en este tipo de abordaje. Esto abrió cierto espacio para la terapia Cognitiva-Conductual (TCC) y para el enfoque integrativo (que integro a la TCC con otras formas de terapia que incluso pueden incluir a el Psicoanálisis) en la búsqueda popular (Klinar, Gago, & Alonso, 2019). En Argentina, la TCC en particular, ha recibido un interés creciente principalmente en la última década. Como la TCC "Beckiana" fue vista como excesivamente estructurada y centrada en los síntomas no encajaba del todo con la idea general de la terapia que los argentinos tenían

anteriormente, ni para los pacientes ni para los terapeutas. Fue principalmente a través de la llegada de la "tercera ola" que el interés en la TCC comenzó a crecer fuertemente. La oportunidad de poder hablar sobre experiencias personales centrándose al mismo tiempo en los resultados, todo esto dentro de un abordaje basado en el evidencia, empezó a ser algo muy apreciado por lo/as pacientes y por los psicólogo/as, e incluso por otros profesionales de la salud, ya que sembró esperanzas de efectividad en el terreno de la psicoterapia. Sin embargo, estos enfoques también

[A] Lic. en Psicología (UBA) Psicólogo Clínico (GCBA) Esp. en Psicoterapia (UNMdP/AIGLE) Psicólogo Clínico en Hospital Tornu Director Clinico en RE:MIND CABA. Argentina. salgado_matias@hotmail.com

no dejan de ser en cierta medida rígidos, son liderados por terapeutas (y no por el paciente), ya fin de cuentas entonces no termina por cumplir con lo que prometen. Hoy en día, hay un creciente interés en desarrollar un enfoque que logre ser más flexible, que pueda conducir a una conexión más profunda con las experiencias y visiones de los pacientes, siendo al mismo tiempo efectivo, eficiente y basado en la evidencia. A su vez, los pacientes esperan tener más control sobre el proceso terapéutico, esperan que el proceso se adapte a ellos, y no ellos al proceso como históricamente solía suceder, y todavía aún sucede.

Método de Niveles (MOL) y Teoría de Control Perceptual (PCT)

La terapia Método de Niveles (MOL) es la aplicación directa de la Teoría del Control Perceptual (PCT) en el contexto de la terapia individual (Mansell, 2021). La PCT propone que todo lo que hacemos es *controlar*, que la vida misma *es control*. Nos mantenemos en un estado al cual informalmente lo llamamos "todo bien" por medio del control de nuestro sentido de nosotros mismos y de nuestro entorno, haciendo lo que sea necesario para alcanzarlo y mantenerlo. Pero cuando, para ello, tenemos objetivos/metas/deseos incompatibles que "chocan" unos con otros, allí aparece el "conflicto" -y cuando el conflicto perdura en el tiempo conduce a la pérdida de control, generando malestar psicológico. ¿Cómo se resuelve el conflicto entonces? La persona que lo está experimentando necesita un entorno donde pueda explorar ambos lados del conflicto, mirándolo desde una perspectiva de nivel superior. La PCT propone que el proceso de aprendizaje que implica la forma más eficaz de recuperar el control es la "reorganización": cuanto más la persona pueda mantener su conciencia sobre sus experiencias con respecto a su conflicto, desde esta perspectiva de nivel superior, tendrá más oportunidades para encontrar una resolución que funcione mejor para ella/el (Mansell, 2018). En base a estos tres principios: control, conflicto y reorganización, MOL ayuda a las personas a hablar del problema de una manera detallada y profunda, conectada con el momento presente, manteniendo la atención sobre el problema. Al mismo tiempo, MOL ayuda al paciente a notar las disrupciones en su discurso y/o comportamiento para que la persona pueda cambiar su atención redirigiéndola hacia ciertos aspectos del problema que de otra manera podrían ser pasados por alto. Al hacer esto, MOL genera un ambiente donde el/la paciente puede explorar sus conflictos mientras que al mismo tiempo expande su conciencia para "unir los puntos" entre el conflicto y sus objetivos de niveles superiores, dando tiempo y espacio para que la reorganización funcione conllevando sus beneficiosos efectos (Mansell, 2018).

Metodo de Niveles en Argentina

En marzo de 2021, el Dr. Warren Mansell impartió el primer taller en línea de MOL y PCT para terapeutas argentinos con alta asistencia (más de 350 participantes). Dicho taller en conexión con los encuentros regulares de supervisión que llevan a adelante Warren Mansell y Ana Maria Churchman, Rob Griffiths, Eva de Hullu, y Jakub Grzegrzolka

entre otros, con la participación de Susan McCormak, Vanessa Macintyre, Marisa Brioni, Kadie Roberts, Stephanie Reid Matt Leeming, y Chung Mak entre otros, sembró la semilla para que el nacimiento de MOL en Argentina. Desde marzo de 2021 nosotros (un psicólogo clínico y terapeuta de TCC, y un psicólogo y lic. en administrador de empresas) comenzamos a construir un Centro MOL en Argentina llamado "re:mind" (disponible en www.remindweb.com) que ofrece principalmente terapia MOL y "Discovery Talks" (DOTS) para empresas (DOTS es una versión de MOL para ámbitos no necesariamente clínicos). El lanzamiento formal del centro se llevó acabo en mayo de 2021, y en el transcurso de 12 semanas, ya hemos encontrado que: (1) Todos los 305 turnos ofrecidos fueron reservados, (2) De estos 305, 78 eran turnos "extra" ofrecidos y reservados dada la alta demanda, (3) La tasa de abandono fue de 4 en 305 turnos (1,3%), o 4 sobre 53 pacientes (7,5%) (entendiendo la tasa de abandono/Dropping out como el hecho de no asistir a una sesión reservada sin previo aviso y no reservar una nueva cita), (4) La tasa de ausencias fue de 10 sobre 305 (3,3%). Añadiéndola a la tasa de abandonos el total es de 14 sobre 305 (4,5%), (5) Un total de 3 empresas han recibido MOL/Discovery Talks con buenos resultados. Estos resultados nos permitieron observar que existe una alta aceptación de la MOL como nuevo enfoque para el ma-

lestar psicológico (al menos dentro de esta cohorte inicial de pacientes y empresas argentinas). Esto puede entenderse debido a que los pacientes han referido (1) que encuentran MOL como un enfoque "familiar" para tratar sus conflictos, por ejemplo: *"Esto es lo que siempre hago cuando trato de pensar en mis problemas"* (2) aun habiendo realizado otro tipo de terapias incluyendo psicoanálisis y/o TCC los pacientes encontraron a MOL más eficaz y eficiente, por ejemplo: *"Estas reuniones resultaron ser realmente interesantes.*

Pude hacer un trabajo más profundo en comparación con otras terapias que hice antes. En un corto período de tiempo, cambié la forma de encarar mi vida. Siento que madure mucho y que ahora soy la persona que queria ser", "Hace poco tiempo mi vida era un caos, pensé que nunca iba a mejorar. Ahora no es solo que estoy mejor, sino también, siento que a partir de ahora mis problemas se van a resolver" (3) las personas encontraron que MOL los ayudó a ser más abiertos para compartir y conectarse con sus experiencias, por ejemplo: *"Esta es la primera vez que hablo tanto de mi vida. Me sirve, y me ayuda", "Siendo un introvertido toda mi vida, nunca había sido capaz de hablar tan directamente sobre lo que me pasa"* (4) las personas ven a MOL como un medio de autodescubrimiento y autocomprensión siendo al mismo tiempo efectivo, por ejemplo: *"Estas conversaciones son buenas y útiles para mí. Me gusta tomarme el tiempo para repensar las cosas centrales en mi vida... como adulto, nunca había hecho eso antes. Llegué aca sintiéndome muy mal y ahora estoy en un lugar muy diferente"* (5) las empresas han encontrado las "Discovery Talk" (DOTS) útiles en términos de mejora y progreso, por ejemplo, un grupo de empleados comentó: *"Antes solíamos ver al dueño de la empresa estancado, indeciso, daba vueltas, con miedo a tomar decisiones. Ahora lo vemos con otra perspectiva, más seguro y decidido".* Los planes futuros incluyen la difusión de PCT, MOL y DOTS entre lo/as terapeutas argentino/as, impartiendo talleres tanto en el sector privado como en el público, y participando en conferencias locales e internacionales (procesos que ya se encuentran en curso con feedback positivo). Al mismo tiempo nos encontramos produciendo nuevo material tales como papers/publicaciones, vídeos y contenido en redes sociales en español. Junto a esto, el plan de ampliar la red de tratamientos es una prioridad. También es otra prioridad poder

posicionar a Discovery Talks (DOTS) como un servicio que las empresas puedan utilizar y obtener sus beneficios. Por lo tanto, la formación de psicólogo/as también en esta área es parte de los próximos pasos. Aumentar el uso de escalas facilitará la difusión y la confianza, por lo que estamos buscando formas de introducir y mantener esto dentro de nuestros servicios.

Conclusiones

La cultura argentina se encuentra, en términos generales, abierta a la terapia. Existe un gran número de psicólogo/as dentro de su población, y la mayoría de las personas encuentran a la terapia como un espacio necesario y útil para la comprensión y el crecimiento personal, tengan o no un "trastorno o desorden" para tratar. El interés por un abordaje en el cual el/la paciente pueda sentirse familiarizado/a, "en control", y que al mismo tiempo pueda ser eficaz, eficiente y basado en la evidencia está creciendo rápidamente. Esto está resultando en un cambio tanto en la percepción del paciente como en la del terapeuta acerca de lo que realmente necesitan y de lo que realmente puede ayudar (o que pueda ayudar más). La primera cohorte de pacientes (y empresas) respondió muy bien a MOL y DOTS, con alta demanda, alta nivel de feedback positivo, y bajas tasas de ausencia y abandono. MOL en Argentina se encuentra aún en una etapa inicial, pero ya muestra un gran presente y un futuro prometedor en términos de aceptación, difusión, y expansión. MOL llegó a la Argentina en el momento adecuado para llenar el espacio entre qué lo que hoy las terapias ofrecen y lo qué lo/as pacientes realmente necesitan, y eso simplemente es poder recuperar el control de sus vidas.

Referencias

Alonso, Modesto M., Gago, Paula, y Klinar, Doménica (2018). Distribución ocupacional de los/as psicólogos/as en la República Argentina. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXV Jornadas de Investigación. XIV Encuentro de Investigadores en Psicologíadel MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Alonso, M.M., & Klinar, D. (2016). LOS PSICÓLOGOS EN ARGENTINA, Relevamiento Cuantitativo 2015 (Resultados preliminares). VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología; XXIII Jornada de Investigación; XII Encuentro de Investigadores de Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. doi:10.13140/RG.2.2.29848.80647
Klinar, Doménica, Gago, Paula, y Alonso, Modesto M. (2019). Distribución ocupacional de los/as psicólogos/as en la República Argentina – relevamiento 2019. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
Mansell, W. (2018). El Método de Niveles: ¿Es la terapia psicológica disponible más parsimoniosa? Revista de Psicoterapia, 29(110), 7–15.
Mansell, W. (2021). El modelo de control perceptivo de la psicopatología. Current Opinion in Psychology, 41, 15–20.
Organización Mundial de la Salud. (2019). Trabajadores de la salud mental. Datos por país. Recuperado de https://apps.who.int/gho/data/view.main.HWF11v

SUBJETIVACIONES PERVERSAS EN LA INFANCIA: OTRA FORMA DE PENSAR EL FALSO SELF

Yanina Florencia Valle Lanosa [A], Emmanuel Oliverio [B]

En este artículo de investigación se dará cuenta de una posible teoría de las formaciones de subjetivación perversa en la infancia siguiendo los desarrollos teóricos de Donald Winnicott, como parte de una investigación para una tesis Doctoral.

En "La integración del yo en el desarrollo del niño" Winnicott (1962) expresa la importancia de los cuidados del niño en una etapa anterior a la separación no yo y las posibles consecuencias si existiesen reiteradas fallas, siendo la que se va a trabajar en el presente trabajo, el falso *self*.

Para definir perversión se tomará en cuenta el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2014) y se comparará este término al denominado "trastornos parafílicos". El manual hace una importante distinción señalando la diferencia entre la parafilia y el trastorno parafílico, siendo la primera condición necesaria para diagnosticar un trastorno parafílico, pero no suficiente para fines diagnósticos o para necesitar un tratamiento.

Verdadero y Falso Self

En "La integración del yo en el desarrollo del niño" Winnicott (1962) expresa que podría suceder si el bebé, en una etapa anterior a la separación no-yo, no encuentra los cuidados suficientemente buenos y se dan reiteradas fallas, ya sea en el sostenimiento, manipulación o presentación de objetos. Con relación a esto tomaremos uno de los resultados posibles que es una defensa muy específica conocida como falso *self*. Esta defensa consiste en generar un *self* protector y a su vez una organización de la personalidad falsa. Por eso es necesario poder hacer una distinción entre el falso *self* como defensa del verdadero *self,* en cuyo caso nos enfrentaríamos a un caso de salud y bienestar del pequeño y el falso *self* como patológico. En este último caso hablaríamos de un falso *self* que toma por completo el control del *self* del niño (Bareiro, 2011).

En el presente trabajo trabajaremos con el falso *self* predominante, el patológico. En este caso si tiene éxito la defensa nos encontraríamos ante una nueva amenaza para el *self* (aun cuando el falso *self* está destinado a ocultarlo y protegerlo). Usar esta defensa "les permite a muchos niños parecer promisorios, pero finalmente un colapso revela que en el escenario está ausente el *self* verdadero (Winnicott, 1962, p.76)". Winnicott refiere que las fallas en distinto tipo y grado no quitan la existencia de diferentes factores de tipo hereditario, sino que los complementan.

[A] *Lic. en Psicología. Becaria Doctoral UBACyT. Ayudante de Etica II, Psicología, UBA. Vocal Titular Capítulo de Historia de la Salud Mental en Argentina, AASM. CABA. Argentina. yaninavallelanosa@gmail.com*
[B] *Lic. en Administración, UBA. Estudiante avanzado Psicología UBA. CABA. Argentina. emmanueloliverio@hotmail.com*

Para Winnicott es en la temprana infancia donde las posibilidades de contener al pequeño y sostenerlo son de vital importancia. Si el niño está suficientemente bien cuidado se va a dar una sensación de sí mismo en términos de continuidad: el verdadero *self.* Sin embargo, si el ambiente fracasa reiteradas veces, como ya mencionamos, aparece un sentimiento de abandono y la necesidad del niño de implementar el falso *self* como forma de poner enfrentar al mundo (Bareiro,2011).

Un autor que también hace similitudes sobre el falso *self* patológico es Bowlby (1995), para el autor existen diferentes tipos de apego y particularmente el apego ansioso elusivo que consiste en la desconfianza del individuo en que al buscar cuidados los recibirá y la respuesta que recibirá es un desaire. Son esos incontables rechazos que se dan en estas situaciones cuando el individuo se acerca a la madre en busca de contención los que producen este tipo de apego relacionado fuertemente al individuo que presenta Winnicott al hablar de falso *self.* Se presenta entonces un individuo que intenta volverse autosuficiente.

Trastornos parafílicos

El criterio del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014) para los trastornos parafílicos consiste en trastornos que son frecuentemente relacionados a posibles daños a terceros, nocivos o tipificados como delitos criminales (lo que no quepa dentro de estas categorías no será tomado en cuenta como perversión). Para ser considerado trastorno parafílico debe causar algún malestar y/o deterioro significativo en el individuo, o una satisfacción que, de realizarse, conllevaría un riesgo o daño a terceros o a sí mismo. El manual distingue la parafilia, como condición necesaria pero no suficiente para fines diagnósticos, del trastorno parafílico. La parafilia en sí misma no requiere ningún tratamiento clínico.

Similitudes

En palabras de Winnicott podríamos inferir diversos grados de falla en la defensa conocida como falso *self*. Al hablar de perversiones nos encontraríamos ante un alto grado de falla en la cual el propio individuo actúa con su falso *self* con predominancia. Son casos en los cuales ya sea que lo consideremos un trastorno parafílico, una situación de apego ansioso elusivo o falso *self*, en lo que todos podemos coincidir es en el hecho de que el niño debe de sobrevivir al medio sin los cuidados del ambiente facilitador que reiteradamente le falló. Nos encontramos con un individuo que frente a una angustia irreconciliable arma un falso *self* como forma de vida, como forma de resistir los envistes del mundo externo.

El niño totalmente abandonado por el ambiente debe de adecuarse a algún aspecto del medio ambiente perdiéndose en él y perdiendo experiencia personal. Si el entorno falla es el propio ser el que tiene que rescatarse así mismo (Bareiro, 2011). Creemos que una de las modalidades que podría adaptar este falso *self*, es la comprendida por los trastornos parafílicos.

Estaríamos entonces hablando de una modalidad de falso *self* en la cual el individuo para sobrevivir al medio ambiente toma una personalidad como sí lindada en el futuro a una patología ligada a la perversión. Frente a un mundo que lo desampara, en el caso del fetichismo, por ejemplo, se refugia en los objetos externos.

Conclusión

A lo largo del presente trabajo se intentó dar cuenta de una posible teoría de la subjetivación perversa en la infancia por medio de la relación entre los conceptos de falso *self* y trastornos parafílicos.

Winnicott (1962) afirma la importancia de los cuidados suficientemente buenos en una etapa anterior a la separación no-yo. Refiere que uno de los destinos de reiteradas fallas podría ser la predominancia del falso *self.* Es decir, ya no actuaría como una simple defensa del verdadero *self*, sino que tomaría por completo el control del individuo. El individuo sin la protección del ambiente facilitador queda abandonado a su suerte en el medio ambiente y por medio de una personalidad como sí logra defenderse de los envistes del mundo externo.

A los fines de esta investigación, se tomará como criterio para los trastornos parafílicos aquellos

que sean frecuentemente relacionados a posibles daños a terceros, nocivos o tipificados como delitos criminales (American Psychiatric Association, 2014). Seguiremos considerando la importancia de separar a los trastornos parafílicos de las parafilias ya que, si bien todo trastorno parafílico contiene una parafilia, no toda parafilia es un trastorno parafílico. Haremos hincapié en este punto ya que nos parece de relevancia para lo investigado.

Para concluir, podríamos inferir que al hablar de perversiones existiría un alto grafo de falla en la primera infancia por lo cual el propio individuo actúa predominantemente con su falso *self.* Existen diferentes tipos de perversiones, como de trastornos parafílicos, pero en gran medida podemos deducir que lo que une a estas formas de subjetivación en la temprana infancia es el sentirse abandonado frente a un medio ambiente que al niño pequeño se le vuelve hostil. Ante esta situación el individuo no tiene opción más que refugiarse en sí mismo y actuar con predominante falso *self.*

Bibliografía

American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. American Psychiatric Pub.

Bareiro, J. (2011). La problemática de la subjetividad y la clínica en Winnicott: verdadero y falso self. Perspectivas en Psicología, 8(2), 45-51.

Bowlby, J. (1995). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría de apego. Editorial Paidós. Psicología Profunda. Primera reimpresión. Barcelona, España.

Winnicott, D. (1962). La integración del yo en el desarrollo del niño. D. Winnicott (1993). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Paidós.

CONSTRUCCIÓN COLECTIVA EN SALUD: SOMOS RED

Juliana Guirao [A], Tomasa San Miguel [B]

Introducción

Este texto surge en el intento de reflexionar sobre la época actual caracterizada por un contexto socioeconómico complejo, agravado por una pandemia de año y medio de evolución, donde las dificultades y disolución de los lazos vienen siendo casi inevitables al mismo tiempo que la necesidad de generar respuestas colectivas (y creativas) se ha vuelto evidente.

Se han escuchado mucho en los medios, en los discursos políticos, en las redes sociales las remanidas frases "de esto salimos todos juntos" o "el cuidado es entre todos" pero como muchas de las frases que son dichas una y otra vez, se vacían de sentido y pierden su impacto. Creemos que, frente a lo inédito de esta pandemia y frente a las consecuencias que ella supone para la articulación de recursos dentro y fuera del sistema de salud, se vuelve necesario replantearnos desde nuestro lugar como trabajadores, las dificultades que encontramos, los efectos del contexto en la clínica y la importancia de aquello que llamamos "colectivo" en la respuesta que brindamos. Al decir de Claudia Lopez Mosteiro en la revista Lobo Suelto "La fragmentación del sistema existe. Pero en cada intervención podemos trabajar para construir red, o no hacerlo".

Somos parte de la red

L, una mujer de 60 años, concurre por varios días al centro de salud por la tarde. Pasa por el Triage y pide sentarse en la sala de espera, en silencio. Su presencia incomoda a los profesionales ya que "no dice nada, solo pide quedarse algunas horas en el centro de salud". Se la escucha hablar sola. Uno de los médicos comienza a hablar con ella, quedando perplejo tras el florido relato de lo que ella misma llama "violencia". Llega el pedido a salud mental.

[A] Psicoanalista. Psicologa de planta del CESAC 22. Ex residente del Hospital Carlos G. Durand. Docente de la Practica Clinica de la Urgencia (UBA). Docente de residencias de CABA. juliguirao@gmail.com

[B] Psicoanalista. Supervisora de diferentes hospitales de CABA y Provincia de Buenos Aires. Docente Adjunta de la materia Psicopatologia (UBA). Docente JTP de la Practica Clinica de la Urgencia. CABA. Argentina. tomasasanmiguel@hotmail.com

Al acercarse la psicóloga, dice que no quiere hablar "porque nadie le va a creer". Llora desconsoladamente y dice haber vivido una vida "llena de violencia, especialmente por parte de su ex marido y sus hijos". Le hicieron cosas, la dejaron de lado, le quitaron la tenencia de sus hijos. Parece que ello pasó a partir del nacimiento de sus hijos. Ahora son sus vecinos quienes la molestan posiblemente enviados por su ex marido. Ella escucha los pasos por las noches. Son sicarios. Interceptaron su teléfono y su televisión.

La consulta acontece en la sala de espera. Hechos inconexos y deshilachados. Vive sola. Tiene dos hijos con los que no se habla: está segura de que su hijo mayor "tiene la cabeza lavada por el padre" y su hijo menor está vinculado a una red de narcotráfico que ese hombre maneja. No está dispuesta a dar ningún dato de familiares a quienes contactar. En las últimas semanas casi no duerme porque no se siente segura en su casa. Hace "guardias", duerme de día. Su relato es interminable, toda su familia está "contaminada". No está dispuesta a tomar medicación, no quiere ver a un médico psiquiatra ni a un clínico. Su pedido es ir al centro de salud todas las tardes para poder "descansar la mente de tanto ruido". La psicóloga acepta su petición.

Durante casi una semana se sostuvo la estrategia pero su cuadro evoluciona desfavorablemente: no duerme y come casi nada. La psicóloga manifiesta su preocupación por ello. L acepta una consulta con médico clínico que le toma la presión e intenta darle, sin éxito, medicación para dormir. Dada su negativa a todo tipo de intervenciones y su notable desmejora con el pasar de los días, estando su salud en riesgo, se toma la decisión de proceder a una evaluación por guardia. Se le comunica a L que el objetivo es ir en busca de recursos para poder hacer frente a lo que ella denomina "una situación de abuso y violencia de género". Se enoja al ver la ambulancia y pide a la psicóloga que la acompañe. Le dice "sos buena y paciente". En ese viaje fugaz en la ambulancia cuenta de su primera internación a sus veintitantos años.

Al desembarcar en la guardia de un Hospital General, el COVID acecha. No quieren permitirles entrar. No la quieren evaluar. No hay camas. La psicóloga habla con el equipo de guardia de Salud Mental del día al que comenta la hazaña de los últimos días. Deja a L con el equipo de guardia y acuerdan entre ambas volver a verse en el CESAC en unos días. El equipo de guardia decide no internarla "porque no reviste riesgo cierto e inminente para sí o terceros". L se retira sin medicación, sin tratamiento.

No vuelve a visitar el centro de salud, tampoco se la vuelve a ver en el barrio. Pensamos al CESAC como un lugar para transitar, un ambiente confiable, facilitador.

Un espacio/ tiempo para crear y transformar lazos, generar y promover redes, entramados, transferencias. La apuesta en este caso fue a conformar una red y

condiciones de trabajo, previo armado mínimo de la transferencia a la institución y a la analista (siempre sabiendo del riesgo de quedar atrapada bajo la trama delirante paranoide al activar la articulación para la internación). Instalar un tiempo de trabajo para poder articular con su familia, amigos, instituciones que fueran lugares confiables para la paciente. Apuesta que dejaba traslucir un horizonte no muy lejano en que la internación sería necesaria si nada de lo mencionado previamente ocurría.

Conocer el límite de lo posible como intervención en el CESAC a través de conversaciones con los colegas fue fundamental para decidir el traslado a la guardia, con el objetivo de una internación. Se pensó a la misma como otro espacio/ tiempo, el de una pausa que, si bien forzada, permitiera poner en marcha aquello que de forma ambulatoria no era posible. Ahora bien, algo no menor a tener en cuenta y que constituye parte del meollo del asunto: la pregunta por el riesgo cierto e inminente. El cuadro es "crónico", un delirio bastante sistematizado que comienza en la época del primer puerperio de la paciente. Ahora bien, el deterioro clínico es evidente y la salud mental es parte de la salud entendida de manera integral ¿Podemos desoír eso? ¿Cómo intervenir de manera ambulatoria si no hay red vincular y la paciente se encuentra completamente tomada por el delirio que la deja sin dormir y sin comer? ¿cuánto más se podía esperar? ¿Podía la paciente dormir, comer, estar en el CESAC?

Lo imposible como punto de partida

Cynthia Szewach en Revista Adynata dice: *"A veces hay colapsos. Lo que colapsa, provenga de donde provenga, pide que se escuche el límite. El colapso obliga pensar hasta donde se puede sostener algo de ese modo (...)"*. Pensamos al límite en su doble función: como frontera, pasaje de un espacio a otro, y otra dimensión donde el límite señala un imposible. Es función del analista, causado por un deseo, intuir aquello imposible para plantear condiciones de posibilidad que permitan un trabajo. Reconocer lo imposible para armar una superficie posible. En este punto, acoger la demanda implica poner en juego algo del cuerpo. En el Seminario 19 Lacan define las entrevistas preliminares como encuentro de cuerpos, aquello que da soporte a lo que luego se formaliza como discurso analítico. En el lazo transferencial el analista, en su función de semblante, vacía la consistencia del ser representando el objeto a que convenga al modo de goce de cada sujeto. Con este trayecto consideramos un devenir posible para un tratamiento. Pero el inicio, los encuentros, no siempre tienen como puntapié una demanda, eso ya es una construcción, es el resultado de un trabajo.

En la viñeta se trata de una presentación paranoide. La paciente testimonia de la consistencia del Otro en su persecución, todo sin sentido se anula al decir de Schreber y su posición de objeto es certeza mortificante. Es con suma prudencia en la escucha y la posición de un analista que su padecimiento se va trazando hasta llegar a esa nominación propia: violencia de género. Es desde allí que algún pedido se puede articular aunque no coincida con lo que la salud mental puede pensar como motivo de consulta y pedido de tratamiento. Y al mismo tiempo, una intervención sólo tendrá efectos si le hace lugar a esa singularidad. Hay ahí una delicada artesanía que determinará lo conveniente de cada intervención, donde lo ajustado y saludable de un dispositivo se define en relación a su capacidad de porosidad, su flexibilidad en sus límites, su relectura permanente.

Al mismo tiempo que L encuentra un nombre para su padecimiento propone otro para quien la viene escuchando: "buena y paciente" son los atributos que designan ese encuentro. Es interesante porque tienen la impronta de lo inédito para ella que se ve envuelta en una trama de persecuciones donde el otro solo busca mortificarla. Lazo paradojal que define la relación del psicótico al otro: es la presencia de un goce permanente lo que determina su ser de objeto. Pero le da existencia. Sobre esa presencia se desliza un interés: parece que L quiere pensar, por eso va al CESAC, a aplacar los ruidos, por eso no quiere tomar medicación. Entre los ataques del otro y la posibilidad de pensar se juega lo que le otorga un sentido a su vida. La pregunta es cómo intervenir, desde la salud, sin atrofiar esta trama subjetiva.

Lo colectivo: Comunidad y prójimo

Entendemos que las prácticas que buscan garantizar la integralidad del cuidado en salud son aquellas que trabajan siguiendo algunas apuestas: el trabajo en equipos interdisciplinarios, la importancia del cuidado de los vínculos en la atención, la promoción de otros espacios de cuidado, entre otras. La especificidad de la salud mental se encuentra en la importancia de incorporar la dimensión subjetiva en las prácticas de salud. Efectivamente es imposible aislar la salud mental de la salud, sin embargo en ocasiones sucede que ella deja por fuera la dimensión de la solución más singular de un sujeto.

Sucede que la salud física de L se deteriora mientras que su salud mental se restituye ya que ella ha encontrado una solución posible a la certeza de la invasión. Al mismo tiempo ésta (su) estrategia no ordena ni la alimentación ni el sueño. Quizás la intervención de acompañarla al hospital fue apresurada. Pero más llamativa aún es la decisión de no internarla. Durante la pandemia, en reiteradas ocasiones, el hospital dejó de ser hospitalario. Hacerle lugar a lo semejante no parece tan complicado, aunque es posible constatar cómo los límites de lo semejante son cada vez más estrechos hasta llegar a convertirse en un pasadizo que sólo deja transitar el espejismo de lo idéntico.

El "todos" se impone en una pandemia. En el límite sin margen que exige cuidar la vida, los

lazos se han resentido. Ha sido necesario un esfuerzo para que la distancia física no sea aislamiento subjetivo. La vida se ha revelado como algo más que lo orgánico aunque eso sea condición. En ese sentido, el dilema entre virus e intervenciones cobró relevancia, era posible internar por salud mental a una mujer de 70 años en un hospital general con la exposición y posible riesgo que eso conlleva? El hospital pasó a ser un lugar muy inhóspito. Y la vida, desnudada en la supervivencia, se volvió urgencia.

La salud mental implica que un deseo surja en el lazo con el Otro. Y que eso sea potenciado por algunos dispositivos. La urgencia de estar reducidos necesariamente a los cuidados de lo orgánico sobre el fondo de un agujero en el saber ha puesto a prueba al unísono los recursos singulares y los del Otro de lo social. Constatamos, una vez más, que se trenzan y requieren de un vacío por donde se filtre lo imposible de ajustar. Desde las posiciones más cínicas desconociendo lo común hasta las más solidarias y comprometidas han demostrado lo vital de lo inexacto.

Es en este sentido que la continuidad de cuidados exige que los/las trabajadores/as de la salud vayan produciendo itinerarios de acción que se adecuen a cada situación. Ni más ni menos que el famoso y tan remanido caso por caso. "Subirse a la ambulancia", acompañar a la paciente, fue necesario aunque no suficiente para llevar adelante dicha continuidad. Entonces agregaremos que "es entre todos" pero en un todos que nos incluye. Somos parte de la red, somos red.

Nos servimos del concepto de comunidad de Lewkowicz para profundizar esta idea: "nosotros no es un lugar al que se pertenece, es un espacio al que se ingresa para constituirlo (…) Quizás nosotros no sea un conjunto de personas sino una configuración subjetiva de los pensamientos en una circunstancia" (Lewcowicz, 2004, p. 16). En esta concepción del nosotros es necesario pensar la representación del otro para un sujeto y que margen resta para la posibilidad de un lazo ya que ello definirá intervenciones que no son anónimas ni parte de un sistema automático sino que están encarnadas. Esa red se articula con aquella de quienes nos consultan como un tejido que resuena en cada quien.

Tal vez la noción de prójimo en Lacan y Freud nos aproxime a una comunidad que como tal reconozca las diferencias y se vuelva permeable a ellas. Para Lacan el prójimo es el otro en tanto diferente e insoportable al mismo tiempo. Otro que me muestra la misma opacidad que me habita o en palabras de Lacan en el Seminario 16: "No hay prójimo salvo ese hueco mismo que está en ti, el vacío de ti mismo" (1968-69, p. 24). Alejándolo de su referencia religiosa Lacan lo liga al grito primario que como pura jaculación entraña ese interior en el afuera: "...por lo cual lo que me es más íntimo es justamente lo que estoy forzado a no poder reconocer más que en el afuera" (ibidem, p. 206). Diferentes pero hermanados al mismo tiempo. Versión del Otro donde la aceptación del desamparo coexiste con la posibilidad de refugiarse en ese Otro. Asimismo, Freud en el Proyecto de Psicología, al hablar de la experiencia primaria de satisfacción, postula que la comunicación-comprensión con el prójimo se funda en la indefensión originaria (vía la acción específica, el auxilio ajeno) y es la base de los valores morales. Justamente es a través del prójimo que el niño recibe el auxilio requerido para saciar sus necesidades. Encontramos ya en Freud una idea: nadie se salva solo.

Conclusiones

Lo colectivo nos incluye, somos parte de la red y tenemos una posición privilegiada como analistas, desde la transferencia, para poder maniobrar, fomentar su apertura, convocar a otros. Al decir de Lacan, en su Seminario XIX: "Somos hermanos de nuestro paciente en la medida en que somos, como él, hijos del discurso" (p.230).

Agrega luego: "Lo que nace de un análisis nace en el nivel del sujeto, del sujeto que habla, del analizante, por medio – el hombre piensa, decía Aristóteles, con su alma- de esa mierda que le propone el objeto a bajo la figura de su analista" (p.231). Es necesario, entonces, del lado del analista saber hacer de desperdicio, de resto, de semblante de objeto a en la transferencia, para desde allí poder escuchar - leer las letras que marcaron a cada quien.

La transferencia es entonces una posibilidad de dar lugar, vía la palabra, vía el cuerpo, a lo co-

munitario en tanto prójimo, con la opacidad que supone ese afuera íntimo, ajeno e irrepresentable y al mismo tiempo diferente. Sabernos parte de ese entramado comunitario es fundamental para dar lugar, hacer entrar, esa diferencia. Lo comunitario constituye una vía de acceso a lo inédito, una chance de re-escritura.

Bibliografía
Freud, S. (1895) "Proyecto de psicología para neurólogos". En Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu editores. 1997, t I.
Lacan, J. (1968-1969) El Seminario: libro 16: De un Otro al otro. Buenos Aires, Paidós, 2008.
Lacan, J. (1971-1972) El Seminario: libro 19: ...Ou pire. Buenos Aires, Paidós, 2012.
Lewcowicz, I. (2004). Pensar sin estado. La subjetividad en la era de la fluidez. Paidós.
Szewach, C. "Escombros, derrumbes, colapsos, recursos" en Revista Virtual Adynata, 2020.
Lopez Mosteiro, C. "Todo terreno es político" en Revista Lobo Suelto, 24 de Septiembre de 2020.

LAS NEUROSIS NARCISISTAS: UN CONCEPTO PARA RE-PENSAR LA CLÍNICA

Carolina Zoppi [A], Marina Verduci [B], Octavio Bernstein [C]

Breve recorrido por las nociones de narcisismo y neurosis narcisistas

Freud (1914) introduce por vez primera a la noción de Narcisismo en unareunión de la Sociedad Psicoanalítica de Viena el 10 de noviembre de 1909, la cual definió como un estadio intermedio entre el autoerotismo y el amor de objeto (p. 67).

Luego, en *Introducción al narcisismo* (Freud, 1914) realiza una elaboración detallada de la noción definiéndola como el complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación. En dicho escrito, diferencia dos tipos de libido: libido yoica y libido de objeto. Freud considera que el yo es un supuesto que no se encuentra presente desde el comienzo en el individuo, sino que debe ser desarrollado. Por tanto dirá que las pulsiones autoeróticas son iniciales y primordiales y que posteriormente debe añadirse una *nueva acción psíquica* para que el narcisismo se constituya. Postula además que enfermedad, muerte, renuncia al principio de placer y restricción de la voluntad propia no han de tener entidad para el niño, consagrándose como *His Majesty the Baby* para sus cuidadores, lo que produce como efecto una aparente *inmortalidad del yo*, constituyéndose así el punto más espinoso del sistema narcisista. En este punto cabe preguntarse qué ocurre si el niño como tal no ocupa el lugar de *Majesty*, centro de los cuidados e investidura libidinosa clivada de sus padres, quedando en posición de objeto de goce frente a ellos. La pregunta podría servir de orientadora para pensar la clínica de sujetos donde la operación de constitución del narcisismo se vio gravemente perturbada.

Por otra parte, Freud plantea al Complejo de Castración como perturbador del narcisismo originario del niño. El narcisismo es desplazado por el yo ideal, que,como el yo infantil, se encuentra en posesión de todas las perfecciones valiosas (p.91). Así, la formación del ideal aumenta las exigencias del yo, se entrama con la conciencia moral, y surge de la influencia crítica de los padres y de las personas del medio circundante, siendo por esto el más fuerte favorecedor de la represión.

[A] Psicólogo recibido de la Universidad de Buenos Aires, Residente del Hospital Piñero. CABA. Argentina. octaviobernstein@gmail.com
[B] Psicóloga recibido de la Universidad de Buenos Aires, Residente del Hospital Piñero. CABA. Argentina. carozoppi@gmail.com
[C] Psicóloga recibido de la Universidad de Buenos Aires, Residente del Hospital Piñero. CABA. Argentina. marinaverduci@gmail.com

En la *Conferencia 26,* Freud (1916-17) realiza un recorrido sobre la teoría de la libido y el narcisismo y explica que en las neurosis narcisistas, a partir de una frustración, se quita la libido de los objetos para dirigirse al Yo donde se acumula volviéndose patógena. En la Conferencia 27 (1916-17), Freud plantea a la transferencia como un proceso de investimiento libidinal del analista, propio de la libido objetal, lo cual queda significativamente obstaculizado en las neurosis narcisistas. Posteriormente, En *Neurosis y Psicosis* Freud (1923) postula que las neurosis narcisistas surgen de un conflicto entre yo y superyó, siendo la melancolía el paradigma de este grupo. Mientras que en su escrito *El Yo y el Ello* (Freud, 1923-25) utiliza el concepto de narcisismo para describir ciertos tipos de neurosis clasificadas como graves, y expresa que la conducta del ideal del yo es la que decide la gravedad de la neurosis. A partir de ello, Arturo Herbert (2019) plantea que tales padecimientos tienden a la reacción terapéutica negativa debido a los extremos sentimientos de culpa inconscientes y la tensión arrasadora entre el yo y el superyó.

Continuando con los desarrollos de Herbert, Lacan en el Seminario V (1957-1958, p.251), plantea que entrar al mundo del deseo implica experimentar la ley y a partir de tal entrada se define la relación esencial del sujeto con el significante. De esta manera, Lacan sugiere la categoría de *niños no deseados* para pensar sobre aquellos sujetos que "no quieren saber nada de esa cadena significante en la que sólo a disgusto fueron admitidos por su madre" (p. 253). En tales sujetos, donde el deseo materno fracasó, se encuentra el carácter específico de la reacción terapéutica negativa como la forma de una irresistible tendencia hacia el suicidio; no aceptan ser quienes son. Es posible pensar que en tales sujetos operó la ley, pero sin deseo, dando por resultado una *ley desamorada* y superyoica.

Son cuadros clínicos donde predomina la instancia de castigo y una oscilación entre la degradación del yo y su engrandecimiento, como mecanismo defensivo.

Personalidades Como sí o Pseudo-self

Otros cuadros vinculados a las neurosis narcisistas son los descritos por Deutsch (1965) y Winnicott (1965) como personalidades *Como si* o *Pseudo-self* respectivamente. Vega (2016) aclara que si bien estos cuadros se diferencian, comparten entre sí la regulación de la autoestima por el Ideal del Yo, en sintonía con algunos de los planteos freudianos.

En primer lugar, las personalidades como si se definen como aquellas donde los sujetos se comportan de modo aparentemente normal, pero al vincularse con otras personas presentan emociones de carácter superficial y entablan relaciones laxas y poco duraderas (Reyes Vallejo, 2002). La hipótesis de Deutsch (1965) es que este tipo de personalidades se originan en las primeras etapas del ciclo evolutivo. Afirma que la falta de vinculación con alguna de las figuras parentales tiene como consecuencia la subordinación del sujeto a una autoridad externa al no instaurarse una estructura superyoica estable (Reyes Vallejo, 2002). La autora refiere asimismo que estos sujetos presentan una gran sugestionabilidad en tanto se identifican de forma pasiva o automática a ideales de otras personas, cambiando rápidamente sus creencias de manera imitativa. En otras palabras, tienden a adoptar identidades falsas, utilizando ideas, conductas y opiniones de otras personas según lo que creen que esperan de ellos en determinada situación o ambiente. Esto es explicado como un mecanismo de defensa que estas personalidades con identidades precarias utilizan para no sufrir fenómenos de despersonalización o encontrarse con un vacío interior.

En segundo lugar, el concepto de pseudo-self desarrollado por Winnicott (1965, p.160) caracteriza a "un ser edificado en base a la sumisión" cuya función es ocultar y proteger al verdadero self. Este pseudo-self puede presentarse en diferentes grados, más cercanos a la salud o a la enfermedad: cuanto más cerca de la salud puede presentarse como una "actitud social"; en cambio en el otro extremo se puede llegar a generar una verdadera confusión entre este ser falso y el verdadero. Al igual que Deutsch, Winnicott afirma que las relaciones objetales al inicio de la vida condicionan el desarrollo de la estructura psíquica. Encuentra la etiología del pseudo-self en la falla de la función de la "madre suficientemente buena" o del "ambiente facilitador". Esto ocurre cuando quien ocupa la función materna no es capaz de identificarse temporalmente con él bebé

para que éste experimente la omnipotencia creadora, sino que este es compelido a adaptarse al medio ambiente y acatar sus exigencias. Según Winnicott (1965) esta falla provoca que los niños presenten sensaciones de irrealidad o futilidad. En el falso self, además, se produce "una disociación entre la actividad intelectual y la existencia psicosomática" y por ello los sujetos tienen la impresión de "estar viviendo una farsa" (Winnicott, 1965, p.174)

Bordes de la neurosis

En relación a la clínica actual se puede hacer referencia a un tipo de presentación frecuente en la práctica hospitalaria: los pacientes con trastorno límite de la personalidad o borders. Siguiendo los aportes de Heinrich (1993) en "Borders de la neurosis" se piensa a estos sujetos como ubicados en el borde real de la neurosis. La autora plantea la existencia de una falta de confianza en el significante derivada de una falla en el juicio del Otro en tiempos de constitución subjetiva lo que llevaría a una ausencia de formaciones del inconsciente. No son sujetos que se hacen representar por un síntoma, sino que presentan formaciones del objeto que toman la forma de alucinaciones, lesiones de órgano y pasajes al acto. Ubica tres caracteristicas generales en los borders: dificultades en la transferencia, presencia de un trauma infantil no reprimido y actings out.

En relación al primer punto, la autora refiere que se trata de "sujetos que no pueden comenzar a hablar, a asociar libremente, a producir formaciones del inconsciente, incluyendo síntomas, en transferencia en un análisis" (p. 10). En lo que respecta al trauma infantil, diferencia la represión del trauma y el retorno de lo reprimido propio de la neurosis con la actualidad con la que se presenta el trauma en estos casos. Este trauma parece no estar reprimido y aparece como una herida en carne viva que a su vez da cuenta de un descuido del Otro en un tiempo instituyente. La autora propone que falla el juicio del Otro, quien no instaura la dimensión de la escucha, no convalida la pérdida, no reconoce que hay un sujeto intentando decir algo. Por último, el acting out aparece como una forma de vida. La autora se pregunta si la falla en la represión anteriormente descripta puede tener relación con la persistencia de los actings out. Para Heinrich, las tres características propuestas se encuentran interrelacionadas, planteando como hipótesis que la ya mencionada falta de confianza significante lleva a conductas impulsivas y dificultades en la instauración de la transferencia y la creencia de un sujeto supuesto saber dispuesto a escuchar la letra del paciente.

Sobre el manejo de la transferencia

En el presente apartado trataremos de reflexionar acerca de la posición del analista y posibles intervenciones en la transferencia con estos pacientes. Martha Vega (2016) destaca que los mismos tienden a convocar al analista bajo diversas formas que tienen en común la oscilación del Yo y el Otro entre dos polaridades: como "Ideal o anti-ideal". Como refiere Vega (2016) "El narcisismo trata con totalidades binarias omnipotentes (dos lugares) no hay aspectos intermedios que sólo advienen con los tres lugares posibles de la terceridad edípica donde nadie tiene la perfección". La autora advierte que en estos casos los analistas deben tener ciertos recaudos a la hora de interpretar, ya que señalar la diferencia existente entre el yo y el Ideal puede despertar respuestas de furia narcisista, odio destructivo, resistencia, autorreproches y/o colapsos paranoides o melancólicos. Asimismo, destaca la importancia de operar apelando a la metacomunicación antes de realizar una interpretación. Esto implicaría proveer modos de "interpretar lo dicho por el analista de otra forma diferente a la enunciada" (Vega, 2016).

En esa línea, Nemirovsky (2012) destaca que "la prioridad en el trabajo del analista no será develar o descubrir significados, sino el tratar de ayudar al self a experimentar su existencia" (p. 6). Tomando los aportes de Fiorini (1988), es posible concebir a la posición del analista como una presencia estructurante y continente que permita al sujeto una nueva posibilidad para el desarrollo de funciones psíquicas que se vieron perturbadas en el pasado. En consonancia con Vega, Fiorini plantea que es necesario ir creando condiciones graduales para acceder a un psiquismo capaz de trabajar eficazmente con la interpretación.

Análisis de viñetas clínicas

1) Julieta tiene 30 años y asiste a consulta luego de haber concurrido varias veces a la guardia

del hospital debido a ataques de pánico. Comenta que escucha voces, que tiene ataques de ira, que se realiza cortes en los brazos y que tiene ideas suicidas. Al respecto de sus ataques de ira, comenta que es la forma en la que siempre reaccionó a los conflictos, dice *yo soy así*. Por otra parte, comenta que en el último tiempo estos ataques son provocados por discusiones con su pareja, de quien se separó hace unos meses y que en ese entonces *me sentí muy ansiosa, me di cuenta que tengo una dependencia a él.* Cuando habla de los cortes que realiza en sus brazos Julieta dice que *son marcas para recordar distintos momentos.* Sobre su infancia relata abusos físicos de parte de su padre, comentando que su madre estaba al tanto de lo sucedido pero "*no hacía nada al respecto, parecía no importarle".* Durante el tratamiento, la asistencia de Julieta a las entrevistas es errática, faltando, llegando tarde, olvidándose cuando tiene turno. Durante los primeros meses, se presenta melancolizada diciendo frases como *siento que no tengo solución; siento que no sirvo para nada.* Dentro de este *vacío existencial* que ella ubica, alguna vez comenta que lo único que la *llena* es ayudar al otro.

2) Amaranta es una paciente de 24 años de edad. Al llegar a consulta, ubicó grandes dificultades en sus anteriores tratamientos. En específico del último, ubica discusiones, debido a sentirse exigida a cumplir con las demandas de la psicóloga de aquel entonces para *salir adelante.* Sobre su historia, refiere haber sufrido violencia sexual en su infancia y pubertad, por parte de desconocidos y familiares, expresando que cuando necesitó una madre no la tuvo y hoy no *necesita* a nadie.

Tras la violencia y los abusos vivenciados, a sus 14 años comienza a experimentar ataques de pánico, los cuales perduraron varios años. Actualmente refiere sentimientos de desesperanza, pérdida de sentido y de sentimiento de sí que desemboca en una sensación de despersonalización, en dichos de la paciente: *no me siento yo, no siento que esté acá.* Se suman malestares corporales frecuentes e ideas de muerte constantes que por momentos viran a lo suicida *siento que me tengo que matar para que se den cuenta que sufro*. Refiere profundas dificultades a la hora de vincularse con el mundo exterior, quedando su esfera socio-laboral reducida a permanecer en su casa. Sin embargo, en ciertas ocasiones manifiesta deseos de consolidar un proyecto laboral y de vincularse con otros. Presenta por momentos una angustia masiva que se apodera de ella, sin poder ubicar un por qué, y un inmenso temor a lo que la gente pueda pensar sobre ella. A lo largo del tratamiento, fue posible vislumbrar un cambio de posición en el sujeto, donde por medio de tal función, se dio inicio a una puesta en palabras y un trabajo de ligazón de lo traumático, permitiendo historizar y desplazar algunos sentidos coagulados.

Asimismo, la dimensión de las ideas suicidas que aparecían bajo la fórmula de acting out aminoraron. Comenzó a manifestar una cierta confianza en el tratamiento, a partir de la cual fue posible en algunas ocasiones confrontar a la paciente con la imagen de sí misma, y a su vez respecto de los vínculos con otros, procurando que el lugar de la enunciación del analista no se torne superyoica o paranoide.

Siguiendo lo desarrollado por los autores ya mencionados, en ambas viñetas es posible observar ciertas dificultades en torno al establecimiento de vínculos tempranos. En el caso de Julieta la misma relata abusos físicos perpetrados por su padre, mientras que Amaranta sufrió abusos sexuales por parte de desconocidos y familiares. En ambos casos estos abusos no fueron sancionados por alguien que constituya un Otro primordial. Recordando lo planteado por Heinrich (1993), esto puede pensarse como un trauma no reprimido que da cuenta de la falta de escucha del Otro frente a lo que el sujeto intenta decir. En esta línea, frente a los acting out que presentan ambas pacientes se podría retomar la idea de que la actualidad de este trauma tiene como una de sus consecuencias la persistencia de conductas impulsivas. Esto también se relaciona con la falta de confianza en el significante y el Otro, lo cual dificulta el establecimiento de la transferencia. En ambos casos, los analistas tratan de actuar en primera instancia como una "presencia estructurante", mostrando una disponibilidad que aloje la carga del padecimiento para crear las condiciones que luego permitan intervenir sobre el mismo (Fiorini, 1988). No se trata en un primer momento de interpretar, sino de devolver a las pacientes sus dichos y las consecuencias de sus acciones

según lo enunciado por las mismas. De este modo los analistas se posicionan como un semejante, un otro que cree en lo que las pacientes dicen y toma sus dichos. Así, se busca en un primer momento evitar caer en el lugar de ideal o anti-ideal permitiendo gradualmente, y según las posibilidades de cada paciente, la apertura de un trabajo interpretativo.

Reflexiones finales

Desde su aparición, el concepto "Neurosis narcisistas" ha sido destinado a ser pensado en torno a sujetos cuya presentación clínica se caracterizaba por una imposibilidad en el establecimiento de un tratamiento debido a su incapacidad para la transferencia. Analizando su recorrido histórico, se podría inferir que este concepto propuesto por Freud ha aparecido bajo diferentes nombres en los desarrollos posteriores de otros autores, como por ejemplo: personalidades como sí, pseudo self, borderline. En líneas generales, se podría afirmar que lo planteado en las diferentes descripciones a lo largo de la historia tiene puntos de convergencia.

En primer lugar, la etiología de estas presentaciones clínicas se remite a los vínculos primarios o, en otras palabras, a la relación entre el sujeto y el Otro primordial.

Asimismo los diferentes planteos destacan bajo diferentes nominaciones la presencia de alteraciones en la dimensión afectiva, dificultades a la hora de reconocerse en una identidad, el conflicto entre las instancias yo y superyó, patologías del acto y cierta sensación de vacío existencial.

A su vez, los diferentes autores continúan con lo propuesto por Freud en cuanto a la dificultad en el terreno de la transferencia y lo tocante a la posición del analista. Pero, a diferencia del mismo, plantean que es posible incluir en el dispositivo analítico a estos sujetos con la particularidad de que fácilmente puede emerger la reacción terapéutica negativa. Por ello, es fundamental que el analista tome una posición empática y cuidado, instalando una forma de vinculación novedosa y posibilitadora del desarrollo del sujeto.

Referencias bibliográficas

Álvarez Martínez, M. (2014) El concepto de falso self. Importancia en la clínica psicoanalítica actual. En Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis, ISSN-e 1699-4825, Nº. 48, 2014. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6468694

Bicego, M. L.; Calleri, V. S.; Galainena, M. L. y Juaneu, L. (2012). Abordaje psicoanalítico de los trastornos del narcisismo: especificidades y modificaciones técnicas. Revista Tesis Nº 1. pp. 105-119. Recuperado de https://revistas.unc.edu.ar/index.php/tesis/article/view/2876

Deutsch, H. (1965) Some Forms of Emotional Disturbances and their Relationship to Schizophrenia. En Neuroses and Character Types. New York: International Universities Press.

Eisenberg, Estela Sonia (2014). Neurosis narcisistas, segunda tópica e identificación. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de https://www.aacademica.org/000-035/614.pdf

Freud, S. (1911-13) Sobre la dinámica de la transferencia En Obras Completas, Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1914-16). Introducción al narcisismo. En Obras Completas, Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1916-17). Conferencia 26. Conferencia 27. En Obras Completas, Vol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1923-25). El Yo y el Ello. Neurosis y Psicosis. En Obras Completas, Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Heinrich, H (1993). Borders de la neurosis. Rosario. Homosapiens

Herbert, A. (2019). Relaciones entre el narcisismo y las neurosis narcisistas. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología.

XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de https://www.aacademica.org/000-111/420.pdf

Lacan, J. (1957-58). Seminario V: Las formaciones del inconsciente. Buenos Aires. Editorial Paidós, 2012.

Reyes Vallejo O. (2002) Helene Deutsch, pionera en el acercamiento a la psico(pato)logía de la mujer desde la perspectiva psicoanalítica. En Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría versión On-line ISSN 2340-2733 versión impresa ISSN 0211-5735. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352002000300006&script=sci_arttext&tlng=pt

Vega, M. (2016) "Neurosis narcisísticas, vigencia conceptual e intervenciones clínicas". Revista digital Psicoanálisis ayer y hoy n°13. Recuperado de https://www.elpsicoanalisis.org.ar/nota/neurosis-narcisisticas-vigencia-concep tual-e-intervenciones-clinicas-martha-vega/

Winnicott, D.W. (1965) El proceso de maduración en el niño. Barcelona: Laia.

DAÑO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: UN CASO CLÍNICO EMPAÑADO POR NEGLIGENCIA Y COMORBILIDADES

Carla Zutelman [A]

Introducción.

Este trabajo cuenta acerca de una paciente atendida en un dispositivo de internación de Salud Mental en un Hospital de CABA, que generó interés inicialmente debido a las grandes condiciones de abandono y falta de valores preventivos que presentó previamente a la internación en un hospital, pero sin presentar diagnóstico de esquizofrenia, que es a lo que uno suele estar más habituado de hallar en este estado. Luego al conocer acerca de sus antecedentes personales llamaron la atención la gran comorbilidad que presentó la paciente con enfermedades infecciosas en edades tempranas (prevenibles con el cumplimiento del plan de vacunación básico), así como una posible epilepsia e impresión de retraso mental. Es por esto surge la pregunta acerca del rol que podrían jugar estos padecimientos en el padecimiento de la paciente. Por otra parte, desde la práctica clínica, estamos acostumbrados en las primeras entrevistas a indagar acerca de enfermedades relevantes en la infancia, y considero interesante reflexionar acerca de las implicancias pueden llegar a conllevar.

El caso.

María tiene 56 años de edad y arribó al Hospital por un pedido de evaluación interdisciplinario solicitado por los vecinos en relación a las condiciones habitacionales que presentaban tanto ella como su hijo de 25 años, Martín. El impresionaba tener un retraso mental grave (con lo cual requiere asistencia constante, ya que no es capaz de valerse por sí mismo en actividades básicas), y tenía diagnóstico de "autismo" y epilepsia. María no presentaba diagnóstico previo.

Según relataban los vecinos, la casa en la cual vivían solos se encontraba en condiciones deplorables de higiene (les salían cucarachas de la ropa), a la par de presentar un progresivo deterioro de estado general, aislamiento, y reclusión así como conductas desorganizadas, con tendencia a ideaciones paranoides. Su familia refería que en los últimos años se negaba a que entren a su casa, condicionada por ideación paranoide objetivada en ellos, permaneciendo entonces encerrados ambos.

Tanto María como Martín estuvieron unos días en la guardia del Hospital, y posteriormente fueron internados –Martín fuera de área en una cama disponible en traumatología, y María en la sala de Salud Mental-.

Al momento de ingreso a la sala de internación María se encontraba desaseada, con un descuido general grave que impresionaba de larga data (pelo hecho rastas, mugre pegada en la piel), con tendencia al sueño, orientada en persona, parcialmente orientada en tiempo y espacio, sin conciencia de situación ni de enfermedad, actitud pueril, colaboradora pasiva con gran dificultad. Impresionaba hipoacusia. Gran hipoprosexia, memoria y bulia inevaluable, ligera labilidad emocional. Pensamiento bradipsíquico, disgregado, con pararrespuestas y escaso capital ideativo. Negaba ideas de muerte, suicidio, auto y hetero agresión. No desplegaba ideación delirante ni refería o impresionaba presentar alteraciones sensoperceptivas. Orexia conservada. Juicio impresionaba insuficiente.

En cuanto a sus antecedentes clínicos, María presentó varias enfermedades prevenibles con vacunación durante su infancia temprana: contrajo hepatitis, tos convulsa, varicela, sarampión y paperas. Asimismo tiene antecedentes de convulsiones a los 2 años de edad; por ello fue tratada farmacológicamente, pero luego de un tiempo la madre de María discontinuó el tratamiento sin

[A] *Médica (UBA). Residente de 4º año de Psiquiatría - Hospital I. Pirovano (CABA). CABA. Argentina. carla.zutelman@gmail.com*

indicación médica. No fue posible precisar la última crisis convulsiva por fallas mnésicas de la paciente, y que la familia no pudo colaborar con datos debido al aislamiento progresivo con actitud suspicaz en torno a ellos los últimos años, que referían, en conjunto a un observable desinterés por María.

Dentro de sus antecedentes de Salud Mental, María realizó un tratamiento psicológico de pequeña, sin recordar el motivo de consulta. No tenía internaciones previas, ni había realizado nunca un tratamiento psiquiátrico. En cuanto a antecedentes familiares, presenta una tía abuela paterna y tío segundo paterno con diagnóstico de retraso mental.

En relación a sus antecedentes personales, María presentó enlentecimiento de pautas madurativas y dificultades escolares. Terminó primario con mucho esfuerzo y asistencia de apoyo escolar, hasta 2do año de secundario. No pudo mantener un desempeño laboral en el tiempo: únicamente colaboró trabajando menos de un año en una empresa familiar. A los 26 años se casó y a sus 31 años tuvieron a Martín, su único hijo, diagnosticado con autismo y epilepsia. Es abandonada, junto a su hijo por su pareja a los 34 años, momento a partir del cual comenzó un deterioro progresivo general que empeoró en los últimos 3 años hasta llegar a la internación de ambos.

Posibles implicancias de padecer ciertas infecciones en la infancia e importancia de la vacunación.

María sufrió a temprana edad diversos daños potenciales a su sistema nervioso central provocados por infecciones de tipo viral y bacteriano cuyas complicaciones podrían tener secuelas neurológicas.

Dentro de las complicaciones del **Sarampión** (hasta hace poco casi erradicado, con un nuevo resurgimiento a causa de movimientos de personas antivacunas) quiero destacar la afección e inflamación del oído medio (las infecciones de oído ocurren en cerca de 1 de cada 10 niños con sarampión y pueden causar pérdida permanente de la audición); recordemos que María impresionaba presentar problemas auditivos. Por otra parte destaco la inflamación del cerebro (encefalitis), la cual presentará cerca de 1 de cada 1000 niños que contraen sarampión, pudiendo provocar convulsiones y a largo plazo discapacidad intelectual. La **Parotiditis** puede al igual que el sarampión provocar encefalitis, y sordera.

Entre las enfermedades padecidas por María también se encontraba la **Varicela**, la cual, así como el sarampión y parotiditis, dentro de sus complicaciones puede provocar encefalitis. Asimismo, ha habido estudios que demuestran un empeoramiento de la epilepsia existente. En el caso de María, por falta de detalles de la familia no es claro si los episodios convulsivos que presentó fueron previos a las infecciones, si fueron concomitantes o posteriores.

En cuanto a la **Tos Convulsa** al igual que las infecciones previamente mencionadas puede producir encefalopatía.

Encefalitis en la infancia.

La enfefalitis es una de las complicaciones observables en las infecciones nombradas previamente, donde es posible ver clínicamente alteraciones como letargia, irritabilidad extrema, o cambios de personalidad y por otro lado parámetros concretos como fiebre, convulsiones, déficit neurológico focal, EEG anormal, neuroimagen anormal o líquido cefalorraquídeo con pleocitosis y el diagnóstico sólo es posible post-mortem.

A nivel neuropsiquiátrico es posible en la etapa aguda observar síntomas como agitación psicomotriz, somnolencia, desorientación, alucinaciones visuales, auditivas, agresividad, crisis epilépticas, ideas delirantes, llanto o risas inmotivadas, insomnio, indiferencia, alteraciones motoras y mutismo. En cuanto a síntomas a largo plazo se han encontrado alteraciones en la memoria, agresividad, alucinaciones visuales y auditivas, ideaciones delirantes, insomnio, alteraciones motoras, crisis epilépticas, desorientación y deterioro cognitivo. Se ha hallado que son más frecuentes las secuelas neuropsiquiátricas que las neurológicas.

La encefalitis puede evolucionar a una destrucción de neuronas, provocar hemorragia y daño cerebral, dando lugar a encefalitis graves, como la necrotizante o hemorrágica, con mucho peor

pronóstico, produciendo secuelas graves, incluso la muerte. El cuadro clínico, incluye la presencia de cefalea, fiebre y alteración de la conciencia, de rápida progresión. El pronóstico de las encefalitis víricas es variable, algunos casos son leves, con recuperación completa, sin embargo existen casos graves que pueden ocasionar secuelas importantes a nivel cerebral a largo plazo de no ser tratada la causa, siendo desde dificultades en el aprendizaje, en el intelecto, el habla, o la audición.

En relación a su etiología ha variado en los últimos años en los países más desarrollados debido a los programas de vacunación universal que han tendido a erradicar causas tan frecuentes de encefalitis como eran la Polio, Rubéola, Sarampión y la Parotiditis, y en algunos países (como el nuestro) la Varicela; mientras que en los países menos desarrollados, así como en relación a la decisión de no vacunar a los hijos, permanecen, aunque en menor medida estas etiologías. Aún así, se ha seguido manteniendo la misma incidencia de esta complicación, ya que por otra parte, va ganando terreno como causa la presencia de otros virus emergentes como el virus de Varicela Zoster (en algunos países donde la vacunación no es universal), los enterovirus, el virus del Oeste del Nilo, el Mycoplasma pneumoniae, el Lyssavirus australiano y el virus Nipah. En cuanto a la vacunación como medida de salud pública, se estima que se evitan aproximadamente 2.5 millones de muertes cada año.

Epilepsia y trastornos neuropsiquiátricos.

Se ha demostrado una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con epilepsia que en la población general, de los cuales la depresión es el trastorno más frecuente, seguido por los trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos y trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH); por otra parte hay riesgo aumentado de trastornos del espectro autista, asociados a discapacidad intelectual.

Asimismo los trastornos psiquiátricos en la infancia que acompañan a niños con epilepsia están subdiagnosticados y subtratados. Los estudios de adultos que tuvieron epilepsia de comienzo en la niñez, cuyas crisis habían remitido y ya no tomaban medicamentos antiepilépticos (como fue el caso de María), muestran niveles más bajos de educación, matrimonio, empleo y fertilidad.

La edad que posee el paciente al comenzar la epilepsia influye: si comienza antes de los 5 años tiene peor pronóstico cognitivo, mientras que el comienzo adolescente conlleva peor pronóstico psiquiátrico. Se han encontrado asociaciones con diversas variables demográficas como nivel socioeconómico bajo, menor nivel educacional de los padres y disfunción familiar. Varios factores de la epilepsia determinan la magnitud de complicaciones psiquiátricas: su gravedad, si es refractaria al tratamiento, retardo mental y problemas cognitivos asociados, tipo de crisis y los efectos de fármacos antiepilépticos.

En cuanto a las psicosis epilépticas, tienen una prevalencia del 8% en pacientes con epilepsia que asciende a un 10% en pacientes con crisis del lóbulo temporal. En relación a factores de riesgo para padecerla se encuentran, por un lado, factores de la enfermedad como una mayor frecuencia de crisis, la edad de inicio temprano de la epilepsia, mayor cantidad de estructuras cerebrales lesionadas, ubicación temporal o frontal del foco epileptógeno (zonas de regulación de emociones y conducta) y el tipo de lesión. Finalmente, los pacientes institucionalizados son más proclives a sufrir deterioro intelectual que aquellos que viven en la comunidad, y tienen una red sociofamiliar estable.

Epilepsia y disfunción cognitiva. El **inicio de la epilepsia antes de los 5 años** está asociado a un deterioro significativo en las tareas de concentración, atención, memoria y solución de problemas complejos; como consecuencia estos niños tienen un mal pronóstico en la esfera era cognitiva, dependiendo también del grado de madurez cerebral que posean.

Asimismo, la **mayor cantidad de ataques** a lo largo de la vida, como la mayor variedad de tipos de crisis se correlacionan con un peor desempeño en las pruebas neuropsicológicas y mayor deterioro cognitivo. Esto se genera como consecuencia de la enfermedad en sí, que produce un efecto tóxico por acumulación de metabolitos, falla energética a nivel celular y disfunción neuronal asociada a cambios estructurales lo cual provoca un estado de letargia durante los periodos de

actividad generando problemas de aprendizaje, déficit de atención e hiperactividad, así como discapacidad intelectual. También es importante tener en cuenta que se descubrió que las descargas, aunque sean subclínicas en el EEG, pueden afectar las funciones cognitivas en pacientes epilépticos.

Las epilepsias **generalizadas** (comprometen mayor cantidad de tejido cerebral) dan peores puntajes en las pruebas globales de inteligencia, que las **parciales**, que presentan defectos específicos según cuál sea el área generadora de los disparos epilépticos (frontal, parietal, occipital o temporal).

En cuanto a la **ubicación** de focos epilépticos quisiera destacar algunos subtipos: **1)** En el ***lóbulo temporal***: presenta deterioro cognitivo generalizado que incluye a la inteligencia, la memoria, el lenguaje y la visuoespacialidad¸ con comportamiento antisocial y alteración de la afectividad, con respecto a las respuestas preservadas de atención-concentración y de funciones ejecutivas **2)** En el ***lóbulo frontal***: menor déficit en las pruebas de aprendizaje. Las funciones intelectuales pueden estar globalmente conservadas aunque en las pruebas específicas se evidencie un síndrome disejecutivo. **3)** En el ***lóbulo parietal. Izquierdo****:* mayor alteración de la memoria auditivo-verbal, en el lenguaje mayor deterioro lógico y gramatical, peor resolución de problemas y menor puntaje en pruebas de atención. ***Derecho****:* peores resultados en las pruebas de memoria visual y en funciones relacionadas con la imaginación y la orientación espacial.

Es importante tener en cuenta la influencia del **uso de medicación antiepiléptica** desde etapas tempranas, la cual puede disminuir la velocidad intelectual, el nivel de vigilancia, la destreza motora fina, los procesos de atención-concentración y la memoria, la fluencia semántica, el aprendizaje verbal, la memoria de trabajo y los procesamientos visuomotores; y en ocasiones puede disminuir el CI y producir hiperactividad e irritabilidad en niños.

En cuanto a **factores genéticos**, se ha visto asociada una mutación de TBC1D24, un gen implicado en la guía del axón y relacionado con la epilepsia mioclónica familiar de la infancia, ocasionando disartria, ataxia y discapacidad intelectual. En relación a la **comorbilidad** con retraso mental, al menos un tercio de estos pacientes tienen historia de epilepsia en algún momento de la vida. Si se considera la población con retraso mental leve, la incidencia puede oscilar alrededor del 5%.

Retraso mental.

Finalmente, quiero compartir brevemente algunas nociones acerca del retraso mental, nunca diagnosticado en María, lo cual fue otra de las cosas que llamó la atención, recordando que además hay casos de presencia de este diagnóstico en su familia. Esta deficiencia se organiza, según el cálculo del CI en leve (50-70), moderada (35-50), grave (20-35), y profunda (menor a 20). En cuanto a los factores etiológicos a mencionar, encontramos estudios que hablan de que los casos leves se relacionan con causa genética en un 14%, ambiental un 10% e idiopáticos en un 76%, mientras que se ha visto que los moderados/graves un 45%, 19% y 36% respectivamente.

Palabras finales.

María presentó a lo largo de su vida diferentes daños cerebrales: diversas infecciones virales y bacterianas que pueden afectar el sistema nervioso central desde la infancia, antecedentes de convulsiones, y retraso mental aparente y no diagnosticado. No es posible poder establecer una causa única del padecimiento actual de María, el cual tiene probablemente un origen multifactorial pero resulta tan interesante como importante poder evaluar las implicancias que posee cada patología presentada por la paciente por separado. Es para destacar la importancia de la anamnesis inicial, que posee la indagación de datos que podrían parecer triviales, pero de los que pueden demostrarse las grandes consecuencias cuando no son detectados a tiempo, y tratados adecuadamente. Finalmente, en relación a esto, nombrar la importancia de una familia comprometida en el cuidado general y de la vacunación como medida de promoción de la salud que tendrá efectos claves en la futura calidad de vida del paciente.

Bibliografía.
Monserrat Tellez de Menses, Vila M.T., Barbero Aguirre P., Montoya J.F. (2013) Encefalitis virales en la infancia
M.L. Navarro Gómez, F. González, M. Santos Sebastián, J. Saavedra Lozano, T. Hernández Sampelayo Matos. Encefalitis
J. Ramírez-Bermúdez, J.L. Soto-Hernández, M. López-Gómez, M. Mendoza-Silva, R. Colin-Piana, C. Campillo-Serrano (2005) Frecuencia de signos y síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con encefalitis viral 7
I.R. Zúñiga Carrasco, J.C. Lozano. Grupos antivacunas: el regreso global de las enfermedades prevenibles
C. Borque Andrés, F. del Castillo Martín, Mª L. Vidal López, J. García Hortelano. Encefalitis por sarampión
Norma nacional de vigilancia y control de coqueluche del Ministerio de Salud de Argentina
M. Riaza Gómez, M. de la Torre Espí, S. Mencía Bartolomé, J.C. Molina Cabañero, A. Tamariz-Martel Moreno. Complicaciones de la varicela en niños
Barraquer-Bordas L. Epilepsia temporo-límbica
Krauskopf P., Flora de la Barra M., Trastornos psiquiátricos en los pacientes con epilepsia
DAlessio L., Donnoli V., Kochen S., Vertex. Rev. Arg. Psiquiat. 2012, vol XXIII: 265-270 Psicosis y epilepsia: características clínicas y abordaje terapéutico
M.C. Etchepareborda. REV NEUROL 1999; 28 (Supl 2): S 142-S 149. Epilepsia y aprendizaje: enfoque neuropsicológico
Ure J.A., Revista Argentina de Neuropsicología 2, 1-14 (2004). Deterioro cognitivo en pacientes epilépticos
Martínez-Díaz J.A, Sánchez-Zavaleta V., Mateos-Moreno A., Suárez-Medellín J.M., Hernández-Aguilar M.E., Aranda-Abreu G. (2018) Alteraciones cognitivas en la epilepsia
Aguilar Fabré L., Morgade Fonte R.M., Rodríguez Valdés R.F., Alvarez A.A. (2006) Deterioro cognitivo en la epilepsia
Rolando Lázaro Rivera López , Aleima Rodríguez Carvajal , Ricardo Verdecia Fraga (2015) Presencia de deterioro cognitivo y topografía anátomo-clínica en pacientes con epilepsia en Cienfuegos
Liane Aguilar F.,Rodríguez Valdés R., Caraballo Pupo M. E. Revista Habanera de Ciencias Médicas, vol. 4, núm. 4, septiembre-octubre, Funciones cognitivas y epilepsia
Bender del Busto J.E., Hernández Toledo L., Rodríguez Mutuberría L., Kiomi Menéndez I. Rev haban cienc méd vol.15 no.6 La Habana nov.-dic. 2016 Trastornos psiquiátricos asociados a las epilepsias
F.J. Ramos Fuentes. An Esp Pediatr 1997;47:121-125. Deficiencia mental de origen genético

UN VIAJE DESDE EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD HACIA LA ESQUIZOFRENIA

Carolina Liebermann [A], Carla Zutelman [B]

Introducción

Como profesionales de la Salud Mental, es frecuente asociar rápidamente la impulsividad, sensación de vacío, presencia de contexto invalidante y dificultad en los vínculos interpersonales, con el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad. Este trabajo describe la atención brindada a una paciente que arriba a tratamiento combinado con este diagnóstico, desde el cual fue inicialmente enfocado el abordaje psicoterapéutico y psicofarmacológico. Huecos en su discurso, dudas y una internación inesperada generaron el replantear su diagnóstico y tratamiento, el cual cambió radicalmente tras entrevistar a la familia.

Caso clínico: conociendo a Marcela

Marcela es una paciente de 38 años que inició tratamiento combinado por consultorios externos de un hospital de CABA a fines de 2018. Presenta antecedentes de múltiples tratamientos por Salud Mental desde sus 20 años con varias internaciones por intentos de suicidio, autolesiones y consumo de sustancias.

Asimismo tiene historial de policonsumo de larga data (alcohol, cocaína y psicofármacos), aunque se encuentra sobria hace 6 años, con buena adherencia a los grupos de Narcóticos Anónimos (NA), lo cual le provee estabilidad. Sin embargo, tenía dificultades para precisar detalles acerca de su sintomatología y antecedentes.

[A] *Psicóloga (UBA) Ex-concurrente Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (CABA). Residente 4° año Hospital I. Pirovano (CABA). CABA. Argentina. caro_lieber@hotmail.com*
[B] *Médica (UBA). Residente de 4º año de Psiquiatría - Hospital I. Pirovano (CABA). CABA. Argentina. carla.zutelman@gmail.com*

Presenta universitario incompleto (Trabajo Social), y realizó distintos cursos (reiki, masajes). Al momento de iniciar el tratamiento tenía un hijo de 3 años, estando separada del padre por violencia de género, motivo por el cual tenía una orden perimetral de restricción. A pesar de esto, el vínculo con este hombre era caótico, con encuentros de forma intermitente, sin un criterio definido. Marcela trabajaba como masajista y vivía junto a su hijo, con su madre y la ex pareja de ésta, con quienes refería tener un vínculo conflictivo y ambivalente.

Durante los primeros meses del tratamiento su asistencia era un tanto desbordada y errática, con llegadas tarde y ausencias a los turnos, manifestando dificultad para organizarse con los horarios. Como problemática recurrente, relataba intensa conflictiva vincular principalmente con su madre, respecto de quien se quejaba por no respetar límites del vínculo con su hijo, sintiéndose desplazada de su rol materno. También se encontraba recientemente con una nueva pareja a quien había conocido en los grupos de NA, en una relación inestable, alternante entre momentos de idealización y desvalorización, cargada de episodios de explosividad, separaciones y reencuentros. Al mismo tiempo, se refería de modo confuso y desordenado acerca de su asistencia a múltiples instituciones (defensoría, asesoría, Centro Integral de la Mujer, CESACs) por la problemática legal con su ex pareja.

A partir de esta presentación, se propuso para la paciente el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), que coincidía con el brindado por equipos tratantes previos, según la paciente. De hecho, tuvo un Certificado Único de Discapacidad por 5 años (previo al inicio de este tratamiento), el cual no fue renovado por indicación de su último psiquiatra. Esto fue relatado con gran conmoción por Marcela, por la carga emocional que implicaba para ella desprenderse de la etiqueta de "discapacitada", lugar en el que refería ser ubicada por su familia.

Primera etapa del tratamiento

Desde el espacio psicológico, se trabajó en torno a los vínculos interpersonales y de pareja (tanto con su ex, como con el actual), y encauzando su discurso, que por momentos se mostraba ramificado. Su principal problemática era el vínculo ambivalente con su madre y sus hermanas, quienes según Marcela la ubicaban en lugar de "enferma": "*para mi familia soy una esquizofrénica incapaz de cuidar a mi hijo"*, *"mi madre no tiene límites, es siniestra, cínica"*. Es importante señalar que la paciente relataba estos conflictos con angustia, y al mismo tiempo reflexionaba y se preguntaba acerca de sus propias elecciones. Se trabajó en la línea de establecer una distancia y diferencias con esta madre, para que pudiera construir espacios más propios (luego de unos meses, logró mudarse a un departamento con su hijo con mucha satisfacción). *"Con el tratamiento trabajé mucho el no darle tanto lugar a la palabra de mi madre",* refería con emoción.

En el tratamiento psiquiátrico se apuntó a disminuir la impulsividad y explosividad emocional con Olanzapina 10mg/d, con buena respuesta. Al mismo tiempo se trabajó sobre rasgos de personalidad que le traían problemas en la vinculación.

En Abril de 2019, la paciente relató con alegría que estaba embarazada de su pareja actual, motivo por el cual había suspendido por su cuenta la medicación que recibía. Durante el curso de este embarazo, Marcela manifestaba preocupación por haber presentado antecedente de una internación por Salud Mental tras el parto de su primer hijo (no pudiendo referir detalles al respecto). Por este motivo, se acompañó a la paciente desde el espacio psiquiátrico sin plan farmacológico, hasta el 8vo mes, en el cual por sintomatología ansiosa se indicó Clonazepam 0,25mg/d en caso de requerirlo.

En este período es cuando se mudó junto a su hijo, cursando el embarazo sin mayores dificultades y con uso escaso de la medicación indicada. En Diciembre de 2019 tuvo a su hija y luego de esto asistía a los turnos puntualmente acompañada por su bebé y su hijo mayor; se la veía estable, atenta, tranquila y ocupándose de los cuidados de ambos niños. Dada la evolución favorable que tuvo, se procedió a discontinuar el Clonazepam y dar por finalizado el tratamiento psiquiátrico, continuando el espacio psicoterapéutico.

Una internación inesperada

En Febrero de 2020, de modo sorpresivo, se contactó con la psicóloga tratante el equipo de guardia de otro Hospital de CABA, informando que Marcela se encontraba internada por Salud Mental, presentando un cuadro de descompensación psicótica. La noche anterior había ido a lo de la madre en medio de la noche, descalza y con los hijos a medio vestir, angustiada, pidiendo ayuda por no poder dormir. El equipo describió que la paciente tenía sintomatología de tipo maniforme: conducta desorganizada, apariencia bizarra (se paseaba por los pasillos con un sombrero), ideación delirante no sistematizada (decía que su hija estaba muerta), inquietud, agitación, taquipsiquia, signos de impulsividad contenida, labilidad afectiva y actitud paranoide con su familia.

Cursó una internación de 2 semanas en la guardia, siendo medicada con Divalproato de Sodio 1000mg/d y Olanzapina 20mg/d. Presentó una evolución favorable (días después, estando más estable, le permitieron salir a festejar el cumpleaños de su hijo a una plaza), tras lo cual se otorgó el alta con el objetivo de preservar el vínculo con sus hijos; retomando el tratamiento con su último equipo de Salud Mental.

Luego de este quiebre, la paciente había cambiado completamente. Al regresar al tratamiento ambulatorio, presentaba aspecto de tinte bizarro (pelo extremadamente corto y desprolijo, maquillaje excéntrico; imagen que no tenía previa a su descompensación), y actitud maniforme (saludando exaltada a las profesionales: *"¡Carla! ¡¡¡Tanto tiempo!!! ¡¡Qué lindo verte!!"*). En otra ocasión, llegó terriblemente angustiada a la entrevista con la psicóloga, con llanto intenso, discurso por momentos desorganizado e ideación delirante paranoide pobremente sistematizada con su familia (*"no me dejan sola", "me faltan cosas en mi casa"*) y condesconocidos en el espacio público (*"tengo miedo a que me peguen un corchazo", "me filmaron en la calle y lo subieron a YouTube", "se ríen de mí en el banco"*).

A pesar de la actitud suspicaz con su familia (madre, padre y hermanas), se trabajó con la paciente para que se dejara ayudar en este momento de vulnerabilidad, con lo cual se mostró de acuerdo, aceptando que fueran ellos quienes le administraran la medicación. Asimismo volvió a vivir en casa de la madre por un tiempo.

Nuevos datos que aporta la familia

A partir de estos sucesos, se decidió mantener una entrevista interdisciplinaria con la familia de Marcela, lo cual aportó datos reveladores y decisivos para el tratamiento. En contraste con lo que venía relatando (familiares agresivos e invalidantes), se pudo observar a una madre y hermanas realmente preocupadas por la salud de la paciente (*"ya no sabemos qué más hacer con ella"*), describiéndola como una persona muy complicada y manipuladora con sus equipos tratantes. Al indagar sobre esto, mostraron versiones diferentes a las dadas a lo largo del tratamiento, y brindaron nueva información respecto a antecedentes de Marcela. Refirieron que en su infancia y adolescencia era muy sociable e inteligente, con buen desempeño académico. En su juventud comenzó a presentar episodios de desorientación y conducta desorganizada (comer de la basura), y fluctuaciones de peso drásticas (oscilando entre extrema delgadez y obesidad). Su último trabajo estable fue a sus 25 años en un negocio de ropa, con buen desempeño, aunque presentando manejo irresponsable del dinero en contexto de estado anímico exaltado (gastos excesivos y altruistas). Por otra parte, también tuvo algunos episodios que impresionan ser depresivos (clinofilia, anhedonia, hipobulia, autolesiones). En contraste con lo que aparentaba la paciente en su discurso, a partir de lo referido por su familia, se objetivó que pudo desempeñarse en el mundo pobremente, con mucha ayuda y apoyo familiar, y no sola.

Un dato relevante se sitúa a sus 19 años, momento en el cual se desencadena su sintomatología: tras la muerte de su abuelo, presentó un episodio de alucinación visual y auditiva, y posterior intento de suicidio de alta letalidad (ahorcamiento, habiendo sido rescatada, requiriendo RCP), dando lugar a su primera internación.

En palabras de su familia *"a partir de eso, nunca fue la misma".* Con esta nueva información, se pudo armar mucho mejor su historia biográfica y antecedentes de enfermedad.

Cambio de rumbo diagnóstico

Tras la internación y la entrevista familiar, se resignificaron múltiples dichos de la paciente. Por un lado, la actitud paranoide en torno a su familia (sospecha de que su madre no es la biológica, que su madre tenía el poder de internarla, que la ex pareja de la madre había intentado abusarla), dejó de ser leída como parte de una estructura borderline, y pasó a entrar en el terreno de la psicosis. Por otro lado, el relato de hechos verosímiles tomó otro color (que el padre de su hijo lo había tocado inapropiadamente, al igual que las maestras del colegio y su pareja actual; miedos inespecíficos relacionados a vivir en un "barrio peligroso").

Si bien la paciente siempre presentó un discurso fluído e impresionaba tener capacidad reflexiva, se puso en relieve que esto era superficial, y que en realidad tiende a tomar prestadas palabras de seres significativos. A su vez, su aparente autonomía estaba sostenida por la guía de su entorno. Otro dato destacable, es que al poner en duda sus ideaciones paranoides, la paciente no las defendía con certeza, sino que indicaba que prefería *"no saber, por miedo a ponerse mal"*.

Como equipo tratante, se pudo reflexionar acerca de cuestiones de la paciente que resultaban llamativas desde el inicio: discurso enigmático en ciertos puntos, fallas mnésicas de sus antecedentes, dificultad en la historización, imposibilidad para resumir sus ideas y escaso registro de sintomatología previa.

Se contemplaron dos diagnósticos psiquiátricos posibles: Esquizofrenia y Trastorno Bipolar. De la Esquizofrenia, presenta ideaciones paranoides en torno a su familia y vecinos, desorganización conductual, aspecto bizarro (post externación), episodios de falta de valores preventivos y literalidad del discurso por momentos. Los elementos que permiten pensar en un Trastorno Bipolar son: comienzo temprano de sintomatología, intento de suicidio de alta letalidad acompañado por síntomas psicóticos, episodios compatibles con depresión e hipomanía, alteraciones abruptas en su peso corporal, conductas de riesgo.

A partir de lo descripto, se comenzó a repensar el diagnóstico de la paciente, virando desde un Trastorno Límite de la Personalidad, hacia una Esquizofrenia (Parafrenia afectiva), observándose un marcado deterioro en su funcionalidad a partir de su última internación. Este tipo de Parafrenias se caracteriza por una mayor conservación de la personalidad (Marcela mantiene algunos rasgos y humor característicos) y cursa en brotes con una exaltación del afecto en torno al delirio; enmomentos interbrote, recuperan cierta capacidad reflexiva, pero manteniendo la convicción en la idea delirante (*"ahora me ayudan, pero yo no me olvido todo lo que me hizo mi familia"*). Es típica la ideación delirante de filiación e invasión de intimidad. Son pacientes usualmente peleadores, querellantes en relación a lo legal, expansivos e irritables. El gran vigor afectivo, al mismo tiempo, es lo que les permite tener logros en su vida (a diferencia de la sintomatología negativa en otros subtipos de Esquizofrenia).

Como última salvedad, es importante recordar el antecedente de años de policonsumo de sustancias, lo cual empaña el diagnóstico de Marcela.

Segunda etapa del tratamiento

El espacio de psiquiatría fue orientado a relativizar los aspectos paranoides y a favorecer la organización diaria de Marcela. Se modificó el plan farmacológico: Quetiapina 200mg/d para disminuir el exceso de afecto, y Olanzapina 20mg/d para reducir la ideación paranoide. En relación a estos cambios, inicialmente mejoró el pragmatismo en actividades de la vida cotidiana, aunque con un leve empeoramiento posterior. Se objetivó una estabilización anímica, y pudo volver a trabajar como masajista temporalmente. Otro efecto observado fue que su discurso, antes locuaz con tendencia a la ramificación, pudo acotarse y mantener una idea directriz.

El tratamiento psicológico también se enfocó en el establecimiento de metas realistas a corto plazo y la modulación de sus expectativas, a la vez que priorizar el sueño y el descanso. Al mismo tiempo se abordó el vínculo con su pareja actual, ubicando que el mismo tiende a desestabilizarla. Se marcaron mejoras y diferencias en la relación con su familia, que se volvió más amena y recíproca (por ejemplo, pudo trabajar en el local de masajes de su hermana, y permitir que colaboren

en el cuidado de sus hijos). Por último, se trabajó en torno a encauzar su discurso respecto a su rol como madre, como eje que la organiza.

Palabras finales

Los diagnósticos en Salud Mental no siempre son sencillos, y muchas veces se requiere de todo un proceso a lo largo del tiempo para poder realizarlos. Este trabajo permite la reflexión en torno a esta temática, y a la importancia de las entrevistas familiares como un valioso recurso, especialmente en aquellos sujetos cuyo discurso presenta elementos contradictorios o incompletos.

Este caso deja ver el dilema ético de convocar o no al círculo vincular de quien consulta, cuando el mismo pareciera ser justamente el foco de su malestar. El equipo tratante se vio confrontado aquí con la difícil decisión de entrevistar o no a la familia, poniendo en contraposición la privacidad de la paciente con la necesidad de lograr una anamnesis más clara, en pos de brindarle la mejor atención posible.

Bibliografía
Derito, M. N. C., Martinez Rodríguez, G., & Monchablon Espinoza, A. (2005). Las psicosis. Editorial InterMedica, Buenos Aires, Argentina
Donnoli V.,Moroni M., Bruses J.L. (2015) Esquizofrenia única Editorial Salerno, Buenos Aires, Argentina
Leonhard, K. (1999) Clasificación de las psicosis endógenas y su etiología diferenciada. Editorial Polemos, Buenos Aires, Argentina
Amigo, S. (2005). Clínica de los fracasos del fantasma. Homo Sapiens Ediciones. Argentina.
Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2000): DSM IV-TR – Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Heinrich, H. (1993). Borders de la neurosis. Homo Sapiens Ediciones. Argentina.
Kernberg, O. (1975): Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Ed. Paidós. Buenos Aires.

ACTUALIDAD, CLÍNICA E INCONSCIENTE

Tatiana Pagani [A]

En este escrito me propongo abordar lo que respecta al padecimiento subjetivo en la actualidad, considerando a la vez, que la actualidad en psicoanálisis tiene también algo de paradójico, en tanto hay circunstancias en la vida de un sujeto que siempre comportan algo de actual, independientemente de pertenecer a un tiempo pasado.

En la enseñanza de Freud, se pueden ubicar dos aspectos del síntoma: uno histórico, y otro determinado, inmutable. Es ese primer aspecto, el histórico, que atañe al sentido que un sujeto puede dar a su padecer, modos de nombrar o "revestir" un "núcleo sintomático", es decir, lo que Lacan denomina "la envoltura formal". A modo de anticipo de lo que desarrollo a continuación, se puede decir que esto no es sin un Otro.

Tomaré entonces, como eje para este escrito, la incidencia de la época en el lazo, relacionándola con la operatividad del dispositivo analítico en lo tocante a la formalización del síntoma y a la función del psicoanálisis hoy, más particularmente, en el marco hospitalario donde inicio mi práctica.

Partiré de las viñetas clínicas de dos pacientes que en un primer abordaje desde la psiquiatría reciben los diagnósticos de *"trastorno de ansiedad"* y *"trastorno depresivo"* respectivamente, siendo luego derivadas para la iniciación de un tratamiento psicológico.

La elección de estas viñetas alude a la dificultad inicial de la puesta en relación del sujeto con su propia palabra, considerando que en este sentido, cada una testimonia a su modo, la forma que asume el padecimiento en la actualidad, en la cual, las dificultades que se presentan en el lazo social parecen ser un aspecto central.

[A] Psicologa. Residente de Psicología de Segundo año. Hospital Piñero CABA. Argentina. Ptatianapag@gmail.com

Sobre Y, hacia una introducción al inconsciente.

Y. acude a consulta diciendo sufrir *"ataques de pánico"*. Al preguntarle de qué se trataban estos episodios, refiere sentir sensación de ahogo, mareos, parestesias y padecer crisis de llanto, sin poder asociar esto con ningún acontecimiento de su vida en las primeras entrevistas. Es decir, no se ubicaba, a priori, causalidad psíquica alguna ni historización posible para lo que la traía.

Posteriormente, comienza a desplegar su relato, mostrándose algunas veces molesta por mi modo de preguntar y repreguntar sobre alguno de sus dichos, expresando en estas circunstancias, mediante la incomodidad que manifestaba, que las cosas se explicaban por sí mismas. Es en el inicio del tratamiento que empieza a relatar la escena en la que se desarrollan dichos *"ataques de pánico"*, situándolos en su lugar de trabajo, donde había tenido una reciente ruptura amorosa. Si bien estos dos hechos no se encontraban asociados entre sí en su discurso, Y. Ubicaba que es desde este momento que ya no soporta estar en ese ámbito: esta ruptura tiene para ella la consecuencia de dejarla por fuera de un lugar al cual había presentado pertenencia.

Este primer tiempo del tratamiento se caracterizó por un relato de Y. de tinte desafectivizado, en el cual enunciaba una sucesión de eventos ordenados por una temporalidad cronológica, sin suponer ningún otro valor a su relato más que el de un discurso concreto. Sin embargo, concurre a consulta llegando anticipadamente a los turnos y sin ausentarse. Infiero, que en este sentido se podía dar cuenta del establecimiento de una transferencia imaginaria, facilitada por el contexto hospitalario, donde la demanda de Y. era entonces *"curarse, dejar de sentirse mal",* a partir del aporte de algún saber sobre lo que le acontecía. Las intervenciones se orientan, a partir de entonces, a sancionar el valor de alguno de sus dichos y a suponerle alguna causalidad a su padecimiento, hacia su implicación en el decir.

En este punto, los *"ataques de pánico"* seguían transcurriendo como hechos aislados, aunque con menor frecuencia, lo que Y. atribuía principalmente a la toma de medicación. No obstante, a partir de uno de los episodios, ubica una escena que la afectó singularmente. Viendo una serie se identifica con algo que sucede en la misma y que tiene resonancia en su propia historia. A partir de esto se remite a otra escena, propia, desplegándola en el tratamiento, y ubicando que algo del acontecimiento del puro desborde había tenido ya lugar en un tiempo anterior.

Y. cuenta que a los 17 años sufrió un abuso sexual por parte de un *"amigo de la familia"*, comenzando entonces a relacionar el padecimiento actual con este evento traumático. Respecto de ese momento, refiere: *"sentía ganas de arrancarme el cuerpo, me resultaba insoportable, me bañaba a cada rato para sacarme esa sensación",* pudiendo hablar sobre esto cinco años después con su madre, acordando que permaneciera como *"secreto entre ellas"*, en tanto, agrega, *"nunca es fácil creerle a la mujer, nunca se sabe si estas cosas pasaron o si ella miente"*.

Se le señala en este punto de su relato lo llamativo que resulta que aquello puesto en cuestión sea la palabra de la mujer, la desvalorización de la misma. Asimismo, ubica, como rasgo en común para estos dos sucesos que se recortan inicialmente de su historia, la falta de confianza en el Otro, expresada en la desvalorización de la palabra, dejándola sin mediación simbólica, merced al puro desborde.

Otro hilo del relato se despliega a partir de este punto y va tomando mayor dimensión en el tratamiento. La mentira comienza a prefigurar como un modo de relación a la palabra y al Otro poniéndose en juego en la relación con su madre, quien lo encarna, y, de quien dirá: *"miente, inventa cosas",* trayendo asimismo escenas que dan cuenta de su modo de convocarla, para que se preocupe o se afecte, por medio de la mentira. Puede situarse, en este punto, un efecto del tratamiento, ya que al situar la dimensión del engaño de la palabra, ya no se trata del puro descrédito y ruptura con el Otro, sino que la palabra, incluso en esa dimensión engañosa, comporta la posibilidad de convocarlo, apostando, mediante las intervenciones a que, en el despliegue del discurso, Y. pueda dar otro estatuto a su propia palabra.

B, la angustia sin red y la angustia señal

B. consulta en un momento de urgencia luego de haber tomado la decisión de irse de la casa

de sus padres, aunque da cuenta en su relato de la existencia deun desalojo previo. La semana previa a la consulta, B. había hecho una sobreingesta. Respecto de esta escena dirá: *"mi papá me encontró tirada, le dije que me sentía mal porque había tomado pastillas, pero no le dió importancia"*. A esta decisión de irse prosigue un nuevo intento con sobreingesta y consumo de alcohol, tras lo cual convoca a su hermana a la escena, llamándola por teléfono.

Luego de este episodio consulta por Guardia Externa acompañada por su hermana y R., una amiga. Habiendo cedido el riesgo, es derivada a consultorios externos para admisión y tratamiento.

En sus primeras entrevistas, B. se presenta desbordada de angustia, refiriendo ya no tener deseos de vivir. Al indagar sobre motivos posibles para su malestar, lo relaciona con el fallecimiento de quien era para ella un sostén importante, una amiga, y con el efecto que tuvo haber hablado con su familia sobre un abuso sexual sufrido en su infancia, por parte de su primo. Su familia, en ese momento, desestima el relato. B refiere: *"se ríeron, me insultaron, me trataron de loca", "era más fácil culparme a mí que hacerse cargo de lo que había pasado".*

La persistencia de la angustia en B. durante la admisión que no cedía mediante intervención alguna, motiva una segunda consulta por Guardia Externa en la cual se evalúa la posibilidad de una internación de carácter voluntario. No obstante, B no consiente, optando por la continuidad del tratamiento ambulatorio.

Es posible ubicar luego que algo de la angustia desbordante cede al convocar a la familia de B. y a R. a un mayor acompañamiento, como estrategia, dada la dificultad para evaluar el riesgo. Esto tiene como efecto que su padecimiento deja de ser desestimado, a partir de que se sanciona, la importancia de la presencia de estos otros significativos, validándose el relato de B, respecto del abuso por parte de la familia. Señalándole a B. asimismo la posibilidad de denunciar el abuso sexual.

Tiempo después, B. inicia un vínculo amoroso con R, denotándose un cambio rotundo en su presentanción. Respecto de ella dirá: *"es mi familia, era mi hermana, mi amiga, ahora mi pareja, mi todo"*.

La problemàtica con sus padres persiste en el tratamiento, de quienes ubicará luego que no manifiestan interés por ella, no la llaman para saber cómo está. El Otro de quien B. hace referencia se muestra impotente en su capacidad de cuidado, demandándole a ella muchas veces asistencia o ayuda económica. No obstante, es posible ubicar cierto cambio de coordenadas en la relación con estos otros familiares, quienes en principio no avalaban la relación de pareja de B, pero luego comienzan a darle lugar en encuentros familiares y a preocuparse por la continuidad del tratamiento.

La modalidad de retirarse de la escena familiar disruptivamente continúa teniendo lugar ante incomodidades frente a discusiones familiares y comienzan a presentarse dificultades en su relación de pareja, con quien se va a convivir.

Si bien se circunscribe la dificultad que el otro familiar tiene muchas veces para garantizar cuidados, B. comienza a registrar el efecto que tiene para ella esta modalidad de irse de la escena, ubicando que se siente luego *"excluída"*, a lo cual se suceden episodios de angustia, aunque los mismos comienzan a ser más acotados, circunscribiéndose a momentos y temas específicos. Las intervenciones apuntan en esta instancia a sancionar algo del valor que los lazos tienen para B. como soporte, produciéndose un desplazamiento desde el "quedar excluída" al poder elegir cuándo irse, introduciéndose una dimensión temporal en el tratamiento, que tiene su correlato en un cambio de posición subjetiva, refiriendo luego: *"ahora tengo más tiempo para pensar antes de tomar decisiones"*. En esta misma línea de introducción de una temporalidad, B. empieza a pensar proyectos relacionados con el futuro, volver a estudiar y trabajar, re vincularse con su hermana que vive en otro paìs.

Las dificultades en la relación amorosa se acentúan, en el último tiempo, en términos de una ambivalencia que se expresa en sus dichos respecto de la necesidad autonomía e independencia, refiriendo que R es muy exigente y que al vivir en la casa de ella, su margen de decisión se en-

cuentra muy reducido. A la vez, ubica que se angustia ante la posible pèrdida de esta relaciòn, de quien refiere: *"pienso que puede estar con otra persona, que puede estar cansada de cómo soy, yo no podría estar sin ella".* Las intervenciones se orientan entonces a sancionar la importancia de estos lazos para B., tanto como de empezar a disponer de espacios propios, buscando delimitar mediante las mismas que no es posible ser prescindente del Otro, pero que tampoco esto implica una dependencia radical, en vías de que B. se sostenga en el lazo amoroso pudiendo soportar la pérdida que el mismo supone.

En relación a la primera viñeta me interesa ubicar que, si bien los *"ataques de pánico"*, son un modo privilegiado de nombrar cierto padecimiento en la actualidad, ya en el año 1894, Freud definió con estas mismas características a aquellos complejos sintomáticos en los que lo prevalente era el factor cuantitativo, es decir, la descarga del afecto sin mediación psíquica, desencadenada a partir de un conflicto actual. En una primera nosología freudiana sobre Neurosis, se puede dar cuenta de una diferenciación entre "Neurosis actuales" (dentro de las cuales ubica a las "Neurosis de angustia" y a las "Neurastenias") y "Neuropsicosis de defensa".

Otra referencia fundamental es la que se puede ubicar en "Psicología de las masas y análisis del yo" (Freud, 1921). Silvia Ons refiere que, en la obra de Freud, el Ideal tiene un carácter vinculante: "*El fenómeno de masas se constituye en la medida en que los sujetos tienen ligámenes fundados en identificaciones basadas en colocar al otro en el lugar del ideal como topos exterior. Los sujetos se enlazan entre sí a partir de identificaciones que se sostienen por esa identificación común con el ideal. Freud, sin embargo, considera el posible desfallecimiento del ideal, y se refiere a un tipo de angustia que describe como "angustia social" y cuyo síntoma es el pánico. En este sentido Freud anticipa, que el pánico es la respuesta frente a la inminencia del peligro pulsional".* (Ons, S., 2004). En estos términos el pánico podría pensarse como efecto de la ausencia de un ligamen, de un lazo al Otro que posibilitaría la elaboración psíquica.

Para pensar la actualidad de la clínica, Ons (2016) también refiere a la prevalencia de "Otro Inconsciente", que no es aquel en que el síntoma puede ser leído como mensaje dirigido al Otro, destinado a ser descifrado, sino que las nuevas modalidades de presentación tienden a dar cuenta de un sujeto destituido, devenido el mismo objeto, preso del imperativo del mercado y del plus de gozar, caracterizando las presentaciones actuales, por un elemento de exceso y por la tendencia a la impulsividad y al acto.

En la misma línea que la autora señalada previamente, Jorge Alemán (2014), señala la dificultad para el sujeto de tener acceso a la experiencia del inconsciente, relacionándola con la imposición del discurso capitalista. Si bien los discursos determinan lugares, suponen una relación a la palabra que posibilita el lazo social, este autor refiere que el discurso capitalista lo obstaculiza, tratándose de un contra discurso, exponiendo al sujeto a un goce fuera del lazo amoroso que daría cuenta de su vínculo con el objeto fetiche. El discurso capitalista, condena en este sentido a cada ser hablante a reducirse a un individuo.

Por su parte, Silvia Bleichmar (2007) hace referencia a *"procesos de desubjetivación"* en correlación con la realidad socio-política, entendida como *"el conjunto de variables sociales, económicas y políticas que fundan y sostienen un campo representacional en el cual se despliegan angustias, temores y relaciones consigo mismo y con el otro humano, produce en los sujetos enormes niveles de desesperanza y dolor, así como la ruptura del lazo social en tanto lazo amoroso que emplaza al otro (y al sujeto mismo, para ese otro) en el lugar de semejante"* (p. 58).

Finalmente, Miller (2005) define esta época como la *"Época del Otro que no existe"*, ubicando la caída de las instituciones y de los ideales que promovían un modo de hacer lazo. Caracterizándose por ser una época del puro semblante, de una metonimia sin límite que obstaculiza una dialéctica o temporalidad lógica. En esta línea, hay una dificultad generalizada para la escucha, prevaleciendo una vía imaginarizada de la palabra, devaluada en su potencialidad para regular las relaciones. Ante la inexistencia del Otro, este autor señala que el otro se torna consistente. Como puede leerse en ambas viñetas.

Lo que atañe a las coordenadas de una época tendrá indefectiblemente efectos en la producción de subjetividad, en su particularidad y, dada la incidencia en el lazo, en la constitución de un sujeto, en su singularidad.

Es también propio de la actualidad, la prisa generalizada que obstruye el despliegue de un relato, el armado de una narrativa en torno al padecimiento. En las presentaciones signadas por el desborde, la angustia prevalente conlleva la sensación de un no-tiempo. Es, en una segunda instancia, cuando algo de la angustia cede, que puede establecerse cierta direccionalidad al Otro, poniéndose en juego una temporalidad lógica, es decir, una dialéctica, lo cual resulta fundamental en la teoría psicoanalítica en tanto el sujeto mismo es efecto de dicha temporalidad.

El Otro en la enseñanza de Lacan tiene diferentes estatutos, viéndose íntimamente relacionado con ese Otro de los cuidados primordiales frente al desamparo, aquel a partir de cuya presencia el grito deviene llamado, posibilitando que se articule el deseo, también, me interesa señalar la vertiente del Otro como lugar. En estas dos vertientes y como correlato de estos dos momentos el Otro, aloja y presta significantes.

Tiempo y espacio se encuentran en la teoría recíprocamente implicados, aludiendo a un espacio que no es extensión y a un tiempo que no es el cronológico.

Entre estas dos variables se inaugura un campo transferencial, es decir, un lazo al Otro.

En la cotidianeidad de la práctica hospitalaria es posible observar los estragos causados en sujetos que se encuentran fuera de lugar en la comunidad y en el lazo, tal como testimonian los casos expuestos, en donde la palabra se encuentra devaluada, viéndose los efectos de la soledad y el desamparo.

Ambas viñetas me parecieron relevantes en tanto dan cuenta de un movimiento realizado desde la llegada a tratamiento, con la prevalencìa del desborde, correlato del encontrarse desalojadas del lazo al Otro, hacia un segundo momento donde se comienzan a desplegar modos posibles de vérselas con el otro, implicando que estos modos pueden volverse sintomáticos y que esta relación al otro conlleve, por momentos malestar, renuncia y pérdida, pero quedando constatado, en la clìnica, cuánto peor y avasallante es el sufrimiento de un sujeto ante la ausencia del lazo, ante la experiencia de desamparo.

Las depresiones, los trastornos de ansiedad, los ataques de pánico, configuran presentaciones que signan los modos actuales de padecimiento, caracterizándose todas ellas por la tendencia a una descarga inmediata.

Determinados modos que un sujeto tiene para nombrar su sufrimiento como el "ataque de pánico", pueden ser tomados de un Otro social, o bien, del Otro del discurso médico. No obstante, al ofertar un lugar para la palabra, es posible ir más allá de las categorías y de los diagnósticos para dar lugar al sujeto del inconsciente, así como a su historia, enmarcando la angustia en el armado de un relato, o en la prevalencia de una escena que pueda dar cuenta de un modo de lazo al Otro.

Considero que en la actualidad el psicoanálisis en su encuentro con las mencionadas presentaciones se ve compelido a este doble movimiento: albergar lo real que emerge por un lado, y al mismo tiempo buscar los modos en cada caso de restaurar el lazo al Otro, cuestión que no es sin el otro, el semejante.

Con la escucha se oferta un lugar, que permite albergar la angustia. No obstante, esto solo resulta insuficiente. Es a partir de las intervenciones que se acusa recibo de dicha escucha, que se posibilita que algo de la angustia se anude a la palabra, revistiendo el desamparo inminente. Este es el núcleo de la política del psicoanálisis en su operatividad, inescindible de una ética, siendo ésta la apuesta de Lacan a lo largo de su enseñanza; es decir, a un discurso que no sea del puro semblante, tan necesario en esta época y particularmente en este contexto, el hospitalario, con todas sus acepciones y resonancias.

BIBLIOGRAFIA

Alemán Jorge. En la frontera. Sujeto y capitalismo. Gedisa, Barcelona, 2014.
Bleichmar, Silvia, "Las formas de la realidad", en La subjetividad en riesgo,Buenos Aires, Editorial Topía, 2007, pág. 58.

Freud, S. (1895) Sobre la justificaciòn de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de Neurosis de Angustia. En Obras completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1981, t III.
Lacan, J. (1956). Función y campo de la palabra. Escritos I (p.). Siglo XXI editores, Buenos Aires, 2008.
Lacan, J. (1945). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. Escritos I (p. 193-208) . Siglo XXI editores, Buenos Aires, 2008.
Miller, J.A. El Lugar y el Lazo. Paidós, Buenos Aires, 2013.
Miller, J.A. El Otro que no existe y sus comités de ética. Paidós, Buenos Aires, 2005.
Miller, J.A. Introducción al método psicoanalítico. Paidós, Buenos Aires, 1997.
Ons, Silvia. Malestar actual en la cultura. http://www.elsigma.com/filosofia/malestar-actual-en-la-cultura/5420., 2004.
Ons, Silvia. "Amor, locura y violencia en el siglo XXI". Paidós, Buenos Aires, 2016.

ENTRE EL BLANCO Y EL NEGRO: LA ESCALA DE GRISES Y LA VIDA QUE NO ES COLOR DE ROSAS

Marina Verduci [A]

"¿Cómo era, Néstor?"

Tina tiene 35 años, convive con su pareja (Néstor) y sus tres hijos en un barrio cercano al hospital. Es derivada por un programa de atención domiciliaria (ADOP-ADOPI) a consultorios externos y trae consigo el diagnóstico de Trastorno Bipolar I desde su primera internación. En la entrevista de admisión conjunta, Tina muestra una nota escrita en conjunto con su pareja en la que nombra diferentes eventos relacionados con su padecimiento sin casi conectarlos entre sí. En esta nota figura que atravesó dos internaciones acontecidas en 2011 y 2013, un intento de suicidio, la violencia física que ejerce hacia su familia desde ese momento y como consecuencia un "*últimatum*" por parte de su pareja, el abuso sexual perpetrado por parte de su hermano mayor en su niñez y cierta "*fobia a caminar sola*". A la vez Néstor solicita hablar al final de esta entrevista: muestra una carpeta llena de documentación que contiene una causa cerrada del juzgado de menores, trae un objeto con el que Tina lo ha golpeado y expresa preocupación por sus hijos, "*uno tengo miedo de que sea golpeador, otro que se suicide y que la nena se deje pegar*". Frente a la urgencia subjetiva y la complejidad de la situación, se le responde a Néstor que de a poco se irían trabajando estas cuestiones, en el intento de instaurar una estructura de demora (Ulloa, 1995).

Posteriormente, Tina refiere que la función que cumple la nota que trajo a la entrevista de admisión es *"no olvidarse"* ya que muchas veces tiene que preguntarle a su pareja cuándo ocurrieron determinados sucesos y cómo ha actuado ella, repitiendo la pregunta "*¿Cómo era, Néstor?".* Durante el inicio del tratamiento, resulta llamativa su incapacidad para acordarse de los motivos desencadenantes de los conflictos con su familia frente a los que ella se "*pone agresiva*". Dice que en esos momentos *"es como si tuviera una venda en los ojos, no veo nada"*.

Previamente a pronunciar esta frase, Tina había mencionado que del abuso sufrido en su infancia solamente recordaba "*el movimiento de una sábana*". Llama la atención la cercanía de estas dos imágenes que incluyen elementos textiles.

"Yo sé que la vida no es color de rosas, la mía no fue así"

Con el correr y caminar del tiempo, la niñez y adolescencia de Tina comienza a des-cubrirse. Ella se crió con su madre y sus dos hermanos mayores, a su "*padre sanguíneo*" lo conoció a los 16 años y su "*padre adoptivo*" se separó de su madre en algún momento impreciso de su infancia. Luego de esto su madre "*cambió, no volvió a ser la misma*". A sus 9 años, fue abusada por su

[A] *Psicóloga recibida de la Universidad de Buenos Aires. Residente del Hospital Parmenio Piñero. CABA. Argentina. marinaverduci@gmail.com*

hermano quien le llevaba ocho años de edad. Cuenta que en estas situaciones ella "*estaba contenta porque pensaba que estábamos jugando"*. Comenta que la primera vez que tuvo relaciones sexuales había presentado flashbacks de estas escenas, pero que luego se olvidó de ello. Aproximadamente en el año 2013, cuando se encontraba en tratamiento psicoterapéutico privado, Tina vuelve a recordar el hecho. Dice al respecto de sus olvidos y memorias "*por ahí es mi manera de autodefenderme* (...) *antes no me olvidaba de las cosas, desde que empecé con todo el tema psicológico la memoria fue cayendo. Empezó a abrirse haciendo terapia"*. Luego de recordar el hecho en terapia, se lo comunica a su madre y a su hermano. La primera contesta *"son cosas que pasan entre hermanos"* revelando un linaje de abuso en el que estaba incluida, a la vez que le pregunta a Tina "*¿estás segura de que no me mentís?*". Mientras que el segundo sostiene que ella está *"loca",* negando que la situación haya ocurrido. En la entrevista, Tina vincula al abuso con su maternidad *"Soy la que los tiene que proteger. Tu hermano mayor te tiene que cuidar, no lo entiendo y no entiendo la actitud de mi mamá"*. Más adelante en el actual tratamiento, recuerda que sufrió un segundo abuso por parte del reciente marido de su hermana entre los 12 y los 15 años. Dice que en un principio no quería contar la situación para *"no arruinarle la vida"* a su hermana, sintiéndose muy culpable. Esta vez su madre le dijo *"vos mentís porque sos una envidiosa"* a la vez que conversó a solas con su yerno comunicándole *"nosotros no somos una familia de este tipo, que esto no pase más"*. Nuevamente el abuso fue silenciado.

Insúa (2020) conceptualiza al abuso sexual en la infancia y adolescencia como un acontecimiento traumático, en el que el desamparo inicial del niño que necesita los cuidados de un Otro para sobrevivir -trauma estructural- se redobla cuando aquellos en quienes confiaba realizan acciones de sometimiento y abusos de poder. A la vez, el efecto traumático se ve reforzado frente a la renegación del Otro familiar y para el sujeto revictimizado esto "es vivido como una traición, como una pérdida profunda de confianza en sus otros. Lo que lo sume en una sensación nuevamente de desamparo y soledad" (Insúa, 2020, p47). Actualmente, esa sensación persiste como un "presente perpetuo": Tina dice "*Mi casa es un búnker, a veces es mi refugio. Ahí me siento segura y no me puede lastimar nadie"*.

Las consecuencias de haber sufrido un abuso pueden manifestarse de múltiples formas en los sujetos. En el caso de Tina, con el tiempo, se ha podido hipotetizar que diferentes cuestiones que ella traía a las entrevistas podrían estar vinculadas con ello: sentimientos de culpa y de soledad, flashbacks, desregulación afectiva, lagunas mnésicas, la violencia hacia sus hijos, "*sentirse menos", "sentirse vacía", "aislarse de los demás", "ver sombras", "no querer mirarse al espejo", "vivir en el pasado".* Durante el tratamiento se ha tratado de historizar varios de estos fenómenos y por un tiempo al final de las sesiones resultaba necesario preguntarle a Tina "¿Te acordás de lo que hablamos hoy?" para ir pudiendo hilar los diversos temas que se iban trabajando. Se le ofreció acompañarla desde el espacio terapéutico las veces que fuera necesario para hablar del abuso o pensar conjuntamente en el caso de que deseara iniciar un proceso judicial. Tina tuvo además la posibilidad de asistir al grupo de mujeres del hospital, en el que pudo estar presente una vez -debido a que este se suspendió a causa de la situación epidemiológica actual- y participó como oyente *"me gustó porque uno piensa o siente que las cosas malas siempre le pasan a uno"*. Escuchando a Insúa en el último tiempo, se puede pensar sobre la posición del analista frente a lo traumático como "escriba del traumatizado" en tanto estos acontecimientos no son interpretables sino que "estamos para escribir eso que el otro trae, que nos dicta" (Insúa, 2020). Se podría pensar que esa posición de escriba u "oyente" (Han, 2017) fue lo que permitió que poco a poco la memoria de Tina empezara nuevamente a *"abrirse"*.

"Todos los días son iguales excepto cuando voy al hospital"

"Escuchar no es un acto pasivo. Se caracteriza por una actividad peculiar. Primero tengo que dar la bienvenida al otro, es decir, tengo que afirmar al otro en su alteridad" (Han, 2017)

En este apartado se intentará reflexionar acerca del armado de un dispositivo que posibilite alojar a esta paciente en el tratamiento. En palabras de Smalinsky (2020), un dispositivo de trabajo

que resulte hospitalario. El encuadre del tratamiento ha ido variando tanto en la frecuencia como en la modalidad presencial o virtual en relación a la situación epidemiológica actual, a los momentos en los que la pareja de Tina puede traerla al hospital y al monto de angustia que ella presente cada semana. En relación a este armado los escritos de Argento, Tajman y Smalinsky (2014) han resultado de gran utilidad para pensar la clínica. Ellos retoman a Winnicott (1996, p.61), quien habla de la psicoterapia como "superposición de dos zonas de juego" donde se encuentran los modos de jugar del paciente y del terapeuta. En esta superposición, la tarea del terapeuta (o analista) consiste en crear las condiciones para que el paciente pueda jugar cuando esto se ve imposibilitado. El jugar se desarrolla en un espacio transicional que no responde a las exigencias del mundo interno o subjetivo -el de la fantasía- ni del mundo externo u objetivo -el de la realidad-. Es un acto que implica la apercepción creadora "lo que hace que el individuo sienta que la vida vale la pena de vivirse", opuesta al acatamiento que implica adaptarse a alguno de los dos polos -mundo interno o externo- y conlleva la sensación de que la vida "no merece la pena de ser vivida" (Winnicott, 1996, .p93). Jugar siempre implica integración psicosomática: no es un mero pensar sino que se trata de un hacer. Posibilitarlo requiere poder estar afectados por el "uso" que hace el paciente de nosotros y del espacio terapéutico, pero tratando de elaborar estas sensaciones sin reaccionar o actuar rechazando lo que se nos transfiere.

Poco a poco es posible ir ubicando algunos motivos desencadenantes de los conflictos familiares, casi siempre vinculados con dificultades de tolerar la alteridad: sus hijos no se bañan, no quieren hacer la tarea, no le hacen caso, discuten entre ellos, le hacen comentarios hirientes o realizan elecciones diferentes a las que ella esperaría. En un primer momento, ella podía registrar su enojo cuando ya estaba operando *"es una bronca que nace desde adentro, soy otra persona, odio a todo el mundo"*. De a poco, se va pensando conjuntamente cómo se sentirán los otros frente a sus acciones y sus enojos. Sesión a sesión, Tina puede ir verbalizando los modos de ser "*diferentes*" de sus hijos, pasando de decir *"somos iguales porque..."* a poder describir lo que cree que le está ocurriendo a cada uno de ellos. Comienzan también a aparecer en su discurso las preocupaciones, cuidados y deseos hacia ellos. A partir de esto, se ofrece la posibilidad de que sus hijos cuenten cada uno con un espacio terapéutico propio. Con el tiempo -y por ahora- los golpes se van transformando en gritos, tirones de pelos, llantos y diálogos familiares *"estoy haciendo el esfuerzo de hablar bien"*. Pensando a partir de lo propuesto por Benjamin (1996) en las palabras de Tina va emergiendo el reconocimiento de sus hijos como sujetos lo cual se opone a las relaciones polares basadas en la dominación o sumisión. Este reconocimiento necesariamente implica una pérdida, ya que requiere resignar la ilusión de poder regular al otro para habilitar el estar con el otro y lo que le sucede.

Teniendo en cuenta estos vínculos donde la separación resulta tan difícil, otra cuestión que se ha ido trabajando a lo largo del tratamiento fue la capacidad de estar a solas. Winnicott (1958) conceptualiza esta aptitud como un indicador de salud y desarrollo emocional. Pero el poder disfrutar del estar a solas no se da a priori sino que para ello es necesario atravesar la experiencia paradójica de "estar solo mientras alguien más está presente", la cual se puede posibilitar en el proceso psicoterapéutico. Al respecto, Tina dice *"Cuando N se va me siento como una gelatina al sol, me voy desmoronando, de noche soy agua"*. Además, le angustia en gran medida el crecimiento de sus hijos y tiene la creencia de que cuando ellos se muden jamás volverán a verla. Se le va preguntando "¿qué significa estar sola?, ¿por qué crecer sería angustiante?, ¿por qué mudarse significa no volver?" lo cual de a poco se fue enlazando y des-enlazando con vivencias de su historia familiar.

Cabe destacar que al comienzo del tratamiento era necesaria la presencia de Néstor como interlocutor indispensable y poco a poco este se fue retirando del espacio terapéutico -aunque cada tanto en las entrevistas telefónicas Tina vuelve a su pregunta *"¿Cómo era, Néstor?"*-. En estos primeros momentos ella no lograba recordar los turnos, por lo cual él era quien se responsabilizaba por ello y con quien se coordinaban los horarios. Más adelante se ha decidido utilizar el mail como

vía de comunicación, tanto para establecer horarios como para que Tina pudiera pedir una entrevista cuando así lo necesitara. Otra intervención en torno a la separación o la distinción de lo propio y lo de los otros, fue proponer que Tina se comprara un cuaderno propio para escribir lo que fuera sucediéndole. Anteriormente ella lo hacía en hojas sueltas o en los cuadernos de sus hijos. Tina fue dejando sus marcas tanto en el cuaderno como en una aplicación para pintar: desde dibujos, a cartas, a escritos sobre los conflictos. Dice *"Algún día voy a escribir un libro de mi vida".*

Hablando de otras escrituras, a lo largo del tratamiento también se ha ido trabajando con el sentido del humor, por ejemplo cuando aparecen ciertas definiciones coaguladas que Tina realiza sobre su ser. La que mayor prevalencia tiene hasta el momento es *"Yo soy blanco o negro, todo o nada, no tengo grises"*. En general, la polaridad todo-nada es algo que tiende a repetirse en su discurso en respuestas monosilábicas, por lo que se propone jugar con esos términos a partir de ciertas preguntas con diferentes entonaciones (¿qué es todo?, ¿en serio cuando decís todo, decís todo?, ¿tooodo?). En este sentido, se puede pensar al humor como productor de metamorfosis sobre los significados o sentidos "cuyo mayor alcance es el de jugar con la fijeza (...) con deconstruir su seriedad" (Rodulfo, 2008, p.78). Actualmente Tina se ríe cuando se da cuenta que está utilizando estos términos e incluso hace uso intencional de ellos cuando se comunica con otros. Se puede pensar la potencia del trabajo con el humor en tanto este es conceptualizado como "la alegría a través del dolor" (Rodulfo, 2008) permitiendo trabajar la angustia a la vez que crear las condiciones para que esta se transforme en alegría.

¿Y la alegría? Como dice Tina, el tratamiento no es sin sus "*avances y retrocesos"*. En las últimas sesiones el estar "*mal"* puede de a poco integrarse con el estar "*contenta"*. En palabras de ella: *"A pesar de que todo es un quilombo, saco las buenas actitudes de los nenes, estoy contenta por ellos. Si bien tengo errores, la base de lo que les enseñamos está. Es emocionante verlos crecer, a veces me pone melancólica pero estoy contenta".*

Reflexiones finales

La elaboración del presente escrito no solamente ha posibilitado la reflexión acerca de la orientación del tratamiento con esta paciente, sino también acerca de posibles posicionamientos a la hora de trabajar. Este proceso que continúa y continuará, fue acompañado por nuevas lecturas de autores argentinos y conversaciones con colegas para pensar sobre la práctica clínica y los alcances de la teoría teniendo en cuenta que todo conocimiento es siempre provisorio o "precario" (Reitter, 2020).

Resulta necesario problematizar brevemente los alcances y limitaciones del dispositivo analítico según lo ya expuesto. Como señala Reitter (2019), "si omitimos ubicar el lugar que ocupa el sujeto (y que ocupamos nosotros) en las relaciones de poder es mucho más probable que hagamos del psicoanálisis la herramienta de una política de normalización y psicopatologización". Por lo que debemos recordar que nuestro lugar como analistas o terapeutas es asimétrico, y que disponemos de cierto poder a causa de la transferencia que no debemos ignorar pero tampoco utilizar según nuestras creencias y expectativas transformando la relación analítica en una relación dual (Lacan, 1958). Siguiendo a Ulloa (1995), puede ser útil pensar en un "estar" analista según lo que cada situación demande en lugar de un "ser". En consonancia con Rodulfo (1992), resulta importante pensar a los psicoanálisis como una posición teórica más que una línea, en tanto existen dispersiones o conflictos entre conceptos, la formación, nuestra experiencia y lo que ocurre en la clínica.

Pensando con Smalinsky (2020) es necesario hacer "uso" de las teorías para que los ideales no obstaculicen el juego que podemos producir con ellas en cada situación.

Otra cuestión a tener en cuenta en los tratamientos, es la necesidad de conocer los condicionamientos de nuestra época en tanto todos somos sujetos que pertenecemos a determinada cultura en un determinado tiempo y espacio. Según Reitter es importante reconocer la singularidad (o el "caso por caso") sin perder de vista su dialéctica con lo general, porque "si no tomamos en cuenta la dependencia que el sujeto tiene del Otro se puede generar, imperceptiblemente, la idea

de cierta omnipotencia del sujeto, que no dependería de determinadas condiciones histórico sociales ni del entramado de las relaciones de poder" (Reitter, 2019, p.20). Por ello, podría ser importante tener en cuenta diferentes dimensiones teóricas que incluyan la perspectiva de género, vincular y del ciclo vital, entre otras posibles.

Como interrogantes para seguir trabajando, se plantean: ¿Cuán hospitalarios podemos ser con nuestros pacientes?, ¿Cuánto de la hospitalidad está habilitado en nuestra institución?, ¿Cómo crear dispositivos de trabajo que permitan alojar la singularidad sin ignorar su relación con lo general?, ¿Cuál es nuestra relación con el saber?, ¿Cómo se puede estar psicoanalistas?, ¿Cómo es posible ir creando condiciones para jugar en cada tratamiento?

Referencias bibliográficas

Argento, A. Tajman, P., Smalinsky, E. (2014) "¿Cómo pensar la deuda, señalada por Winnicott, que el psicoanálisis tiene con el jugar?. Recuperado dehttp://casadewinnicott.blogspot.com/2015/01/como-pensar-la-deuda-senalada-por.html
Benjamin, J.D. (1996). Cap. 1: El primer vínculo. En J.D. Benjamin, Los lazos de amor. Buenos Aires: Paidós.
Han, B.C. (2017) La expulsión de lo distinto. Editorial Herder, Barcelona.
Insúa, G. (2020) Abuso sexual en las infancias y adolescencia. El horror más silenciado. Buenos Aires: La Docta Ignorancia.
Insúa, G. [YoicaAC] (2020, mayo 18) "El presente perpetuo del acontecimiento traumático. Lectura desde el psicoanálisis" Gabriela Insua. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=m8b7IC_Sme8&t=1252s&ab_channel=Yoi caAC
Lacan, J (1958) "La dirección de la cura y los principios de su poder" en Escritos Tomo 2. Ed. Siglo XXI. Edición 1987
Reitter, J.N. (2019) Edipo Gay. Segunda Edición Ampliada. Buenos Aires: Letra Viva.
Reitter, J.N. [YoicaAC] (2020, junio 12) "Fugitivo del lacanismo". Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=bp0NRZB98Sc&t=1046s
Rodulfo, R. (1992). Cap. 1: Línea y posición en psicoanálisis. En R. Rodulfo, Estudios Clínicos (pp. 23-39). Buenos Aires: Paidos
Rodulfo, R. (2008). Cáp. 6: El juego del humor. En R. Rodulfo, El psicoanálisis de nuevo (pp. 115-124). Buenos Aires: Eudeba.
Smalinsky, E. (2020) Devenir jugando. Dispositivos transicionales, experiencias y micropsicoanálisis. Buenos Aires: Brueghel
Ulloa, F. (1995) La novela clínica psicoanalítica. Buenos Aires, Paidós.
Winnicott, D. (1996): "Realidad y juego". Gedisa editorial, Barcelona.
Winnicott, D. (1958). "La capacidad para estar a solas". Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272020000300279

LA MANÍA DE SER MADRE: A PROPÓSITO DE UN CASO DE PSICOSIS

Carolina Noelia Justiparán [A], Daniela Elizabeth Fernandez Carloni [B]

Introducción

En el presente trabajo se intentará abordar uno de los problemas cruciales en la dirección de un tratamiento clínico, que es la transferencia para el psicoanálisis.

Con este fin se hará uso del recorte de un caso clínico, haciendo hincapié en lo que, según nuestra lectura, fueron movimientos necesarios en la transferencia debido a los distintos momentos del tratamiento e intentando dar cuenta de los efectos en la paciente del encuentro con un analista.

Si bien a lo largo de su enseñanza Freud y Lacan han dado múltiples referencias acerca del concepto de transferencia, este trabajo no pretende ser un recorrido teórico de los mismos sino que se incluirán las referencias que permitan dar cuenta de la lectura del recorte clínico que se pretende interrogar.

[A] *Lic. en psicología (UBA). Residente de Psicología Clínica en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato De Alvear.. CABA. Argentina. caronjustiparan@gmail.com*
[B] *Lic. en Psicología (UBA). Prof. de Enseñanza Media y Superior de Psicología (UBA). Residente de Psicología Clínica en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. CABA. Argentina. licdanifernandez@gmail.com*

Recorte del caso

Marina, de 44 años, realiza tratamiento psicológico y psiquiátrico en el Servicio de Consultorios Externos de un hospital monovalente de Salud Mental de CABA. Su primer acercamiento a un efector fue a sus 22 años, luego de la muerte de su pareja ("el Polaco"), que motiva su primera internación por un episodio maníaco de características místicas, desinhibición e hipersexualidad. Es en ese momento que se le *'"abre" el '"tercer ojo"*, el cual *'"permite ver las vidas pasadas"*, lo que suele acompañarse de ideas delirantes místicas (interpreta señales que le manda el Polaco desde el más allá para hacerle compañía). Marina cuenta hasta el día de hoy con 9 internaciones, todas ellas motivadas por lo que puede leerse a posteriori como "pérdidas", ya sea por el fallecimiento de quien era su pareja, una separación amorosa, una pareja que se va de viaje, e incluso el fallecimiento de su madre en 2018. Lo que motiva estas internaciones es la respuesta maníaca de Marina frente a estas "pérdidas". Ante la imposibilidad de un duelo, responde con un episodio maníaco.

Marina comienza su actual tratamiento a mediados del 2018. Será en su primer encuentro con la analista que dirá: *"Por fín me toca una psicóloga que sabe sobre metafísica"* y agrega -al ver una cinta violeta en la muñeca de la analista- que seguro esta la va a *"entender"*, ya que *'"quienes portan la cinta violeta saben que la misma transmuta la energía mala en buena, a diferencia de la roja, que sólo rechaza la mala".* Frente a esto, la analista alojó dicha respuesta sin buscar cuestionarla. Esto permitió que en el espacio psicológico Marina desplegara abiertamente sus ideas delirantes místicas.

En diciembre del 2019 Marina decidió separarse de Daniel, su pareja durante los últimos 14 años, debido a que ya no *'"creía"* en sus *'"promesas"* en relación a tener hijos juntos. Ella manifiesta preocupación por quedarse sin *'"ovulitos"* por su edad. *"Sólo me falta ser mamá, el resto ya lo viví todo"*. Es frente al encuentro con esta nueva "pérdida" que implica la separación, que Marina inició un derrotero entre distintos hombres, con la idea de conseguir una pareja para tener un hijo, ubicando esto como su *'"misión"*. Incluso, iniciada la cuarentena en contexto de pandemia por COVID-19, Marina pidió usar el Certificado de Circulación que se le emitía en el hospital para acudir al turno, con el fin de concretar un encuentro sexual con un hombre para evitar tener problemas frente a posibles controles epidemiológicos en la vía pública. Frente a esto se intervino intentando introducir un límite, basado en una cuestión de cuidado epidemiológico que atraviesa a todos por igual.

Con el correr de los meses, algo que pudo comenzar a esbozar Marina en el tratamiento fue aminorar cierta "desesperación" por concretar su maternidad a *'"cualquier precio"*, ya que según ella, en su trabajo como profesora de educación física en un colegio primario, los *'"niños"* se le *'"acercan"*. Incluso en cierta oportunidad aclaró que son aquellos que *"no tienen una mamá"*, los que más la *'"buscan"*. Retomando lo que Marina suele traer al tratamiento en relación a sus *"vidas pasadas"*, en cierta oportunidad se le preguntó si ella creía que en alguna de sus vidas pasadas fue madre, a lo que respondió rápidamente que si, y agregó: *"Tal vez no debería ser madre en esta vida"*, *"tal vez Dios no quiera que yo lo sea ahora"*, ya que *'"lo habría sido en otras"*. Más tarde se podrá ubicar que puede cumplir cierta función materna en relación a estos chicos *"sin madre"* que la buscan en el colegio. A su vez, Marina ubica una cierta función del tratamiento para ella: *"Vengo acá a purificar mi karma para cuando tenga descendencia, por algo aún no tuve, aún no me purifique del todo. Mi familia es una cagada pero yo me estoy purificando."* Los efectos de las intervenciones mencionadas pudieron observarse a medida que avanzaba el tratamiento, sobre todo en relación al armado de alternativas posibles frente a aquella *'"misión"* desenfrenada que desconocía de límites.

La manía como respuesta ante las pérdidas, una lectura posible

El encuentro con un analista, puede facilitar, entre otras cosas, una lectura novedosa de los síntomas y de las coordenadas que los precipitan. Retomando lo que sostiene Freud en su texto "Duelo y Melancolía", podemos afirmar que "la manía no tiene un contenido diverso de la melancolía, y ambas afecciones pugnan con el mismo <complejo>" (Freud, 1915, 251) es decir, la pérdida de objeto, "al que el yo probablemente sucumbe en la melancolía, mientras que en la manía

lo ha dominado o lo ha hecho a un lado" (Ibid, 251). De esta forma, y a partir de una lectura psicoanalítica, podemos decir que al triunfar sobre la pérdida de objeto, a Marina le queda toda su energía libidinal disponible para investir nuevos objetos, lo que nos muestra su incesante búsqueda de un nuevo "padre para su hijo" a través del derrotero que inicia conociendo a distintos hombres.

Por su lado, Lacan (1955), sostiene que la forclusión (*Verwerfung*) del significante del Nombre-del-Padre puede verse en la psicosis a partir de sus efectos, cuando las circunstancias de la vida llevan al sujeto a acercarse a ese agujero forclusivo. Cuando Marina se encuentra con una pérdida en su vida, "debe responder con un significante forcluido, con el que no cuenta, que nunca estuvo" (Sotelo, 2018, 132). Encuentra "en el lugar del Otro un puro y simple agujero, el cual por la carencia del efecto metafórico provocará un agujero correspondiente en el lugar de la significación fálica" (Lacan, 1955, 534). Por lo tanto, al no contar con la significación fálica, se verá imposibilitada para tramitar esa pérdida como falta, y así iniciar un trabajo de duelo. Más bien lo que ocurre es el inicio de un deslizamiento metonímico permanente que podríamos llamar "maníaco", y que la lleva a la posibilidad de exponerse a prácticas sexuales de riesgo, al querer tener relaciones sexuales con el fín de la reproducción, para *"ser madre a cualquier precio"*.

De acuerdo a Eric Laurent, citado por Terrab (2001), no se puede definir un "ser analista", sino un proceso, siempre un porvenir, poder dar cuenta en el après-coup de su posición de analista. Siguiendo esta línea, ¿cómo podrían leerse las intervenciones de la analista frente al modo de responder de Marina ante las pérdidas?

Repensando los posibles efectos del encuentro con un analista. A propósito de las intervenciones

Lacan, hacia el final del Seminario 11, comienza preguntándose: ¿Qué es lo que el paciente demanda en el comienzo del análisis? Dice que allí el paciente ofrece algo y eso que ofrece es su demanda; pero ¿demanda de qué?. "Es un hecho que en el análisis, sea cuales sean sus apetitos, sus necesidades, no encontrarán satisfacción, como mucho obtendrá la satisfacción de organizar su menú" (Terrab, 2001, 8).

Siguiendo a Terrab (2001), el análisis se realiza en abstención de la satisfacción, y a lo sumo, la satisfacción que allí se obtendrá será como un menú, un sustituto significante de lo que uno querría comer. Por otra parte, análisis no se hace otra cosa que hablar. Marina, desde el inicio del tratamiento afirmaba querer ser *"madre a cualquier precio"*, *"el resto ya lo vivi todo"*, y su discurso era incesante, sin permitir la existencia de silencios, ninguna pregunta podría ser allí formulada. No fue sencillo el trabajo de la analista, pero de a poco se fue introduciendo alguna pausa y se buscó acotar algo de esto, "organizando su menú", señalando sus dichos, alojando lo que Marina tenía para ofrecer en el tratamiento.

De acuerdo a Delgado (2012), toda la historia del psicoanálisis da cuenta de que la producción conceptual no está disyunta de la dimensión singular de cada tratamiento, dejando cierta libertad en el nivel de la táctica de la dirección de la cura para permitir intervenciones creativas. Fue así como la analista comenzó a puntuar y retomar ciertos dichos que Marina traía al tratamiento, por ejemplo en relación a sus *"vidas pasadas"*, al preguntarle si cree que fue madre alguna vez; la paciente termina concluyendo que *"tal vez fue madre en otras vidas"* encontrando otra alternativa posible, una experiencia que no la llevara al límite o expusiera a situaciones de riesgo y así cumplir *cierta función materna* frente a sus alumnos, los que la *"buscan en el colegio"*.

Las intervenciones de la analista estuvieron ligadas al establecimiento de ciertos límites y pausas, que apuntaron a hacer ceder algo de ese goce en juego por parte de la paciente; por ejemplo, frente al pedido de Marina de utilizar el certificado de circulación del hospital para tener encuentros sexuales a *"cualquier precio"*. De acuerdo a Eric Laurent, tomado por Terrab: "La función del lazo analítico, su eje de subversión es interrogar de raíz el despliegue del goce y proponer una experiencia subjetiva por la cual al final uno se separa (...) de ese goce" (Terrab, 2001, 10).

Lacan, en "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis" (1958), al hablar de la posición del analista, hace referencia a una sumisión completa a las posiciones propia-

mente subjetivas del enfermo. Esta sumisión completa, podría verse al momento en que la analista interviene haciendo ingresar lo que Marina trae al tratamiento, sometiéndose y sosteniendo ese lugar singular en el que la paciente la ubica, sin cuestionarlo y sirviéndose de esto, mediante una transferencia posible. En relación a esto, siguiendo a Lacan (1958), el analista deberá "pagar", entre otras cosas, "con su persona", en cuanto que, "diga lo que diga, la presta como soporte a los fenómenos singulares que el análisis ha descubierto en la transferencia" (Lacan, 1958, 561). Es en relación al manejo de esta última -lo que ubica como el nivel de la estrategia- que se producirá un desdoblamiento de la persona del analista, y menciona que es allí donde debería buscarse el secreto del análisis. Asimismo, dirá que los sentimientos del analista sólo tienen un lugar posible·en este juego, el del muerto.

Lacan, en este sentido, dirá que el analista direcciona la cura pero no así al paciente, ya que "la dirección de conciencia, en el sentido de guía moral (...) queda aquí radicalmente excluida" (Lacan, 2011, 560), oponiendo de esta forma la guía moral a la ética del psicoanálisis, que en tanto "política" hace menos libre al analista, ya que este "haría mejor en situarse por su carencia de ser que por su ser" (Ibid, 563). De esta manera, la analista dejó de lado su propio juicio, su propia moral, frente al discurso de Marina, por ejemplo en relación a *"tener pareja solo para ser madre"*.

Palabras finales

En el presente trabajo nos propusimos dar cuenta de los posibles efectos del encuentro de un sujeto con un analista a raíz de un caso clínico. Por un lado, a partir de la lectura que la analista puede brindar en relación a las coordenadas previas a su descompensación, donde la paciente no contó con las herramientas para responder y por lo tanto, entró en urgencia; y, por otro lado, en base a ciertas intervenciones realizadas en el tratamiento, a partir de las cuales se pudo verificar cierto acotamiento del goce que se observaba en el desplazamiento metonímico propio del contexto de su descompensación psicótica.

Bibliografía utilizada

Delgado, O. (2012) La aptitud del psicoanalista. Buenos Aires: Eudeba.
Freud, S. (1915/1995) Duelo y Melancolía. En Obras Completas Tomo XIV, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
Lacan, J. (1955/2011) De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En Escritos 2. Buenos Aires: Grupo Editorial Siglo XXI
Lacan, J. (1958/2011) La dirección de la cura y los principios de su poder. En Escritos 2. Buenos Aires: Grupo Editorial Siglo XXI
Lacan, J. (1964) El Seminario libro 11: Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
Sotelo, I (2018) Psicoanálisis orientación lacaniana: recorrido del goce en la enseñanza de Jacques Lacan. Buenos Aires: JCE Ediciones.
Terrab, M. (2001) Un lazo social inédito. En Revista Virtualia N° 2. Buenos Aires.

RECHAZO DEL NOMBRE DEL PADRE Y LA ÉPOCA ACTUAL SOBRE LA DECLINACIÓN QUE NO ES RECHAZO

Romina Avalos [A]

No es una novedad decir aquí que la relación entre el padre – como concepto - y el psicoanálisis es fundamental, más aún, nodal. El psicoanálisis mismo junto con su teoría del complejo de Edipo es un intento de volver a ubicar el padre en su lugar, en un momento donde ya asistíamos a su declinación. Lacan muy tempranamente habla de este tema en su texto *La familia*, argumentando que la declinación de la imago paterna se encuentra "condicionada por el retorno al individuo de efectos extremos del progreso social" (Lacan, 1938) y que está asociada a "la dialéctica de la fa-

[A] *Psicóloga UBA. Ex residente del Hospital Belgrano. Magíster en psicoanálisis. Actual Docente e investigadora de la Universidad de Buenos Aires, becaria doctorado Ubacyt. CABA. Argentina. romina.avalos@hotmail.com*

milia conyugal" y al crecimiento de lo que él llama "exigencias matrimoniales". Además afirma que de este fenómeno surge una crisis psicológica y que "quizá la aparición misma del psicoanálisis debe relacionarse con este crisis" (Lacan, 1938). Agrega que es la personalidad del padre quien determina "la gran neurosis contemporánea", quien se encuentra "carente siempre de algún modo, ausente, humillada, dividida o postiza" (Lacan, 1938).

Por su parte, Elizabeth Roudinesco (2007) se encarga de hacer un recorrido sobre los avatares de la familia en los últimos siglos. Si bien – igual que Lacan - ubica el cambio tan radical que ocurrió entre los matrimonios concertados – que muchas veces sucedían entre diferentes generaciones – a los matrimonios elegidos bajo el sello del amor romántico; va a poner el acento en su análisis en el avance de lo femenino. Es en el contexto de la familia afectiva que puede tener lugar la concepción freudiana de la familia (p.95). De esta manera, el amor y la pasión – que antes quedaba reservada para los amantes – es ahora asumida por los esposos; y la separación mujer/madre se agudiza cada vez más, específicamente a partir del control por parte de ellas producto de las técnicas reproductivas. Primero, la mujer pudo disfrutar libremente de su sexualidad sin llevar en ese acto la posibilidad de convertirse en madre. Segundo, pudo serlo sin necesidad de un padre gracias a la inseminación artificial. En estos casos, la palabra "figura" y "paterna", quedan demasiado grandes para nombrar aquello por lo que una mujer puede tener un hijo. Paradójicamente, al mismo tiempo que en el siglo XX surgía el amor romántico producto de la libertad de elegir con quién uno podía unirse en el amor, esta libertad no llevó consigo la perpetuación del discurso amoroso, sino más bien su degradación.

Declinada la imagen del padre o no, podemos decir que – así como el psicoanálisis no ceso de preguntarse sobre la mujer, tampoco lo frenó su pregunta sobre la función del padre. Es este hilo el que – según Roudinesco – Freud toma para ser el portavoz del defensor del modelo familiar que, dado todos los cambios sociales post revolución francesa e industrial, estaba en plena transformación. De esta manera "Con la ayuda del mito reconvertido del complejo de Edipo, Freud, en efecto restablecía las diferencias necesarias para el mantenimiento de un modelo de familia cuya desaparición en la realidad se temía" (Roudinesco, 2002, p.68-69). Respecto a Lacan, también leemos en toda su primera etapa una consolidación de la teoría edípica freudiana, quizá con algunos matices, que serán los que le van a permitir más adelante hablar de la pluralización del nombre del padre, y desprenderse así cada vez más de la vertiente mítica – como verdad ficcional – a una verdad matematizada y vaciada de sentido. Movimiento que va del mitema al matema.

¿Cuáles son esos matices? Tal como destaca Zafiropoulos (2002), mientras Freud pretende hacer del mito del Edipo una estructura universal, Lacan señala desde muy tempranamente – apropósito de las sociedades matriarcales - que "el complejo de Edipo es relativo a un estructura social" (Lacan, 1938), lo que significa que hay sociedades sin Edipo. El Lacan que le sigue será el que elabora la metáfora paterna, modo de sellar la teoría del mito del Edipo para la neurosis, al mismo tiempo que le sirve para diferenciar la psicosis. Como se sabe, la dupla será aquí para el primer caso: Nombre del Padre – represión; y para el segundo: ausencia del Nombre del Padre – forclusión. A esta altura el padre tiene un solo nombre y quien no cuente con éste, en algún momento se enfrentará con el desencadenamiento psicótico.

Sobre el rechazo del Nombre del Padre y su pluralización

Como dijimos, hablar de rechazo no es lo mismo que decir declinación. Dentro del psicoanálisis la palabra rechazo e incluso forclusión tiene su alusión clara a la psicosis. Sin embargo, Lacan no sólo ha utilizado esta palabra para referirse a dicha estructura, y hay – en esta dirección - toda una bibliografía que hace un rastreo de este recorrido. Específicamente nos referimos a Nieves Soria (2020) quién señala otros usos de la forclusión que aluden tanto a la constitución misma del sujeto – en el Seminario 6 Lacan hablar del corte constitutivo del discurso y cómo el sujeto se identifica allí quedándo verworfen – al mismo tiempo que señala la forclusión en el amor, el duelo, acting –out, la verwerfung edípica, etc (p. 165).

Ahora bien, si la palabra rechazo ha trazado varios caminos en la obra Lacaniana - equivocando

sus usos - no es tan así cuando hace dupla con el Nombre del Padre. Desde que Lacan ubica allí a la función simbólica por cuanto nombra el Deseo de la Madre, permitiendo la separación del niño con la misma; la ausencia – o más bien su forclusión - es lo que define a la psicosis. La metáfora del Nombre del Padre entonces es en realidad la respuesta a la x del Deseo de la Madre, nombra su deseo y en ese acto se produce la significación fálica. Estos desarrollos se encuentran a la altura de los seminarios 4 y 5, donde Nombre del Padre era UNO sólo, y toda la cuestión psicopatológica dependía de su presencia o ausencia. Sin embargo, unos años más tarde aparece su pluralización ¿Qué significa decir que padre no hay uno sino varios? En realidad lo que se pluraliza aquí es su función, en tanto – como dijimos - nombra el Deseo de la Madre y con ello pone cierta distancia entre ésta y el niño. Encontramos en este movimiento la misma lógica con la que Lacan va avanzando en sus seminarios, y que se corresponde con la construcción del concepto de lo real. Cuando uno habla de función ya no importa tanto – aunque tenga sus incidencias - quién es la madre o el padre, incluso tampoco importa quien diga que no o sí, sino más bien que la función ocurra.

La primera vez que Lacan habla de los Nombres del Padre es en la última clase del Seminario 10, donde – como se sabe – anuncia que será el tema de su próximo seminario, seminario que nunca se dicta y del que sólo tenemos una clase. Esta única clase es un recorrido de algunas cuestiones que desarrolla en el Seminario 10, respecto al objeto a en sus diferentes manifestaciones; y también se ocupa de hablarnos de la "incidencia del deseo de Dios que funciona como pivote" (Lacan, 2005, p.90), pivote de lo que quiere en realidad decirnos y es que "la neurosis es inseparable de una huida ante el deseo del padre, que el sujeto reemplaza por su demanda" (p.89). Sin profundizar demasiado en estas cuestiones que exceden los objetivos de esta presentación, solo diremos que la cuestión de la equivocidad de los nombres de Dios que aparecen en esta última parte de su escrito vienen a representar lo que más arriba afirmamos, que "el Nombre del Padre no es más que nombre de una función" (Miller, 1992, p.20), y que – como afirma Miller – la cuestión será en cada caso qué es lo que cumple tal función.

El pasaje del singular al plural va en la dirección de vaciar a NP de sus vestiduras imaginarias, matematizarlo y la metáfora religiosa sobre la dificultad de encontrar un solo nombre de Dios viene a ese lugar. Al lugar de lo innombrable. El nombre como referencia vacía, donde NP no es metáfora de otra cosa sino que ya es una metáfora en sí misma, metáfora de la presencia del padre (Miller, 1992). Se trata de saber qué es lo que denota ese nombre como referencia vacía. De esta manera, tal como destaca Rabinovich (1993) "El Nombre del Padre deja de funcionar como el significante segundo, afanisíaco, para devenir un significante amo, uno de los S1, de esos S1, que Lacan, en el *Seminario XX* califica como enjambre (…)" (p.150). Por eso, agrega, estudiar dicho movimiento es inseparable de introducirse en el estudio del nombre propio. Hacia esta misma dirección apunta Miller (1992), cuando presenta a "los Nombres del Padre, primero, como una teoría del nombre propio y, segundo, como una teoría del padre" (p.23).

Rechazo del Nombre del Padre y la época

Estos desarrollos corresponden al primer momento en que Lacan introduce la pluralización, hay un segundo momento que ubicamos a partir del Seminario 21 y es donde aparece la equivocidad en su título entre "Los no incautos yerran" que en francés suena como "Los nombres del padre". Es decir, pluralizar el nombre del padre equivoca con aquellos que por querer pasarse de listos del saber inconsciente erran. El no incauto es incauto de lo posible dice Lacan "Los no-incautos (non-dupes) son dos veces incautos (dupes). Justamente son incautos (dupes) por ser dos" (Lacan, 1973-1974,11/12/1973). Parece que para el no incauto no se logró hacer el nudo, de manera tal que lo Real como imposible quede enlazado a los otros dos registros. El no incauto se queda en el dos, no incluye en los cálculos lo imposible, lo Real. Ser incauto implica estar advertido que hay un tercero que es saber Real, que no es aprehensible por el conocimiento, el yo, la racionalidad, el pensamiento y sus cadenas. Implica poder incluir la contingencia como puro sin sentido, un puro sin sentido que nos concierne, nos trabaja.

Por otro lado, será en este seminario donde encontraremos otra referencia al rechazo del Nom-

bre del Padre, con algunas variaciones. Aquí dirá que "el amor tiene que ver con lo que él aisló con el Nombre del Padre" (Lacan, 1973-1974, 19/03/1974) - nótese que no utiliza el plural - y que es la madre quien con su voz "amoneda ese nombre", es "reducida a traducir ese nombre (nom) por un nodo" (Lacan, 1973-1974, 19/03/1974). Recordemos que a esta altura Lacan está formalizando su teoría de los nudos, por lo que este punto será fundamental para que el nudo en la neurosis logre realizarse. Al mismo tiempo, dirá que aquello que la madre traduce por medio de ese nom es un "no", no proposicional que ella realiza en cierto número de prohibiciones y que funda la excepción por la que – parafraseando a Lacan - podrá hacer pasar el ejercicio amoroso en el desfiladero de los significantes.

Agrega algo que nos interesa y es que vivimos en una época en que lo que aparece es "la pérdida de lo que soportaría en la dimensión del amor" ¿Y qué soporta dicha dimensión? El Nombre del Padre. En su lugar lo que aparece – lo que se ve preferir dice Lacan - es el "nombrar para": "Ser nombrado para algo, he aquí lo que despunta en un orden que se ve efectivamente sustituir al Nombre del Padre. Salvo que aquí, la madre generalmente basta por sí sola para designar su proyecto, para efectuar su trazado, para indicar su camino" (Lacan, 1973-1974, 19/03/1974). Este proyecto no está sostenido en un ideal que dependa del triángulo madre – padre e hijo, sino que se agrega un tercero diferente: lo social. El triángulo es aquí la madre, el hijo y lo social:

"Es bien extraño que aquí lo social tome un predominio de nudo, y que literalmente produzca la trama de tantas existencias; él detenta ese poder del "nombrar para" al punto que después de todo, se restituye con ello un orden, un orden que es de hierro ¿Qué designa esa huella como retorno del Nombre del padre en lo Real, en tanto que precisamente el Nombre del Padre está verworfen, forcluido, rechazado? Y si a este título designa esa forclusión de la que dije es el principio de la locura misma ¿acaso ese "nombrar para" no es el signo de una degeneración catastrófica?" (Lacan, 1973-1974, 19/03/1974)

Encontramos aquí explícitamente la referencia al rechazo del Nombre del Padre, esta vez para señalar en el mismo movimiento cuál es su suplencia: lo social. Sin embargo, agrega algo más - y es lo que lo enlaza a la época – dirá que esto marca el signo de la degeneración catastrófica. Determinante afirmación, por cuanto ubica lo que sería una especie de psicosis generalizada, aunque no utiliza este término sino el de locura. La forclusión como el principio de la locura y el "nombrar para" como signo de esta degeneración.

Lacan no suele ser muy optimista cuando se trata de hablar de la época. Tampoco es la única vez que enlaza este tema con la cuestión del padre. En *Notas sobre el padre* dirá:

"Creo que hoy en día, el rastro, la cicatriz de la evaporación del padre, es algo que podríamos poner bajo la rúbrica y el título de la segregación. Creemos que el universalismo, la comunicación en nuestra civilización vuelve más homogéneas las relaciones entre los hombres. Por el contrario, pienso que lo que caracteriza nuestro siglo, y no podemos dejar de percibirlo, es una segregación ramificada, acentuada, que se entremezcla en todos los niveles y que multiplica cada vez más las barreras" (Lacan, 1968, inédito)

Aquí no habla de forclusión, tampoco de declinación, sino de cicatriz de la evaporación del padre. El padre se ha evaporado pero deja un rastro, una marca, y ésta marca de su ausencia será la segregación; tema al que vuelve luego de su intervención un año antes en la Alocución sobre las psicosis del niño, donde dice por primera vez que la época venidera estará marcada por una segregación sin precedentes. Tema que desarrollamos en otro trabajo (Avalos, 2020).

En esta misma dirección apunta la conocida frase de Lacan respecto a la forclusión de la castración en el capitalismo "Lo que distingue al discurso del capitalismo es la verwerfung, el rechazo hacia afuera de todos los campos de lo simbólico, con las consecuencias que ya dije. ¿El rechazo de qué? De la castración. Todo orden, todo discurso, que se emparente con el capitalismo deja de lado, amigos míos, lo que llamaremos simplemente las cosas del amor" (Lacan, 2012, p.106). Si se forcluye la castración, se forcluye el amor.

Por lo tanto, habría cierta línea que une la caída del padre con la forclusión del amor y la época.

Quedarían pendientes estudiar las incidencias de estas particularidades. Si el nuevo orden de hierro arroja sujetos sin el Nombre del Padre como operador, no parece que Lacan quiera decir aquí que aquella degeneración catastrófica lo sea por presentar sujetos desencadenados, enloquecidos, desanudados. Más bien todo lo contrario, la nueva locura consistiría en saber lo que hay que hacer. Certeza sobre lo que el Otro demanda y ofrecerse al amo productivo completamente, sin división. Habría aquí identidad y no identificación.

Ubicar un padre fallido en el triángulo edípico da la posibilidad al sujeto de acomodarse en los pliegues de su falla ¿acomodar qué? El deseo. Pensemos en el padre de Schreber. No hay allí hueco donde acurrucarse. Nombrar un padre, aunque nunca esté a la altura de su función, es ya señalarlo. Implica una referencia. Aunque el padre real pueda no existir – tal como destacó Lacan – importa su función, es decir, que haya una ley Otra para el Otro a la cual remitirse, que el Otro no sea LA ley. Que el Otro esté castrado. Al mismo tiempo aquella ley no deberá ser de hierro, inequívoca, deberá caberle la excepción.

Sobre si las predicciones de Lacan se han cumplido 50 años después de ser dichas, es decir, si en la época podremos hablar de esa locura generalizada de orden de hierro, hay mucha bibliografía que apunta hacia ese lugar, y otra que critica la lectura edípica lacaniana por considerarla falocentrista. Respecto al primer caso, uno de los autores principales será Miller, quien introduce primero la noción de "los inclasificables" y luego la de "psicosis ordinaria", como intentos de nombrar aquellos casos donde la referencia clásica de psicosis no se ajusta del todo con la clínica. A efectos del presente trabajo mencionaremos la forma en la que trata de cernir su noción de psicosis ordinaria, con lo que él llama una triple externalidad. La primera de ellas es la externalidad social, donde aparecen sujetos que no pueden asumir un rol social, ya sea profesional o de trabajo, hay un desenganche allí; también ubicará aquí los casos opuestos, donde – tal como vimos recién apropósito del Seminario 21 – "los sujetos invisten demasiado su trabajo, su posición social, cuando tienen un identificación demasiado intensa en su posición social" (Miller, 2010, p.21). Hablará también de la externalidad corporal y la externalidad subjetiva. Por otro lado, se encuentran aquellos que critican la lectura edípica del psicoanálisis. Seguramente el primer gran referente aquí sea Deleuze y Guattari (2005) con el Antiedipo, quienes ven en la esquizofrenia un modelo mejor para acostar en el diván y proponen "desedipizar el inconsciente para llegar a los verdaderos problemas" (p.87-88).

Por último, sea el Edipo o no el mejor referente para hablar de la clínica actual, lo que sí queda claro es que los cambios que estamos atravesando en los últimos años, ameritan volver a preguntarnos sobre los operadores conceptuales sobre los que miramos la realidad; teniendo en cuenta que tal como afirmó Lacan "Los conceptos poseen su orden original de realidad. No surgen de la experiencia humana, si así fuera estarían bien construidos. Las primeras denominaciones surgen de las palabras mismas, son instrumentos para delinear las cosas. Toda ciencia, entonces, permanece largo tiempo en la oscuridad, enredada en el lenguaje" (Lacan, 2010, p.12).

Bibliografía:

Avalos, R. (2020). La segregación en la época actual. Recuperado en https://www.aacademica.org/000-007/403.
Deleuze, G. & Guattari, F. (1972). El Anti-edipo. Buenos Aires: Paidós, 2005.
Lacan, J. (2012) Hablo a las paredes (1971-1972). Buenos Aires: Paidós.
Lacan, J. (2005). De los Nombres del Padre. Buenos Aires: Paidós, 2007.
Lacan, J (2010). El Seminario. Libro 1: Los Escritos técnicos de Freud (1953-1954). Buenos Aires, Paidós.
Lacan, J. (1973 -1974). El seminario. Libro 21: Los no incautos yerran, inédito.
Lacan, J. (1938). La familia. Inédito.
Lacan, J. (1968). Notas sobre el padre. Inédito.
Miller, J (1992). Comentario del seminario inexistente. Buenos Aires: Manantial.
Miller, J (2010). "Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria". El caldero de la escuela, 14.
Soria, N. (2020). La inexistencia del Nombre del Padre. Buenos Aires: Serie del Bucle.
Roudinesco, E. (2002). La familia en desorden. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.
Rabinovich, D. (1993). La Angustia y el deseo del Otro. Buenos Aires, Manantial, 2006.
Zafiropoulous, M (2001). Lacan y las ciencias sociales. La declinación del padre (1938 -1953). Buenos Aires. Nueva Visión, 2002.

CASO K: HACIA UN INTENTO DE ILACIÓN

Carolina Fiorentino [A]

Los melancólicos, en su diversidad, psicóticos o no, neuróticos más o menos melancolizados, de bordes, en acting, nos dicen en la cara esto: la vida no es bella. Y en el fondo nosotros, con nuestros pequeños libritos y nuestro block de notas y el psiquiatra que nos acompaña con su vademécum, sabemos que tienen razón. La hiperlucidez melancólica se impone a las razones. Tenemos que ir por otro lado.
Polak, C.

El siguiente escrito se desprende de una primera aproximación a la práctica clínica, fruto de mi rotación por Consultorios Externos de este hospital. El mismo, tratará respecto de las variaciones en el humor y de las particularidades de la relación al Otro como salidas posibles de la melancolía, a propósito de un caso de psicosis. El sujeto a quien atendemos nos convoca, desde su padecimiento, a realizar alguna lectura y a poner en práctica algunas herramientas teóricas en pos de aproximarnos a dicho padecimiento. Este trabajo, no es sin *ajustarse a la estructura* de la paciente. En "La dirección de la cura y los principios de su poder" Lacan (1966, p. 563) sostiene que "*el analista es menos libre en su estrategia que en su táctica"*, es decir, que contamos con mayor libertad en los modos de intervenir en el dispositivo analitico, que en el manejo de la transferencia, la estrategia del psicoanálisis. Este es el caso de K, quien con su padecimiento y sus singulares respuestas frente a esto, ha motorizado algunas reflexiones en torno a la posición posible de un analista en el trabajo con la psicosis.

Acerca de K

K es una paciente de 47 años que inicia tratamiento psicoterapéutico en el hospital por recomendación de su psiquiatra. El mismo sugiere esta derivación por notar en K cierta necesidad de hablar sobre lo que le sucede.

En el proceso de admisión, K comienza a relatar las dificultades que se le presentan en relación a los vínculos con los otros de su vida. Por otro lado, la paciente refiere padecer de variaciones en su estado de ánimo, en tanto le generan malestar y verg□enza, a la vez que contribuyen a la dificultad que representa el contacto con los otros para ella. Estas dos cuestiones son recortadas como motivo de consulta a trabajar durante el tratamiento.

En relación a sus antecedentes, K menciona haber realizado tratamiento psicológico a los 19 años, motivado por un intento de suicidio por parte de su madre; y psiquiátrico a partir de los 23 años, momento en el cual transcurría el puerperio de su primera hija. Durante este último periodo, la paciente sufre una descompensación psicótica caracterizada por la presencia de alucinaciones auditivas complejas de carácter injuriante y de mandato, que le ordenaban que mate a la niña. Comenta haber tenido ideación de muerte durante este episodio, debido a que las voces no cesaban. Frente a esto, menciona que intentaba no estar a solas con su hija, ya que en ese momento las mismas recrudecían. Solía dejarla con su marido o inclusive llevarla a su lugar de trabajo para que esté en contacto con otra gente. Refiere haber vivido dicho embarazo con mucha angustia y no haber podido *"conectar"* nunca con su hija. Dicho episodio generó ideas de culpa en relación a su maternidad, las cuales persisten hasta la actualidad. Frente a este tormento, la religión y la iglesia parecerían haber sido un recurso fundamental para la paciente en aquel entonces, ya que las mismas le oficiaban de cierto orden en su vida, sancionando aquello que se debe o no hacer y aquello que resulta un *pecado mortal.*

Variaciones en el estado de ánimo: De la risa al llanto.

La paciente comenta que hace muchos años oscila entre épocas de *"sentirse muy bien, estar*

[A] Lic. en psicologia. Egresada de la Universidad Catolica Argentina. Residente de segundo año del servicio de salud mental del Hospital Piñero. CABA. Argentina. carolina.fiorentino92@gmail.co

con energía y emprender proyectos" y épocas de sentirse *"sin ganas de hacer nada"*, no pudiendo llevar a cabo los proyectos que planifica previamente. A su vez, manifiesta tener variaciones del ánimo en un mismo momento, pasando así, de la risa al llanto en cuestión de segundos. Refiere que esto suele ocurrir de manera disruptiva, en presencia de su familia y en contextos inusuales como en misa o en la calle, sin poder atribuir una causa que motive estos cambios. Refiere: *"No se porque me pasa esto, solo sé que es raro y es desmedido*". Manifiesta sentir vergüenza al respecto, mencionando que dichas oscilaciones atentan contra la imagen que ella, con mucho esfuerzo, construye para el afuera. Siente temor de que los demás puedan darse cuenta y así notar que *"hay algo raro con ella"*.

En los primeros meses del tratamiento, la presentación del cuadro da cuenta de un estado melancólico, en el que su ánimo es lábil pero con predominio de la esfera displacentera. Asimismo, la paciente aqueja un malestar general tanto físico como psíquico, desinterés por las tareas habituales, descuido por el aseo personal, ideas de culpa y una repulsión a cualquier alimento por temor a que *le caiga mal*. También refiere dormir la mayor parte del dia: *"No tengo ganas de nada, bajo la persiana y duermo".* Las entrevistas transcurren bajo un relato colmado de sentimientos de culpa en relación a la maternidad, pesimismo e incluso ideas de muerte como una posible salida para aliviarse de tanto sufrimiento.

Desde el discurso psicoanalítico, Nieves Soria toma el texto freudiano de "Duelo y Melancolía" para definir al duelo como *"una reacción frente a la pérdida"* en donde el sujeto siempre sabe qué es lo que está duelando. En cambio, en la melancolía resulta difícil situar cuál es la pérdida que provocó el desencadenamiento. Freud la teoriza como "*Una pérdida de objeto sustraída de la conciencia, a diferencia del duelo, en el cual no hay nada inconsciente en lo que atañe a la pérdida"*. (Soria, N. 2017. p.15). Dicha pérdida no conocida por el sujeto conlleva un trabajo interior que provocará la inhibición característica del cuadro.

Este trabajo es similar al del duelo, pero, a diferencia del mismo, no tiene fin. Para explicarlo, la autora se vale del modelo del dolor físico, en el que toda la energía del sujeto está recogida en el lugar del dolor, no quedando disponible para ninguna otra investidura y es por esto que se torna un trabajo imposible de terminar. Otra diferencia fundamental entre el duelo y la melancolía es que, para el primero, el mundo se vuelve "*pobre y vacío"*, mientras que en la melancolía, dicho empobrecimiento le ocurre al yo. De allí los síntomas que podemos situar en K: Insomnio, repulsión del alimento y "*un desfallecimiento en extremo asombroso psicológicamente, de la pulsión que compele a todos los seres vivos a aferrarse a la vida".* (Soria, N. 2017. p.28).

Es la función falica la que posibilita al sujeto aferrarse y dar sentido a su vida. En la melancolía, esta función se encuentra ausente. La mencionada autora propone la siguiente distinción: en el duelo hay una pérdida, que se transforma en una falta que se articula con el deseo. En la melancolía, esto no sucede. Al desconocer lo que perdió, el melancólico no puede tratar la pérdida por la vía de la falta, por lo que en ese lugar se hace presente un agujero. Al respecto dice: *"Tiendo a ubicar la melancolía, en un sentido amplio, del lado de la psicosis, simplemente por el hecho de que no es una neurosis, pero considero necesario formalizar con más claridad el estatuto de la melancolía, ya que no tiene nada que ver con las psicosis de la gama esquizofrenia-paranoia, en particular por la ausencia de fenómenos de retorno del significante del Nombre del Padre en lo real, tales como las perturbaciones del lenguaje, la significación enigmática, etc."* (Soria, N. 2017, P.23). Sin embargo, autores como Julieta De Battista (2015) consideran que es posible articular un deseo en la psicosis a partir de ubicar una falta en el Otro, en transferencia, que les concierna. Esto parece instaurar una regulación diferente a la de la referencia metafórica al padre, que habilita una manera posible de pensar los cambios de posición de los psicóticos en un tratamiento analítico.

Al cabo de unos meses, K llega al consultorio con otra presentación. Viste otra ropa, muy distinta a la ropa deportiva con la cual solía concurrir a las entrevistas, su rostro está maquillado y su ánimo expansivo. Refiere haber estado durmiendo poco, haciendo mucha gimnasia, limpiando su casa en profundidad y haciendo compras. Manifiesta que el pensamiento le va rápido y que está

pensando en hacer varias cosas a la vez. Sobre el final de la sesión, relata que hace diez días ha discontinuado la medicación y que se siente mucho mejor. Dice: *"No me cuestiono porque estoy bien, Dios me puso a prueba y superé el mal trago. Ya estaba a punto de rendirme"*. Mi intervención consiste, en una primera instancia, en conjunto con su médico tratante, en apuntalarla en la adherencia a lo farmacológico. En un segundo momento, me planteo cómo realizar un abordaje diferenciado desde el psicoanálisis. ¿De qué modo intervenir para que mi respuesta no se le vuelva una sanción de un Otro completo que todo lo sabe, pero a su vez poder ubicar las coordenadas que precipitaron en el episodio melancólico transcurrido?

Collete Soler señala: "*La dificultad que se le plantea al análisis con el sujeto melancólico no se debe a los medicamentos, sino al rechazo del inconsciente. El psicoanálisis procede por elaboración y subjetivación. El rechazo del inconsciente se opone a esto, en la melancolía más radicalmente que en la paranoia (…)".* (Soler, C. 1991.p.43). Concretamente, con el término "*rechazo del inconsciente"* intenta referirse a que una vez transcurrido el episodio melancólico, el paciente no quiere pensar en él y menos aún hablar de él.

Luego de aceptar restituir su tratamiento psicofarmacológico, K se estabiliza, aunque no sin la presente predominancia de la esfera hipomaníaca en su estado de ánimo. Supervisión mediante, se inaugura una línea de trabajo posible. Esta consiste en adoptar un semblante amigable, en el cual ella reconoce cierto lugar, a partir de una posición de apertura "*solidaria de la posición de ignorancia"* (Belucci, G. 2014. p. 161). Sostenida en la transferencia, se habilita la construcción del registro de estas variaciones anímicas, apuntando a cierta subjetivación de las mismas. Es decir, que mediante la lectura de sus distintos estados de ánimo, ubicando qué es lo que la hace reír y que lo que la hace llorar; y a través de la comparación entre estos y otros episodios similares de su vida, se apunta a trazar una marca que redunde en un saldo de saber para ella. Un efecto posible, que a la vez da cuenta del alcance insuficiente de la palabra para la paciente, se puede observar cuando ésta decide diseñar un tatuaje que englobe sus estados de ánimo. Se tatúa la palabra "Faith", donde la la i tiene forma de punto y coma.

Sobre esto la paciente refiere *"Hay un después que tiene que ver con un antes, hay algo conectado y a la vez dividido" "Como en mi vida, tengo partes para contar y otras partes quisiera hacer una ilación pero no encuentro un hilo"*. Menciona que, al mirarlo, "recuerda y se amiga" con lo que le sucede. Este tatuaje posibilitaría *velar ese cuerpo muerto y habitarlo de manera animada.* (De battista, J. 2015. p.147).

Cuanto menos, mejor: el vínculo con los otros.

K comienza a desplegar la dificultad que respecta al vínculo con el otro. Si bien estas ideas ya figuraban en su relato, comienzan a aparecer con mayor intensidad una vez transcurrido el episodio melancólico. De este modo, la posición de desecho, con el predominio de ideas de autorreproche y culpa vira hacia el enojo e irritabilidad *"desmedidos"* que le generan el vincularse con los otros, situando allí una vertiente más paranoide. Dice: *"Ni me conocen, para qué quieren saber cómo estoy" "No quiero armar una conversación ni que nadie sepa de mi" "Es una falsedad que veo en todo el mundo, menos en los curas de la iglesia"* haciendo referencia a que estos últimos *tienen un interés genuino por ayudar,* a diferencia de la intención maliciosa que le supone al resto. A partir del trabajo de historización, se observa como se repite el mismo patrón en las distintas relaciones que la paciente mantuvo. *"Siempre me voy de los lugares a las puteadas, siempre termino peleada".* Como motivo principal de sus *enojos,* K. recorta el hecho de verse involucrada en situaciones en las cuales tiene que "*dar explicaciones"* a los demás de sus acciones, relacionando dichas cuestiones a la dificultad que le generan sus cambios en el estado de ánimo. Dice: *"No puedo planificar nada porque no sé cómo me voy a sentir en ese momento" "No quiero que me vean mal porque me van a preguntar que me pasa".* El enojo aparece así como respuesta a la cercanía e interés del Otro en ella, que es leída como una demanda a la cual no puede hacerle frente por cuestiones de estructura.

Frente a esto, la solución que ha podido construir es retirarse de la escena. En esta línea, la

orientación del tratamiento ha sido tomar estos recursos propios de la paciente para acompañarla en una lectura más mediatizada de la demanda del Otro. De este modo, ensayamos posibilidades de respuesta frente a lo que ella supone que le demanda el Otro con un simple *"¿Cómo estás?".* Una de ellas es contestar a modo *"adolescente"*, es decir, dar una respuesta breve para salir del paso. Mediante este tipo de respuestas se intenta dar signos puntuales de que no necesariamente es interpelada por una demanda a la cual está obligada a responder. También se le señala lo complejo que debe ser para ella sostener esta imagen para los otros, alojando las dificultades que la paciente presenta a la hora de vincularse.

Al respecto, Soler expresa: "*El analista no es otra cosa que un testigo. Esto es poco y es mucho, porque un testigo es un sujeto al que se supone no saber, no gozar y presenta por lo tanto un vacío en el que el sujeto podrá colocar su testimonio".* (Soler, C. 2014. p.10) La autora sostiene que en el trabajo con la psicosis, el analista debe abstenerse de responder al llamado de llenar para el sujeto, mediante dichos e imperativos, el vacío de la forclusión. Esto es condición para evitar que la transferencia pueda tomar un tinte persecutorio o erotómano.

Estas intervenciones a modo de semblante "amistoso", de no entendimiento sobre los alcances de las figuras persecutorias y de ignorancia sobre su ser, posibilitaron cierto alivio y establecieron algún corte con aquellas relaciones que se le vuelven dificultosas.

A partir de la intensificación de la faceta paranoide en K, comienzo a realizar una lectura posible del caso, ubicando dicha vertiente como una de las salidas posibles del estado melancólico. Al respecto, Julieta De Battista (2015), en su estudio acerca de las modificaciones en la posición subjetiva que pueden producirse, en ciertas condiciones y para la estructura psicótica, hace referencia a una oscilación entre momentos de mortificación y otros de salida de ese estado a través de una "pseudo-manía" o vía la persecución. Es posible observar en K ambos recursos como salida a la mortificación melancólica. Bajo un estado de ánimo expansivo y por la vía de la persecución, la paciente ubica el goce en el lugar del Otro, inaugurando una salida posible del lugar de desecho. Sobre esto, De Battista enuncia: *"Si la paranoia implica la identificación del goce en el lugar del Otro, la reversión melancólica en persecución conlleva cierta "mejoría" con respecto a la mortificación, en la medida en que el Otro se reconstituye como apoyo, y se vuelve entonces una manera de hacerlo existir".* (De Battista, J. 2015.p.156).

Reflexiones finales

Para concluir, podemos observar como el tratamiento con K viene a formalizar el trabajo de dos salidas posibles a la posición de objeto caído que implicaba su mortificación melancólica. Estas son la pseudo-manía y la vertiente paranoide, las cuales, a mi entender constituyen dos caras de una misma moneda.

Ahora bien, momentos más tarde en el tratamiento, K manifiesta la necesidad imperiosa de tatuarse distintas cosas que tengan que ver con sus variaciones del ánimo, realizándose así, tres tatuajes más. Esta solución que comenzó siendo operativa en su función de límite, como marca real en su cuerpo que intentaba introducir algún registro, terminó por infinitizarse en una suerte de metonimia sin corte. Me interrogo de qué manera es posible trabajar con K, las limitaciones que implica esta nueva respuesta con la cual intenta sostenerse.

Dichos interrogantes me convocan a continuar trabajando y repensando las temáticas mencionadas y el abordaje de las mismas desde una posición analitica. Se intenta dar cuenta del trabajo realizado desde una orientación posible, frente a la lectura de un caso singular, no sin mantener en tensión dicha posición a lo largo del tratamiento. Lo elaborado hasta aquí, refleja la necesidad de abordar las psicosis en su singularidad, dando lugar a la respuesta de cada sujeto frente al encuentro con lo real.

Bibliografía

Belucci, G. (2014) "La transferencia en las psicosis". Recuperado de: http://www.elsigma.com/hospitales/la-transferencia-en-las-psicosis/12733
De Battista, J. (2015) "La prueba por la melancolía" En: El deseo en la psicosis. Ed. Letra Viva.
Fernández, E. (2019) "Diagnosticar la psicosis". Ed. El megáfono.

Freud, S. (1917) "Duelo y Melancolía". Ed. Amorrortu.
Lacan, J (1958) "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis". En Escritos 2. Segunda edición, Ed. Siglo Veintiuno. Buenos Aires, 2015.
Lacan, J. (1962). Seminario X: La angustia. Ed. Paidós.
Polak, C. (2015) "Clínica De La Melancolía y La Manía". Recuperado de: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_2121.pdf
Soler, C. (2014) "Que lugar para el analista?" En: Estudios sobre las psicosis. Ed. Manantial
Soria, N. (2017) "Duelo, Melancolía y manía en la practica analítica" Ed. Del bucle.

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS: PRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS EN UN INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL UNIVERSITARIO. CORRIENTES-2021

Lorena Dos Santos [A], Maria T. Rocha [B], Maria M. González [C], Isabel Hartman [D], Daniel Morales [E]

Las benzodiacepinas (BZD) han estado disponibles desde la década de 1960 y desde entonces el número de nuevas BZD introducidas al mercado farmacológico no ha parado de crecer. Son ampliamente utilizadas en el tratamiento de varias enfermedades pero en estos últimos años, existe a nivel mundial, una creciente preocupación por su uso indebido (1).

Un estudio reciente, realizado en los EE.UU. ha demostrado que el 12,6% de adultos (unos 30,6 millones de habitantes) la utilizaron entre 2015 y 2016, y un 2,2% reconocieron un uso inadecuado de las mismas (2). Entre los adolescentes y adultos las BZD son el tercer fármaco recetado o sin receta que se consume con mayor frecuencia en los EE. UU. (3), y durante las últimas décadas, su uso ha aumentado enormemente, de igual manera aumentó la cantidad obtenida de 1,1 kg a 3,6 kg equivalentes de lorazepam por 100.000 adultos (4).

Las Naciones Unidas informan que su uso no médico representa un problema de salud pública cada vez más extendido durante la pandemia ya que su magnitud es difícil de estimar, principalmente debido a la falta de monitoreo y recolección de datos en la mayoría de los países (5). Este patrón de uso indebido se asocia con un riesgo elevado de consecuencias graves para la salud como el abuso, la dependencia y hasta sobredosis fatal.

Desde 1984, un total de 36 benzodiazepinas se han sometido a control internacional bajo la Convención de Sustancias Psicotrópicas de 1971 de las Naciones Unidas. El diazepam, el lorazepam y el midazolam, se encuentran actualmente incluidos en Listado de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (6), como medicamentos que son útiles y eficaces para un importante número de patologías y que deberían estar accesibles para la población. El problema con este grupo subyace en la sobreutilización y sobreprescripción que se realiza con ellos, pero bien utilizados pueden ser seguros y eficaces, y ayudar a los pacientes a sobrellevar su padecimiento.

[A] *Médica Psiquiatra. Dra. de la UBA en Farmacología. Prof. Titular Cátedra de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. PI: 18I001. Corrientes. Argentina. lorenatirabosco@gmail.com*
[B] *Dra. en Odontología Universidad Nacional de Córdoba. Prof. Adjunta Cátedra de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes. Argentina. trissirocha@gmail.com*
[C] *Prof. Titular de Estomatología. Facultad de Odontología. Delegada Rectoral del Instituto de Servicios Sociales de la Universidad Nacional del Nordeste. Dra. en Odontología. Corrientes. Argentina. farmacologia@med.unne.edu.ar*
[D] *Mag. en Terapéutica Farmacología. Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Medicina y Prof. Adjunta de la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Ciencias Exactas. Corrientes. Argentina. ihartman@gmail.com*
[E] *Mag. en Terapéutica Farmacología. Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Medicina. Corrientes. Argentina.smorales@med.unne.edu.ar*

En este estudio, nos propusimos como objetivo describir la prescripción de BZD en un Instituto de Servicios Sociales de una universidad nacional.

Materiales y métodos:

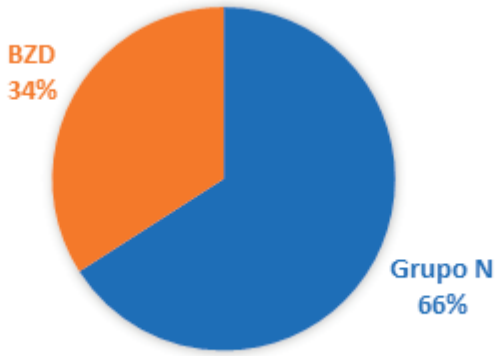
Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal, Estudio de Utilización de Medicamentos (EUM) del tipo prescripción. Se analizaron todas las dispensas ambulatorias de BZD durante los meses de Enero a Junio de 2021. Se siguieron las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [7] para la realización de EUM. Se utilizó la Clasificación Anatomo-Terapéutica de los Medicamentos (ATC-2020), para la clasificación cuantitativa de los medicamentos. Inicialmente se seleccionaron todas las prescripciones que incluyeron fármacos con acción sobre el sistema nervioso (Grupo N), luego se seleccionaron los subgrupos N05CD (Derivados de BZD) y N05CF (Relacionados con BZD). Para calcular las dosis diarias definidas (DDD) se dividió la cantidad de principio activo dispensado por la DDD del principio activo. Los valores de las DDD de cada principio activo son aceptados internacionalmente y se usan para comparar con el consumo de otros países. También se calculó la cantidad de DDD cada 1.000 habitantes-día (DHD). En ambos casos se excluyeron del análisis las combinaciones a dosis fijas de BZD.

La DDD de Clonazepam de 8 mg (como anticonvulsivante), fue adaptada a dosis no antiepiléptica a 1 mg/día [8]. Los datos fueron cargados y posteriormente analizados en la planilla de cálculo Excel, mediante estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados:

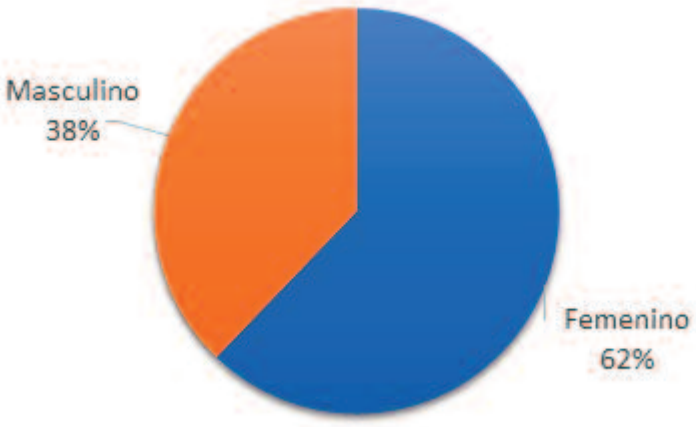
Se prescribieron 5.139 medicamentos del Grupo N, un total de 2.655 fueron BZD (Gráfico 1)

Gráfico 1: Porcentaje de BZD prescriptas



En relación al sexo, 1.651 se correspondieron al sexo femenino (Gráfico 2).

Gráfico 2: Prescripción de BZD según sexo



Edad: mediana: 57, media: 55 (DS+/-19,7).

En total se prescribieron 122.333 DDDs de BZD, distribuidas por grupo etario se pueden observar en el Gráfico 3.

Gráfico 3: Número de DDDs prescriptas según grupo etario



El 42% del total de las prescripciones se realizó en pacientes de 60 o más años.

Las principales BZD y agentes relacionados más frecuentes y sus respectivas DDD y DHD se observan en la tabla siguiente:

BZD	DDD en mg.	Envases	DDD totales	DHD
Clonazepam	* 1	1.181	61.105	87,5
Alprazolam	1	802	40.087	57,4
Lorazepam	2,5	136	5.374	77
Diazepam	10	94	3.895	55,8
Zolpidem	10	273	7770	111

Tabla 1. Dispensa de BZD – 2021- Primer semestre
*Dosis calculada como ansiolítico

Clonazepam y Alprazolam constituyeron el 76% de las prescripciones. En la Tabla 2 se observa el tipo de BZD prescripta discriminada por rango etario.

Rango etario (años)	N° de afiliados	BZD más prescriptas según edad	
		Alprazolam	Clonazepam
40 a 49	508	20%	39,7%
50 a 59	764	33,5%	46,5%
60 a 69	731	34%	45%
70 a 79	281	35%	35,5%
≥80	66	47%	25%

Tabla 2. Tipo de BZD prescripta discriminada por rango etario– 2021- Primer semestre

Discusión y conclusiones:

Dentro del grupo de fármacos de acción sobre el sistema nervioso, las BZD fueron los agentes más frecuentemente prescriptos, y la mayoría se realizaron en mujeres sobre todo en mujeres

mayores, ambos datos son similares a los observados en otros estudios a nivel mundial [1, 9-10]. Mabel Burín [11], sostiene que la mayor prescripción de psicofármacos a mujeres puede explicarse desde la perspectiva de rol de género que tienen las mujeres, quienes deben cumplir múltiples roles, además del materno, el doméstico, y su combinación con el de trabajadora extra-doméstica. Un desborde emocional, por sobrecarga o conflicto de roles es percibido por sí mismas e incluso por quienes las rodean como un problema que las lleva a la consulta, y como resultado probablemente reciban un ansiolítico.

Cerca de la mitad de las prescripciones (42%) se realizaron en pacientes de 60 o más años, datos que coinciden con otro estudio realizado en España [12], donde se observó que el mayor consumo de BZD se observó en mayores de 65 años, especialmente en mujeres procedentes del medio urbano y la estratificación de la población por subgrupos de edad permitió observar en nuestro estudio, también una mayor prescripción de DDDs en pacientes entre 50 y 70 años. Un estudio realizado los Estados Unidos [10], demostró la elevada prescripción de BZD a personas mayores a pesar de los riesgos conocidos para este grupo. El 8,7% de pacientes entre 65 a 80 años consumía BZD, y el 31,4 % recibió BZD para uso prolongado, frente al 14,7 % de los usuarios de 18 a 35 años. En todos los grupos de edad, las mujeres tenían aproximadamente el doble de probabilidades que los hombres de recibir BZD. Entre las mujeres de 65 a 80 años, a 1 de cada 10 se le recetó uno de estos medicamentos, y casi un tercio recibieron recetas a largo plazo. El director del National Institute of Mental Health, concluyó que "estos nuevos datos revelan patrones preocupantes en la prescripción de benzodiazepinas para adultos mayores, y mujeres en particular".

En nuestro estudio, el Clonazepam y Alprazolam fueron las BZD más frecuentemente prescriptas y con DHD elevadas. La DHD del Clonazepam fue de 87,5 lo que significa que 87 personas de cada 1.000 fueron tratadas con la DDD de Clonazepam, una lectura similar debe realizarse con el Alprazolam. Estos datos contrastan con uno de los pocos estudios realizados sobre el tema en nuestro país [13], donde se demostró que la DHD de Clonazepam fue de 39,04 y de Alprazolam 19,98, cifras muy inferiores a las que nosotros observamos. Los datos recabados en nuestro estudio están más cercanos a otro trabajo realizado más recientemente por Cañás y col [14].

Observamos que, la prescripción de Alprazolam, en contraste con el Clonazepam, va aumentando con la edad, constituyendo casi la mitad de las prescripciones que reciben los pacientes de 80 o más años.

Este dato en particular resulta importante destacar, ya que hay estudios que demuestran que el elevado consumo de BZD en este grupo poblacional, predispone a la aparición de eventos adversos serios; a los ya sabidos efectos de dependencia y abstinencia, se agrega el impacto negativo en la función cognitiva, la asociación con accidentes de tráfico, caídas, fracturas de cadera y muerte secundaria [15,16]. Además, su uso crónico se ha asociado a demencia [17].

Si bien se ha promocionado su inocuidad en sobredosis, su administración no está exenta de riesgos, sus beneficios son limitados y sus riesgos considerables. Recientemente la Food and Drug Administration de los EEUU [18] actualizó el recuadro de advertencia para todos los medicamentos que contengan BZD, alertando sobre los riesgos de abuso, uso indebido, adicción, dependencia física y reacciones de abstinencia en todos los medicamentos de este grupo. Su administración para tratar la ansiedad y el insomnio debe constituir el último eslabón de una serie de medidas no farmacológicas previas, como la realización de actividad física regular y una adecuada psicoprofilaxis de sueño, o la implementación de medidas de relajación previas al sueño. Estos tratamientos alternativos, no farmacológicos, pueden ser mucho más eficaces y seguros a mediano y largo plazo.

Bibliografía

1. Kapil V, Green JL, Le Lait C, Wood DM, Dargan PI. Misuse of benzodiazepines and Z-drugs in the UK. Br J Psychiatry. 2014 Nov;205(5):407-8. doi: 10.1192/bjp.bp.114.149252. Epub 2014 Jul 24. PMID: 25061118.

2. Maust DT, Lin LA, Blow FC. Benzodiazepine Use and Misuse Among Adults in the United States. Psychiatr Serv. 2019 Feb 1; 70(2):97-106.

3. Johnston LD et al. Institute for Social Research, University of Michigan. Ann Arbor: [Jun;2021]. 2019. Monitoring the future

national survey results on drug use 1975-2018: overview, key findings on adolescent drug use.
4. Bachhuber MA, Hennessy S, Cunningham CO, Starrels JL. Am J Public Health. 2016;106:686–688.
5. United Nations Office on Drugs and Crime. Non-medical use of benzodiazepines: a growing threat to public health? 2017 Sept, Vol. 18 [Acceso, agosto 2021). Disponible en: https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_SMART_Update_2017_Vol_18.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. Listado de Medicamentos Esenciales. https://list.essentialmeds.org/
7. WHO Collaborating Centre for Drugs Satistics Methodology. Norwegian Institute of Public Health. ATC/DDD Index 2021. Disponible en https://www.whocc.no/atc_ddd_index/ Acceso: 20 Julio 2021
8. Kurko T, Saastamoinen LK, Tuulio-Henriksson A, Taiminen T, Tiihonen J, Airaksinen M, Hietala J. Trends in the long-term use of benzodiazepine anxiolytics and hypnotics: A national register study for 2006 to 2014. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2018 Jun;27(6):674-682. doi: 10.1002/pds.4551. Epub 2018 May 4. PMID: 29726630.
9. Kroll DS, Nieva HR, Barsky AJ, Linder JA. Benzodiazepines are Prescribed More Frequently to Patients Already at Risk for Benzodiazepine-Related Adverse Events in Primary Care. J Gen Intern Med. 2016;31(9):1027-1034.
10. National Institutes of Health. Despite risks, benzodiazepine use highest in older people. December 17, 2014.
11. Burín M. Género femenino y consumo abusivo de psicofármacos. Psicoanálisis, estudios feministas y género.Espacios Temáticos. Disponible en: https://www.psiconet.com
12. Bejarano Romero F, Piñol Moreso JL, Mora Gilabert N, Claver Luque P, Brull López N, Basora Gallisa J. Elevado consumo de benzodiacepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria Aten Primaria. 2008;40(12):617-621.
13. Quaglia Planas NB, Paciaroni J, Elías MM, Leiva M. Consumo de benzodiacepinas en una comuna de la región metropolitana de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina Aten Primaria. 2009;41(9):520-521. doi:10.1016/j.aprim.2008.12.008
14. Cañás M, Marin G, Urtasun M. Estudio de utilización de benzodiazepinas (BZD) en un seguro de salud provincial (IOMA) con 2 millones de beneficiarios, a partir de los datos de dispensa. 2019. Disponible en: http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2020/06/Libro-Resu%CC%81menes-Gapurmed-2019.pdf
15. Neves IT, Oliveira JSS, Fernandes MCC et al. Physicians' beliefs and attitudes about Benzodiazepines: a cross-sectional study. BMC Fam Pract 20, 71 (2019). https://doi.org/10.1186/s12875-019-0965-0
16. Gotzsche PC, Young AH, Crace J. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good?. BMJ 2015;350:h2435.
17. Billioti de Gage et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. BMJ 2014; 349 :g 5205.
18. FDA Drug Safety Communication. FDA requiring Boxed Warning updated to improve safe use of benzodiazepine drug class Includes potential for abuse, addiction, and other serious risks 9-3-2020.

EL DESEO MATERNO Y SU INCIDENCIA EN UN ANUDAMIENTO SUBJETIVO PROCLIVE AL PASAJE AL ACTO SUICIDA

Daniel Melamedoff [A], Benjamín Branca [B], Ivana Fuentes [C]

Introducción:

Este trabajo se enmarca en la investigación "La urgencia en salud mental en el hospital público en la república argentina" (U.B.A.C. y T. 2018-2021). Esta investigación tiene como objetivo caracterizar la población que consulta en urgencia, así como el modo de intervención y resolución frente a la misma en hospitales de la República Argentina y describir las características de la demanda en urgencia, así como el modo de intervención y resolución de la misma.

Los resultados tendrán como uso potencial proveer estrategias para el diseño de dispositivos que den respuestas eficaces para el tratamiento de las consultas de urgencia en Salud Mental.

Entendemos a la consulta de urgencia como aquella que se realiza sin cita previa, debido a que quien consulta, ya sea el paciente, quien lo trae, o quien dictaminó que se realice la consulta (un juez, por ejemplo) considera que el padecimiento requiere atención inmediata. Por urgencia sub-

[A] Psicólogo. Docente e investigador de la materia Clínica de la Urgencia de la UBA. Psicólogo en el Hospital Central de San Isidro. CABA. Argentina. danielmelamedoff@gmail.com
[B] Psicólogo. Docente e investigador de la materia Clínica de la Urgencia de la UBA. Psicólogo en el Hospital Central de San Isidro. CABA. Argentina. benjaminbranca@gmail.com
[C] Psicóloga de planta Hospital El Carmen Docente de la Residencia interdisciplinaria en Salud Mental investigadora de la materia Clínica de la Urgencia de la UBA. Mendoza. Argentina. vianafuentespsi@gmail.com

jetiva entenderemos a la que aparece en aquellos casos en que la misma compromete al sujeto en tanto este tiene una percepción íntima de que eso le concierne. Eso que concierne al sujeto puede ser totalmente diferente respecto de la demanda inicial que había motorizado la consulta y tiene un estatuto que va más allá de la opinión del profesional o de los profesionales intervinientes. (Sotelo 2012, pág. 6).

Dado que el 11,8% de las personas que integran la muestra de la investigación -UBACyT 2014-2017 "LA URGENCIA EN SALUD MENTAL EN EL PÚBLICO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES", Director: Sotelo, María Inés- que concurren a la guardia del hospital público presentan como motivo de consulta haber realizado un intento de suicidio, y que éstos en su mayoría forman parte de la categoría que homologamos al concepto de pasaje al acto, nos proponemos dilucidar la incidencia del deseo materno en anudamientos subjetivos proclives al pasaje al acto.

1. El Pasaje al acto como un momento de locura.

En trabajos anteriores hemos articulado el concepto del pasaje al acto al de locura, tal como lo trabaja Lacan en su enseñanza. En el pasaje al acto el sujeto articula una respuesta anticipada que elude la angustia correlativa a la castración. En este movimiento prescinde del pasaje por el Otro y de esta manera paga el precio de la locura por desconocerla. En Acerca de la causalidad psíquica Lacan plantea que:

> Toda resolución de esa discordancia [entre el Yo y el ser] mediante una coincidencia ilusoria de la realidad con el ideal resonaría hasta en las profundidades del nudo imaginario de la agresión suicida narcisista (Lacan 1946, 184).

Locura sería de este modo una homologación del yo y del ser en un intento de renegación de la pérdida constitutiva de goce donde el sujeto realiza una identificación al ideal S1 como significante que atrapa algo del goce y lo coagula, quedando el sujeto reducido a su condición de (S1/a). (Fuentes, Branca, Melamedoff, 2018).

2. Locura, nudo y toro

Lacan, en 1973, enlaza la elaboración de la locura en relación a la clínica borromea:

> ...yo anudo la libertad y la locura, donde digo que una no se concibe sin la otra lo que, desde luego, perturba porque igualmente ellos piensan de inmediato que yo digo que la libertad es la locura… (Lacan 1973-1974).

De este modo va situando a la locura en relación al momento en que se desarma una de las consistencias del nudo y se liberan las demás. Dice con respecto a esto en el seminario 21:

> (…) en esta ocasión deseo que observen que el interés de juntar así en el nudo borromiano, lo simbólico, y lo imaginario y lo real, es que (…) debe resultar de ello (…) que basta cortar uno cualquiera de esos redondeles de hilo para que los otros dos queden sueltos uno del otro. En otras palabras, si el caso es bueno, cuando a ustedes les falte uno de esos redondeles de hilo, ustedes deben volverse locos. (Lacan 1973-1974).

Lo contingente no alcanza para dar cuenta del ocasionamiento del pasaje al acto sino que dicha contingencia impacta en un punto específico de la estructura, señalando la debilidad de la estructura, que de otra manera hubiera sido imposible de leer.

En el Seminario 24 trabaja a partir de los toros, que vienen al lugar de sus tres registros, el anudamiento borromeo que ya venía desarrollando en su última enseñanza. Allí propone que las estructuras se desencadenan en cuanto son sometidas a diversos cortes. Ubica que, en un primer corte, el longitudinal, los tres registros se sueltan y se produce una "conmoción radical" (Schejtman 2013, pág. 222) de la estructura. Decimos radical ya que también afecta al cuarto en tanto sinthome que es, en el caso de la histeria, el amor al padre. En cambio con el corte transversal no se deshace la armadura del amor al padre, es decir que podemos atribuirla a impactos menos dramáticos. Este postulado nos permite acercarnos, a partir del abordaje nodal de los toros, a una clínica del pasaje al acto en la neurosis en donde en función del corte al que la estructura se enfrente, obtendremos diferentes resultados.

Schejtman (2013, pág. 222) propone una nueva estructura para ciertas histerias, en las que la

armadura del amor al padre se le realiza el agregado de dos agujeros. Por lo tanto ante un corte transversal también se sueltan todos los registros produciendo la conmoción radical que en la histeria clásica sólo deviene ante el corte longitudinal.

En función de esto es que proponemos que no solo el pasaje al acto dependerá del encuentro con una coyuntura dramática para ese sujeto, sino que ciertas estructuras más proclives a la locura histérica, son más plausibles de sufrir un desencadenamiento radical.

3. Incidencias del deseo materno

Nos preguntamos a qué se debe que se conformen dichas estructuras lábiles en relación a su armadura. Para abordarlo, situaremos la conceptualización que realiza Lacan sobre el deseo materno y su incidencia en la propensión al pasaje al acto suicida:

> "... en sujetos más o menos caracterizados por el hecho de haber sido niños no deseados. Incluso a medida que se articula mejor para ellos aquello que hará que se acerquen a su historia de sujeto, rehúsan cada vez más entrar en el juego. Quieren literalmente salir de él. No aceptan ser lo que son, no quieren saber nada de esta cadena significante en la que sólo a disgusto fueron admitidos por su madre". (Lacan, 1957-1958, 256).

Dado que para Lacan, en un potencial suicida nos encontramos con que en su estructuración como sujeto existe el correlato de haber sido admitido en ese deseo materno solo a disgusto, es que nos planteamos su incidencia.

El deseo materno en su condición primera toma al ser que adviene al mundo como a un objeto que con esta operación pasa de ser un desecho a obtener un valor libidinal (Barros 2018, 21). De esto dependerá en parte su sostenimiento de la escena en tanto semblante, dando cuenta de la operatividad de su fantasma.

En cuanto a la madre y su deseo, Barros sostiene que:

> Ella tiene una conexión más fuerte con la necesidad de ser amado, con la avidez de un deseo que nos aloje y nos rescate de la disolución. Es algo que tiene fundamento real, porque esta dimensión de objeto -objeto deseante de un deseo- constituye el núcleo del ser y es nuestra común condición. (Barros 2018, 22).

Lacan explica que el niño desea el deseo de la madre (Lacan, 1957-1958, 185, 265). Este deseo se torna en la única posibilidad desde donde sostenerse vivo, pero siempre desde el lado del enigma, con la respuesta fantasmática como defensa que hace nudo (Lacan, 1968-1969, 228). Esta respuesta se constituye a partir de ese real del deseo materno, y no es sin él.

4 Recorte clínico:

E ingresa por una cetoacidosis diabética tras colocarse 20 inyecciones de insulina para matarse. El pasaje al acto se sitúa luego de una discusión con su madre donde ella una vez más le dice que es una enferma, una mierda. "Es como una pendiente en la que no puedo dejar de caer y sólo me quiero morir, siento que no hay alternativas a eso".

La construcción del Otro del deseo materno la realiza sobre frases de su madre que dan cuenta de un cierto rechazo al embarazo en temprana edad del cual ella es producto y el asentimiento a traerla a la vida con altos montos de ambivalencia. Este poco de deseo que es suficiente para que sobreviva, y se construya un Otro que la desaloja, que la desea fuera, muerta. La hija no deseada por su madre y la identificación a la "mierda" la dejan pegada a ese ser de desecho que adquiere consistencia mortífera para E.

De lo trabajado con E aparece el significante culpa, se lo deslocaliza de la frase desplazándose a partir de allí a su propia culpa. Dirá que la madre le asigna la responsabilidad (culpa) de haberse casado con su padrastro para brindarle a ella un hogar y un padre, de su padre una historia muda, nada se sabe. De quien vino a remendar y a ocupar ese lugar dirá que es otro títere del capricho materno. Mantiene velada una historia donde denuncia a este por abuso. El lugar del padre queda esbozado, no totalmente articulado, no le pone el palo a la mamá cocodrilo y por lo tanto lo que allí pasa puede leerse del orden incestuoso. Su retracción a tal denuncia da cuenta de una cierta operatividad, aunque un tanto fallida de la función paterna.

La construcción que le permite ir restando consistencia a esta locura fantasmática la va parte de una elección vocacional de la cual dice "es lo único en la vida que realmente he elegido". Asirse desde allí le permite otro anudamiento menos rígido que al momento la sostiene y le permite soltar algo de las amarras a la locura de ser la mierda de la madre. Algo del deseo del analista la lleva hacia ese otro lugar, no consiente su certeza fantasmática y deja abierto el enigma en relación al ser.

Bibliografía:

Barros, M. La madre. Apuntes Lacanianos. 1ª ed. Buenos Aires, Grama Ediciones, 2018.
Fuentes, Branca, Melamedoff, LA LOCURA EN EL PASAJE AL ACTO, MEMORIAS X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Psicoanálisis, Tomo 1, Buenos Aires, Facultad de psicología UBA, 2018.
Lacan, J. (1946): "Acerca de la causalidad psíquica". En Escritos 1, Buenos Aires, Siglo XXI Editores Argentina, 2007, 151-190.
Lacan, J. (1957-1958). El Seminario 5: Las formaciones del Inconsciente. 1º ed. 15ª reimp. Buenos Aires, Paidós, 2016.
Lacan, J. (1966-1967). Clase del 8 de Marzo de 1967. En Seminario 14: La lógica del fantasma. Manuscrito inédito.
Lacan, J. (1968-1969). El Seminario 16: De un Otro al otro. 1º ed. 2ª reimp. Buenos Aires, Paidós, 2008.
Lacan, J. (1973-1974), El seminario. Libro 21: "Los no incautos yerran", inédito.
Lacan, J. (1974-1975), El seminario. Libro 22: "RSI", inédito.
Lacan, J. (1976-1977), El seminario 24: "L'insu que sait de l'une-bevue s'aile a mourre", inédito.
Schejtman, F., "Sinthome: Ensayos de clínica psicoanalítica nodal", Buenos Aires, Grama, 2013.
Sotelo, M. I., La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia, en La urgencia generalizada, Buenos Aires, Grama, 2004.
Sotelo, M. I., Clínica de la urgencia. Buenos Aires, JVE Editores, 2007.
Sotelo, M. I., (2009a), Perspectivas de la clínica de la urgencia, Buenos Aires, Grama, 2009.
Sotelo, M. I., (2009b), Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista, Buenos Aires, JCE Ediciones, 2009.
Sotelo, M. I., Aportes del Psicoanálisis en el diseño de dispositivos para alojar urgencias subjetivas. Tesis de Doctorado. (Director: P. Fridman). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2012.
Sotelo, M. I., DATUS: Dispositivo Analítico para Tratamiento de Urgencias Subjetivas, Buenos Aires, Grama, 2015.

COMPENSACIÓN ESQUIZOFRÉNICA, DELIRIO PARAFRÉNICO: DOS RESPUESTAS POSIBLES A LA ENCRUCIJADA DEL AMOR EN LA PSICOSIS

Nora Cecilia Carbone [A], Gaston Piazze [B]

Introducción

En su conferencia en la Universidad de Yale, Lacan afirma: "(...) llegué a la medicina porque tenía la sospecha de que las relaciones entre hombre y mujer desempeñaban un papel determinante en (sus) síntomas. Eso me empujó progresivamente hacia aquellos que no han tenido éxito en eso, porque puede decirse, por cierto, que la psicosis es una especie de quiebre en lo tocante al cumplimiento de lo que se llama amor" (Lacan, 1975). La frase, desesperanzadora, invita a preguntarse, en cada caso, por las circunstancias que hacen del amor un "desarreglo" para quienes rechazan el saber del inconsciente. Pero también abre las puertas para pensar la estructura y la función de "arreglo" de ciertas respuestas subjetivas psicóticas al *impasse* en este tipo de lazo social. Es lo que sucede con Manuel y con Hilda, que atestiguan, como veremos, ambas vertientes de la vida amorosa.

[A] Lic. en Psicología, Especialista en clínica Psicoanalítica de adultos . Prof. Adjunta Psicopatología I UNLP, Supervisora O N y A de la Pcia. de Bs. As. , Ex Jefa de Residentes de Psicología Hptal. de Niños de La Plata. La Plata. Argentina. gastonpablo1964@yahoo.com.ar
[B] Médico Esp. Psiquiatría Infanto-Juvenil. JTP Psicopatología I & 2 UNLP, Supervisor O N y A de la Pcia. de Bs. As., Ex Jefe de Residentes de Psiquiatría del Hptal. de Niños de La Plata. La Plata. Argentina. gastonpablo1964@yahoo.com.ar

Del estrago del amor al "pensamiento espacial"

Manuel, un joven de 17 años que se encuentra internado en un instituto para menores en conflicto con la ley penal, relata el acontecimiento biográfico que precipitó su entrada en la psicosis: meses atrás conoció a una chica, con quien inició un noviazgo formal. Ya había tenido otras relaciones amorosas, pero este encuentro fue diferente. Tanto es así que decidió, por primera vez, presentarla a su madre, quien hizo un comentario negativo sobre la susodicha. La intrusión de un elemento no simbolizado, como "Un-padre" en posición tercera que interfiere en la pareja imaginaria *a-a'*, constituye, para este sujeto, la coyuntura dramática que propicia el desencadenamiento de su catástrofe subjetiva: a partir de allí, la descalificación materna retorna en lo real bajo la forma de provocaciones y comentarios insidiosos sobre su vida amorosa por parte de conocidos y desconocidos. Los dichos del prójimo adquieren carácter premonitorio, ya que le anuncian -como un superyó sin amarre simbólico- su funesto destino de encierro. A estos fenómenos paranoides se suma la emergencia de alucinaciones auditivas y cenestésicas, y una experiencia de desdoblamiento de la propia voz, que imprimen a la presentación clínica de Manuel un sello indiscutiblemente esquizofrénico.

El vínculo con la novia no prospera. Ella decide interrumpirlo y comienza, en el muchacho, un camino que lo conduce desde la perplejidad hasta el aplanamiento afectivo y la desorganización del yo. De golpe, todos sus recuerdos y los sentimientos ligados a ellos "desaparecen" literalmente, en un nítido ejemplo de lo que De Clérambault consideraba una de las expresiones del automatismo mental: el "vaciamiento mudo de los recuerdos". Como bien lo señala Lacan, la *Verwerfung* provoca aquí un puro y simple agujero en el lugar del Otro, con su correspondiente en el lugar de la significación fálica.

Un día, escucha que un compañero menciona, al azar, el nombre de su amada. Desde entonces, los sentimientos retornan de manera desgajada y sin atribución subjetiva, al punto de que el joven debe escribirlos para poder apropiárselos. Surge entonces la pregunta "¿quién era ella?, ¿quién me puede decir cómo era?". Y de ahí, se desliza a un "¿quién soy yo?", que pone sobre el tapete el transitivismo característico de la regresión tópica al estadio del espejo.

El mal encuentro de nuestro adolescente con el Otro amoroso es, parafraseando a Lacan, una forma del amor-*quiebre*. Como destaca Jacques-Alain Miller en su artículo "Los laberintos del amor" (1992), para que este vínculo sea posible, el objeto amoroso tiene que estar situado al mismo tiempo en el plano del deseo, en el de la demanda y en el de la pulsión. Eso supone que tenga la significación del falo, el valor del A barrado y el de *a,* de forma que amar sea desear, sea demanda de ser amado y sea querer gozar. En este caso, la carencia fálica afecta profundamente esos tres aspectos y entonces, el movimiento deseante se detiene, el Otro sin falla retorna como una mortífera demanda superyoica en lo real, y la no extracción del objeto *a* se expresa en un goce desamarrado que afecta tanto al cuerpo como a los objetos de la realidad, devenidos persecutorios.

Al desarreglo provocado en la juntura más íntima del impulso vital le sucede un esfuerzo del sujeto para reorganizar su yo y volver posible la existencia. La solución encontrada por Manuel frente a los estragos del amor adopta la modalidad de lo que el fenomenólogo Eugenio Minkowski describía, en su texto sobre la esquizofrenia, en términos de "racionalismo y geometrismo mórbidos". En su celda, solo, Manuel comienza a "hacer proyectos": "estoy aprendiendo idiomas, ya aprendí a hacer el cubo de Rubik, me estoy preparando para el dibujo (...). Pide un tablero para hacer planos y se dedica a diagramar un viaje, en el que desfilan, metonímicamente, casi todos los países del mapa. Su interés por las lenguas extranjeras no tiene intención comunicativa; el joven sólo aprende la fonética de las vocales y la pronunciación de palabras sueltas. Hace un cronograma sobre sus actividades, en el que distribuye minuciosamente desde el ejercicio físico hasta "comer y relajarse". El recurso a los factores racionales hipertrofiados tiene un efecto "compensador", que se verifica en la posibilidad de volver a anclarse a la vida, localizando un goce que anteriormente invadía/abandonaba el cuerpo o se presentificaba en las figuras intrusivas de sus semejantes. Goce solitario, no obstante, y obtenido al precio de una renuncia a todos sus vínculos

amorosos -de pareja, de amistad y familiares-. Tal como declara, tajantemente, "estoy muy ocupado; de los sentimientos, mejor no hablar".

La "diosa del amor"

Hilda, una mujer de mediana edad, se encuentra internada una vez más en el hospital psiquiátrico porque, según le han dicho los médicos, es "bipolar". La exaltación y la fuga de ideas que presenta hacen difícil situar con claridad los motivos de la actual internación y las coordenadas del desencadenamiento de su psicosis clínica. De su discurso desordenado se desprende que fue internada por primera vez a los 18 años, por una ideación paranoide que la llevaba a enfrentarse con algunas personas de su entorno.

En el amor no ha tenido suerte. Guillermo, el padre de sus hijos, la internaba "sin razón", "con mentiras", y Luis, su concubino durante 11 años, "perturbó su sendero", amenazándola con quitarle la vida si no volvía a su lado. Por otra parte, "una mina" -a quien se refiere de un modo que deja entrever el rasgo homosexual de la relación que las unía- le "cagó la existencia" al acusarla de robarle un anillo. La imposibilidad de realizar una metáfora del amor que articule demanda, deseo y goce tiene, como contracara feroz, la multiplicación de personajes que no hacen sino decepcionarla y que le demuestran, a cada paso, que sólo quieren su mal.

La elaboración paranoica es, a pesar de todo, un intento de solución al desastre subjetivo propio de la posición psicótica de esta mujer. Si el objeto amoroso no ha tenido, para Hilda, la valía de *a* que le hubiera permitido convertirlo en "amable" y gozar con él, al menos ha condensado temporariamente el exceso, que le vuelve con un límite en la figura de los amantes perseguidores. Solución endeble, debe decirse, porque no alcanza a estabilizarla: no sólo le depara sufrimientos que la conducen inevitablemente al neuropsiquiátrico, sino que, además, resulta insostenible en el tiempo y, como se apreciará a continuación, da lugar a un retorno mucho más dramático del goce, que se expresa de allí en más en el cuerpo.

Hilda revela los "tormentos" que la aquejaron el último año: Dios-Satanás le pasaba "pornografía por los ojos" (...) "Se me cerraba y se me abría el cráneo (...) se me transformaban, se me cambiaban los ojos, una nariz". El fracaso del precario ordenamiento paranoico que le había permitido localizar el plus pulsional trocando el amor imposible por el odio de los amados, da paso a una experiencia alucinatoria insoportablemente invasiva. Allí donde no ha operado la excepción paterna que cierra en un conjunto el goce corporal narcisístico, el cuerpo se ve afectado en su dimensión real, a nivel de los órganos, y se presenta entonces como pura dispersión.

Sin embargo, Hilda no se ha quedado allí. En la progresión del delirio se traslucirá su esfuerzo por erradicar el goce escandaloso tanto del cuerpo como de la realidad. Poco a poco, los semejantes dejan de ser tan persecutorios y los "tormentos" son incluidos en el tramado delirante. Se trata ahora de sufrimientos que tuvo que soportar para llegar a la "realización"; tal el neologismo que emplea para expresar su futuro encuentro "con una mujer". "Estoy en la dulce espera de una convivencia con una mujer. Es diez mil veces mejor, para eso estoy determinada". Dice ser "la segunda Sandra Mihanovich", porque es "argentina y porque (le) gustan las mujeres". Los hombres la han "decepcionado", pero ya no lucha contra su maldad. Afirma que "se cortó", que ya no la excitan, y eso la ha llevado a apartarse de cualquier acercamiento sexual. Agrega que será Dios quien disponga el encuentro con esa mujer, anunciándoselo en sueños, y que cuando esto suceda, se transformará en una "niña joven", "la diosa del amor" y "el goce máximo (le) hará olvidar el dolor". Entonces, "cambiará el mundo" y ella, "la elegida" lo salvará del sufrimiento.

El trabajo subjetivo de Hilda muestra una solución que apunta a regular el goce por medio de su aceptación, en un proceso con el que obtiene un alivio de las experiencias primeras. Al cabo de la elaboración del delirio, el sujeto ya no está en fading bajo la cadena significante, sino que el acceso a su representación se efectúa sin resto a la manera de una identidad de excepción que se realizará de modo asintótico. Convertirse en la "diosa del amor" constituye una tentativa de establecer una posición tercera, que suple el lugar del Nombre del Padre ausente por la vía de la encarnación hiperbólica de *La* mujer que falta en el universo del discurso. Ideal femenino coagu-

lado que atempera el más allá del principio del placer pero que comporta una renuncia a las exigencias del amor en el plano de la *Wirklichkeit*, dado que implica un alejamiento de cualquier relación con un partenaire de carne y hueso.

Conclusión

Los casos formalizados han permitido cernir los resortes estructurales que volvieron intrusiva la experiencia amorosa de dos sujetos psicóticos. En ambos, la falta del elemento simbólico que posibilitaría su articulación en los tres registros redunda en un profundo desarreglo del cuerpo y del lazo social. Pero lejos de quedar anclados en el amor-*quiebre*, Manuel e Hilda despliegan un arreglo subjetivo que habilita una pacificación de los fenómenos perturbadores iniciales. El primero, a través de una compensación esquizofrénica racionalista que reorganiza su existencia desvitalizada; la segunda, mediante un delirio parafrénico que recuerda al amor extático del que hablaba Lacan en el Seminario III. Respuestas diferentes que tienen, no obstante, un saldo en común: la abdicación del vínculo amoroso efectivo con el otro.

Referencias bibliográficas

Lacan, J. (1975) "Conférences et entretiens dans des Universités nord-américaines", en Scilicet Nº 6/7, 24 de noviembre de 1975. (pp. 32-37). Editions du Seuil, 1976. Inédito en español.

MUSICOTERAPIA EN CUIDADOS PALIATIVOS.
ESPECIFICIDAD EN LA CLÍNICA DE ADULTOS Y PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS, AMENAZANTES Y/O LIMITANTES PARA LA VIDA

Valeria Casal Passion [A]

Incumbencias profesionales.

La musicoterapia en Argentina es una profesión de la salud, legalmente regulada por el Ministerio de la Salud de la Nación. En sus modalidades atencionales brinda su especificidad formando parte de equipos interdisciplinarios, entre ellos de cuidados paliativos. En ámbitos de salud, en personas de diversos grupos etarios y condiciones de salud o enfermedad, es el musicoterapeuta en Argentina el profesional habilitado a ejercer o intervenir a través de experiencias relacionadas con el sonido y la música.

Se considera ejercicio profesional de la musicoterapia, en función de los títulos obtenidos y del ámbito de su incumbencia, a la aplicación, investigación, evaluación y supervisión de técnicas y procedimientos en los que las experiencias con el sonido y la música operen como mediadores, facilitadores y organizadores de procesos saludables para las personas y su comunidad. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2015)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) se refirió al impacto de las artes en la salud. Los hallazgos de la investigación demostraron las potenciales implicancias de las artes en los determinantes de salud, en el desarrollo humano, en aspectos preventivos, de cuidado y de tratamiento de diversas enfermedades. A su vez es considerada Patrimonio Cultural Inmaterial de la humanidad por la Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2003).

Se le otorgan a la música cualidades relacionadas a su belleza, potencia de impacto en la salud

[A] Licenciada en Musicoterapia especializada en adultos y personas mayores. Musicoterapeuta Clínica USAL. Diplomada Superior en Bioética FLACSO. Docente Universitaria. Miembro Titular de la AASM. Miembro de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos. CABA. Argentina. valeria@saludenlazos.com.ar

de las personas, capacidades de alivio y beneficencia. Su uso es habitual en diferentes ámbitos comunitarios, pedagógicos y de salud, con diversas intenciones, ocasionalmente realizados por profesionales no musicoterapeutas, aficionados y voluntarios.

La música es objeto y producto estético, relacionada a la filogénesis y ontogénesis de lo humano. En sus usos culturales conforma el acervo cultural humano pero sus usos terapéuticos requieren consideraciones referidas a la especificidad clínica, incumbencia profesional y derecho a la salud.

En la intervención sonoro musical en el ámbito de la salud y particularmente en cuidados paliativos, especificidad clínica musicoterapéutica, tener en cuenta los contextos de fragilidad y la posible exposición a mayores capas de vulnerabilidad (Luna, 2008) es pertinente cuando se aborda lo humano desde un ejercicio ético profesional con perspectiva de derechos.

La atención paliativa.

La OMS (2002) define a los cuidados paliativos como: "la asistencia activa y total de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo". (Farías, Bertolino, Wenk2007, p.3). La atención paliativa se fundamenta en la medicina centrada en la persona y brinda intervenciones médicas y terapéuticas interdisciplinariamente a quienes padecen enfermedades crónicas amenazantes o limitantes para la vida. Estas intervenciones están dirigidas al paciente y su entorno, considerados como una unidad de tratamiento. La atención es integral y constante, se abordan los aspectos psicosociales, espirituales y físicos. Como objetivo de tratamiento se favorece al máximo la calidad de vida del paciente.

Si se pretende una atención desde una perspectiva de derechos es pertinente tener en cuenta el respeto por la dignidad de la persona, su autonomía, la toma de decisiones en relación a su propio cuerpo, proyecto vital, su mejor interés y convicciones. "La autonomía es, pues, el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional." (Kant, 1785). El respeto por la dignidad de la persona y su autonomía implican acciones que cumplan con ciertos requisitos. "Se trata de las acciones que son: 1) intencionales 2) con comprensión o conocimiento 3) sin influencia o control externo."

Frecuentemente las personas con condiciones crónicas complejas están expuestas a actos o intervenciones paternalistas. "El paternalismo sostiene que se puede (o se debe) actuar en contra de la voluntad de una persona, vulnerando así su autonomía, cuando se lo hace en beneficio de esa persona." (Farrell, 1996).

La atención centrada en la persona está basada en el derecho a la salud como derecho humano inalienable. A tal fin también es relevante considerar los principios de beneficencia, no maleficencia, respeto de la autonomía y justicia elaborados por Tom Beuchamp y James Childress. (Costa, 1996).

El proceso de consentimiento informado se corresponde con el principio de respeto por la autonomía. Éste implica la comprensión, la toma de decisión y autorización de tratamiento sin influencia externa, ateniéndose a la voluntad, intereses, convicciones, capacidad de dirigir el propio proyecto vital, la autodeterminación, derecho a la privacidad, confidencialidad y el reconocimiento de la igualdad de oportunidades. "La búsqueda de consentimiento de otros individuos antes de realizar acciones que los involucran directamente y que pueden afectarlos significativamente es sin duda un requerimiento fundamental si hemos de respetarlos como personas". (Costa, 1996).

En casos de incompetencia se requiere la figura de un subrogante o tutor. Es menester tener en cuenta las directivas anticipadas expresadas por el paciente verbalmente o a través de un testamento vital (esta figura no es frecuente en nuestra región) El criterio del mejor interés del paciente debe estar basado en las mejores decisiones para éste según su pronóstico, posibilidades, sus propias decisiones o las que haya expresado con anterioridad.

Musicoterapia en cuidados paliativos. Especificidad clínica.

Frecuentemente se reduce la experiencia sonoro musical como devenida del afuera, con características benéficas, aliviadora del dolor, plausible de ser medida en sus efectos. La música, en tanto objeto estético, no es en sí misma benéfica ni maléfica y tampoco posee carácter inocuo.

La utilización de ésta como herramienta es una práctica heterónoma que desoye la autonomía del sujeto y está basada en la intención externa (aunque posea intenciones benéficas) impulsada por los fines del efector, que resulta consecuentemente un acto paternalista.

"Sucede que las orejas no tienen párpados" (Quignard, p.66) y aquello audible que pretende ser escuchable fundamentado en el supuesto beneficio que otorga, puede implicar una práctica basada en la obediencia y ser iatrogénica. La utilización de instrumentos musicales o la audición musical está relacionada a la historicidad del sujeto, basados en la musicalidad fundante y formante de sus procesos identitarios.

Nuestra corporeidad, aquella que trasciende lo orgánico, simiente de nuestra existencia define lo humano desde la musicalidad que ha sido fundante.

La fonación deviene voz, el organismo deviene cuerpo, la visión se hace mirada y la audición se hace escucha, en la trama tejida durante los encuentros significativos. Desde un principio el lenguaje sonoro está involucrado en los intercambios subjetivantes. Los constituye, los conforma y los contornea. Es materia y envoltura del vínculo temprano. (Giacobone, 2018)

La musicalidad nos define como especie mientras la música es un rasgo o acervo cultural (Casal Passion, Giacobone, Luhía, 2019). Esta musicalidad, huella inscripta en la memoria, se reedita y actualiza en la vida adulta. La base de una intervención musicoterapéutica radica en la escucha.

Más allá de lo audible, la voz y el cuerpo son escuchables y cuando el dolor se presenta irrumpe, como evento disruptivo de la experiencia, en la existencia en su totalidad. El dolor es más allá de lo orgánico, el entramado entre cuerpo y psiquis y su relación con el mundo son el tiempo y el espacio del padecimiento, ámbitos para su escucha humanizante. Según Le Breton el dolor "no se reduce a una serie de mecanismos fisiológicos, concierne una persona singular inserta en una trama social, cultural, afectiva y marcada por su historia personal. No palidece el cuerpo, sino el individuo entero." (Le Breton, p.11)

Cuando el cuerpo como condición de la existencia se encuentra amenazado, el padecimiento es del sujeto en su totalidad, su mismidad y su integridad.

Es frecuente la búsqueda del sentido del dolor. "Dar un sentido a un dolor insondable es, por último, encontrarle y disponerle un lugar en el seno de la transferencia en donde podrá ser gritado, llorado y gastado a fuerza de lágrimas y de palabras" (Nasio, 1996). Pero este sentido y la verbalización no siempre son posibles. Habitamos un cuerpo, que a la vez nos habita, somos primero voz, luego cuerpo. La palabra advendrá posteriormente y será la voz la que le dará apoyatura. Las voces y los cuerpos son diversos, con multiplicidad y pluralidad en sus expresiones. La palabra no siempre es asequible y lo inasible puede dar lugar a lo imposible de ser dicho a través de ella. Aunque la palabra advenga, el musicoterapeuta se ubica a la escucha en una trama dialógica (intersonora y vinculante) y lo sonoro musical (con su musicalidad fundante de lo humano) y lo corporal serán el núcleo de lo expresivo. El musicoterapeuta se encuentra a la escucha de este decir, a su encuentro, otorgando espacio y tiempo a la búsqueda de su sentido. Pero no todo es traducible, y ocasionalmente el sentido es inhallable. Ejercer escucha es respetar un decir y donar oportunidad también al silencio. En el silencio los cuerpos también suenan, resuenan, silencio plagado de voces que no es privación sino derecho y resonancia.

El silencio, en efecto, debe entenderse aquí no sólo como una privación, sino como una disposición de resonancia: un poco –y hasta exactamente- como cuando, en una condición de silencio perfecto, uno oye resonar su propio cuerpo, su aliento, su corazón y toda su caverna retumbante. (Nancy. P.45).

La especificidad de la musicoterapia como proceso de tratamiento en cuidados paliativos conforma una práctica subjetivante en contextos de fragilidad, con perspectiva de derechos, lo que implica el respeto por la dignidad de la persona, su autonomía y derecho a la salud.

Referencias

Costa M.V. (1996). El concepto de autonomía en la ética médica. Problemas de fundamentación y aplicación. Perspectivas Bioéticas en las Américas. Año 1:2.

Farías, G., Bertolino, M., Wenk, R. (2006). Cuidados paliativos. Enfermedad y ética. Perspectivas Bioéticas. 11(20), primer semestre.
Farrell , M.D. (1996) Apresurando la propia muerte. Perspectivas Bioéticas en las Américas. Año 1: 1. Primer semestre. Pp.92- 99.
Giacobone, A. (2018): La Musicalidad del Jugar. Ponencia; V Encuentro Federal Forum Infancias. Buenos Aires.
Kant, I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres [traducción del alemán por Manuel García Morente] Cap. I.
Le Breton, D. El cuerpo herido. Identidades estalladas contemporáneas. Ed. Topía. P. 9.CABA 2017).
Ley Ejercicio Profesional de la Musicoterapia. (2015). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Art. 2.
Luna, F. (2008). Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. Jurisprudencia Argentina, IV, fascículo Nº 1, pp.: 60-67.
Nasio, J.D. (1996) El libro del dolor y del amor. Ed. Gedisa. Barcelona, España. P. 21-22.
Organización Mundial de la Salud (2019). ¿Cuál es la evidencia sobre el papel de las artes en la mejora de la salud y el bienestar? Una revisión del alcance.
Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2003). Convención para la salvaguardia del patrimonio cultural. Paris.

DEL TEMOR AL LAZO: UNA POSIBLE CLÍNICA CON ESQUIZOFRENIA

Octavio Bernstein [A]

En los momentos dramáticos siento temor a la calle

R. tiene 38 años y vive en un parador. Como antecedentes por salud mental refiere que su primer tratamiento fue en el Hospital Alvear en 2009 donde le dan el diagnóstico de Esquizofrenia. Comenta que en ese entonces acudió a tratamiento por alucinaciones auditivas simples, cierto retraimiento social e ideas de tinte paranoide en relación a la policía (*sentía que la policía me iba a arrestar*). En ese entonces no salía de su casa, tenía miedos a las multitudes y a los espacios abiertos. Este tratamiento duró 3 meses hasta que él lo abandona por *sentirme bien*.

R. queda en situación de calle en el 2020 cuando es desalojado de la casa donde vivió gran parte de su vida. Vivía con su madre quien falleció en 2012 y su abuela que murió en 2018. Estuvo un año viviendo solo, tiempo del que no puede ubicar muchos detalles y terminó siendo desalojado por no poder pagar el alquiler. En ese momento termina viviendo 3 días en una plaza hasta que un policía lo lleva a un parador. La experiencia de vivir en la calle la nombra como una tragedia. Este momento pareciera ser el del desencadenamiento del cuadro que presenta al llegar a la consulta.

Uno de sus primeros dichos en la entrevista de admisión es *tengo ciertas angustias, ciertos temores*. Temor a la calle, temor a una derivación, temor a volver a estar en situación de calle, temor hacia sus compañeros.

El padecimiento de R. se divide en tres aristas que él nombra como *alucinaciones visuales* que sufrió estando en situación de calle, un *pasado difuso* y su *imaginería violenta.*

En relación al primer punto de su padecimiento expresa *tengo miedo de volver a la calle por las alucinaciones visuales*, v*i sujetos estando en la calle.* Desde el comienzo R. ubica que necesita *averiguar qué me pasa, y por qué me pasa lo que me pasa*. Se pregunta por qué ve esto en la vía pública y por qué no puede permanecer solo en la calle. Dice *vengo aquí con el objetivo de una cura, es muy atemorizante ver a esta gente en la calle*.

Según Lacan (1956) el psicótico es un mártir o testigo del inconsciente. A diferencia del neurótico quien testimonia el inconsciente de forma encubierta, teniendo que realizarse un descifra-miento, en la psicosis se produce "un testimonio abierto, inmovilizado, dejando al psicótico en una posición que lo deja incapacitado para restaurar auténticamente el sentido de aquello de lo que da fe, y de compartirlo en el discurso de los otros" (p. 190).

[A] *Psicólogo recibido en la Universidad de Buenos Aires. Residente en Hospital Parmenio Piñero. CABA. Argentina. octaviobernstein@gmail.com*

En palabras de Soler en "Estudios sobre la psicosis": "el analista es llamado a suplir (...) el vacío súbitamente percibido de la forclusión. Demanda que el analista haga de oráculo y legisle para ella. Le ofrece el lugar de perseguidor, del que sabe y al mismo tiempo goza" (2014, p. 9).

Ante este pedido de responder desde un lugar de saber la posición en la que el analista se ubica es la de secretario del alienado. Esto implica proponer un vacío subjetivo, alguien que no sabe ni goza y donde el padeciente puede depositar su testimonio.

Esto supone un modo ético de posicionarse en la clínica, en tanto el analista se deja enseñar por la estructura y por la singularidad de quién habla. En este sentido, no habría intersubjetividad en el análisis, ya que, lejos de ser el analista quien detenta un saber, este se encuentra del lado del paciente. Resulta siempre orientadora la sugerencia de comenzar por no creer que comprendemos (Lacan, 1955-56).

En "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis", Lacan plantea que, para que un tratamiento de la misma sea posible es necesaria "la completa sumisión a las posiciones propiamente subjetivas del enfermo." (Lacan, 1958, p.516), es decir, para superar la reticencia del paciente y que se explicite su posición subjetiva es necesario no actuar como sujeto.

Es por esto que ante la búsqueda de respuestas se lo escucha y aloja, apuntando a armar cierta significación ante los fenómenos que tanto padecer le producen. Así, R. va armando los primeros esbozos de elaboración simbólica al referir que la causa de las alucinaciones visuales pueden *ser algo de satanismo* o *un mensaje religioso*. Ante esto se le pregunta cuál puede ser ese mensaje y dice que no sabe.

Tiempo después R. vuelve a traer el temor a vivir otra vez estas alucinaciones visuales y al conversar sobre esto dice *puede ser que haya consumido sustancias ilegales*. Comenta que estaba consumiendo cocaína y no podía dormir. Esta afirmación es puntuada y al devolvérsela se le sugiere que consumir y no poder dormir puede haber llevado a lo que vivió. Esta sugerencia parece aliviarlo y a partir de esta elaboración en transferencia este temor no vuelve a ser la temática central de las sesiones.

Tomando las conceptualizaciones de Fernández (2017), "es necesario preguntar, (...) mostrar que no entendemos, pero no siempre; hay momentos en que seguir preguntando deja al paciente sólo con su agujero y lo hace caer en él. Hay momentos en que es imprescindible apelar a una construcción" (p. 172).

Como propone Soler (2008) por medio de la transferencia y gracias a las intervenciones del analista, se logra un tratamiento posible de ese goce desregulado, de ese real en exceso, que se reduce hasta lo soportable por medio de la vía simbólica.

El trabajo en la psicosis implica un tratamiento de este padecimiento difícil de simbolizar. Desde la posición de secretario del alienado se orienta el tratamiento, y dicha posición se acompaña por intervenciones que apunten a acotar algo de ese padecer que tanto inquieta al sujeto.

Pasado difuso

En relación al segundo punto de su padecimiento R. dice *el pasado se me torna difuso, no sé qué ocurrió y qué no*. Dice que esto le pasa desde los 18-20 años. Comenta sobre una librería en la que no sabe si trabajó. Se acuerda detalles de lo que hacía y las personas con las que trabajaba pero no puede definir si esto ocurrió o no.

Por otra parte, los aspectos de su pasado que no se le vuelven difusos lo atormentan. Dice *me encuentro sumido en un pozo depresivo desde la muerte de mi abuela.*

Este *pasado difuso* y el recuerdo de sus familiares le implica un padecimiento que no puede poner en palabras. En distintas ocasiones en las que se apuntó a cierto trabajo de historización, respondió *me cuestan las palabras* o *no encuentro las palabras*. Esto llevó a la pregunta por el objetivo de la indagación en el pasado del paciente, si esto era necesario para orientar el tratamiento o si traía únicamente el efecto de acrecentamiento padeciente de R.

Alvarez en *Principios de una psicoterapia de la psicosis* advierte que "a fin de no vulnerar la defensa, hay que tener cuidado con ahondar en la historia subjetiva" (2020, p. 119).

Por otra parte, apuntando a algún tratamiento de este *pasado difuso* se puede hacer referencia a los aportes de Belucci en El tratamiento de la psicosis. Aquí ubica que una de las vertientes de la transferencia en la que se ubica el analista es la de semejante, apuntando a que el paciente pueda sostenerse en una relación imaginaria. (filia)

De este modo, a la inversa del trabajo con neurosis, quien debe sufrir una división subjetiva en el tratamiento con psicosis es el analista. Es así que en diferentes oportunidades las intervenciones apuntan a un barramiento del Otro encarnado en el analista. Mediante distintas intervenciones como por ejemplo decirle que "no me acuerdo lo que hice la semana pasada" cuando él habla del *pasado difuso*, se apunta a aliviar algo de este padecimiento desde un semblante de semejante amistoso en transferencia.

Imaginería violenta

Tengo una imaginería muy violenta, confundo realidad con ficción. R. Comenta que imagina que lleva a cabo actos violentos y después no sabe cómo comprobar si sucedieron o no. Dice *tengo miedo de perder el control*. Dice que esto le pasa casi todos los días, sobre todo en la calle. Comenta que tiene temores en la calle, siente que la gente se acerca y lo ataca. A su vez, dice *me asustan sus miradas.*

Ante este síntoma tan llamativo se presentan más preguntas que respuestas, ¿Cómo pensar esta *imaginería violenta*? ¿Cumple alguna función para R.? ¿Se la puede pensar como un intento de defensa ante el temor respecto a la presencia de los otros?

Respecto de esto, Alvarez (2020) habla de la locura como defensa, como recurso ante los avatares de la vida que el sujeto no puede enfrentar ¿Puede quizás pensarse entonces esta imaginería violenta como un intento de defenderse que no le es suficiente ya que lo lleva a sus entrevistas como algo perturbador y atemorizante?

En la entrevista de admisión R. comentó que le gustaba escribir. Es por esto que se toma lo comentado por el paciente y ante el continuo malestar que lo acompaña por presentar un pasado difuso, las alucinaciones visuales y la imaginería violenta, en una entrevista se le propone que escriba sobre esto que le sucede y que no puede significar. Se apunta con esta propuesta a cierto trabajo simbólico de ese real que a él tanto lo perturba. Tiempo después R refiere que escribir lo alivia y poco a poco deja de traer estos síntomas a nuestras entrevistas. Puede pensarse esto como cierto trabajo de sublimación que tiene como efecto una merma de padecimiento para R.

Soledad esquizofrénica y lazo

Desde el primer encuentro R. refiere *sentirse solo* desde el fallecimiento de su madre y su abuela. A su vez, comenta que *es difícil estar rodeado de gente desconocida*. Cuando empieza tratamiento no se relaciona con sus compañeros del parador y pasa la mayor parte del día en su habitación. Para Álvarez "La soledad extrema deriva de una incapacidad radical para hacer lazo social. (…) Una de las mayores tareas de la psicoterapia es hacer este temor menos intenso que el deseo de hacer contacto con otros seres humanos."(2020, p. 88). A su vez, esta soledad es la que puede llevar a quien la padece a acercarse a tratamiento y ser el impulso para el vínculo transferencial, apuntando a que quizás desde este lugar pueda ensayarse un modo de relacionarse con los otros.

Es así que escuchando este "sentirse solo" se le pregunta si hay algo de lo que le guste hablar y responde que le interesa la literatura y los deportes. Se le propone acercarse en situaciones que se sienta cómodo y a partir de temáticas que sean de su interés, y al mismo tiempo, durante las entrevistas se conversa sobre las lecturas que R. realiza.

Así, mediante el juego y los libros R. empieza a acercarse a sus compañeros. Juega al fútbol, un compañero le propone a R. que sea su profesor de inglés y jugar un campeonato de ping pong y participa de un taller de radio y literatura. Tiempo después, se vuelve a conversar sobre sus vínculos y comenta sobre algunos compañeros con los que tiene trato y ubica que esto lo hace no sentirse tan solo y le genera alivio.

Resulta pertinente aquí la referencia de Lacan (1958) en lo que respecta al concepto de *philia*,

entendiéndola en un sentido amplio, en el cual quedaría de lado el componente erótico del vínculo, es decir el pathos, posibilitando una relación de salida de su eje con el Gran Otro. Puede leerse en el caso trabajado que el analista interviene sancionando la importancia del lazo con pares, en lo que respecta al efecto que la soledad tiene en este paciente, interviniendo sobre este aspecto y acompañándolo en la delimitación de un espacio posible de intercambio con el otro. Asimismo, se puede inferir que como efecto de las intervenciones, en el transcurso del tratamiento el analista adviene al lugar de ser también "*quien lo acompaña*".

Reflexiones finales

A partir de lo trabajado, tanto de un recorrido de las conceptualizaciones teóricas como del caso clínico presentado se puede ubicar como constante en la obra de Lacan un posicionamiento ético en lo que supone a un analista en la práctica.

Tal como lo refiere, un psicoanálisis es la cura que se espera de un psicoanalista entendiendo que la posición y la ética son conceptos que se encuentran enlazados a lo largo de su obra, y que permiten, desde un marco de política orientar la dirección de un tratamiento, ineludibles para que este sea propiamente un tratamiento psicoanalítico.

A lo largo del escrito se apuntó a plantear una posible clínica del tratamiento con esquizofrenia, intentando delimitar un marco que abarque la posición del analista como la de secretario del alienado y desde un semblante amistoso, yendo al encuentro de alguien que se presenta como mártir del inconsciente. Los lineamientos propuestos permiten pensar en ciertos lineamientos generales, los cuales se verán puestos a prueba en el caso a caso y acorde a la singularidad de cada sujeto.

Referencias bibliográficas

Alvarez, J. M. (2020) Principios de una psicoterapia de la psicosis. España. Xoroi ediciones.
Belucci, G. (2015) El tratamiento en la Psicosis en El sujeto en la estructura. Bs. As. Letra Viva.
Fernandez, E. (2017) Algo es posible. Bs. As. El Megafono.
Lacan, J. (1956) Seminario 3. Buenos Aires. Paidos.
Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible a la Psicosis. En Escritos 2, Buenos Aires, Siglo XXI, 2002.
Soler, C. (2014) Estudios sobre las psicosis. Bs. As. Manantial.

LA CONSTRUCCIÓN DEL RECUERDO: UN MODO PARA PODER OLVIDAR

Carolina Zoppi [A]

Recorrido de una sobreviviente

Luana tiene 24 años y convive con su madre. A su vez, su familia está compuesta por un padre a quien la paciente casi no ve desde sus 5 años, tres hermanos con los que elige no hablar, y una hermana con quien mantiene un contacto ligeramente más cercano. Llega a consulta derivada por su psiquiatra tratante, debido al cierre de su tratamiento psicoterapéutico previo. Describe escenas de discusión y enojo con la psicóloga de ese entonces, quien ocupaba un lugar sobredimensionado en el tratamiento direccionando aquello que consideraba que su paciente debía hacer para "salir adelante". Luana, ante esto, decide irse con el registro de que esa línea de tratamiento configuraba un atropello para ella.

Desde que Luana se presenta a consulta se nombra a sí misma como una sobreviviente. Relata a lo largo de los encuentros diversas circunstancias de vida que, en cuanto acontecimientos, han

[A] *Psicóloga licenciada en la Universidad de Buenos Aires. Residente del Hospital Parmenio Piñero. CABA. Argentina. carozoppi@gmail.com*

devenido traumáticos. Abusos intrafamiliares perpetrados en la infancia sin nadie que los nombre ni los sancione, por lo que la paciente pone en duda si efectivamente ocurrieron. Ante esto, asume una clara posición: la de no hablar sobre lo ocurrido, sentenciando que cuando necesitó una madre que la cuidase, no la tuvo. Hoy en día busca prescindir por completo del Otro, como la "garantía" de su supervivencia: su Otro se encarna en alguien que la lastima. A pesar de haber decidido no hablar, ubica que a partir de sus 13 años es su cuerpo el que comienza a hacerlo. Desde ese entonces, vivenció múltiples ataques de pánico que le impidieron por mucho tiempo salir de su casa. Antes de sus 13 años manifiesta no recordar, y aquellos pocos recuerdos que posee en su haber los define como malos — probable esfuerzo psíquico por desalojar todo lo ocurrido en sus primeros años de vida. Por esto, es posible pensar que su cuerpo más que hablar, grita. Cómo transformar el grito en llamado es un vector que empieza a ordenar el tratamiento.

Solo me queda sobrevivir, no hay vida para mi será una frase que acompañe el curso del tratamiento y que da cuenta de su posición ante el mundo. Fernando Ulloa en *La novela clínica psicoanalítica* (1995) plantea a la ternura como una instancia ética fundamental, constitutiva del psiquismo humano. En casos donde les cuidadores se apoderan del sujeto para su exclusiva descarga, fracasa rotundamente la instancia de la ternura, anulando al miramiento promotor de la autonomía y produciendo sujetos que el autor denomina como *sobrevivientes*. El sobreviviente se encuentra en las proximidades cotidianas de la muerte (p.179-180). En esta línea, la violencia sexual vivida por Luana atacó de manera directa a su sentimiento de existencia, quebrando la relación con el placer y con la experiencia de vida, dejándola en un umbral entre la vida y la muerte.

Así es como Luana se describe: sin vínculos, sin proyectos, con una presencia abrumadora de ideas de muerte y desesperanza que echan por tierra sus posibles intereses, y un cuerpo que se resquebraja en el andar. La fragilidad de su estructura resultaba evidente, por lo que la pregunta sobre cómo y desde qué lugar era posible intervenir se hizo inminente.

Trauma y cuerpo afectado

Para poder pensar en el presente caso clínico, es posible servirse de una serie de elaboraciones planteadas por Susana Toporosi en su libro *En carne viva. Abuso sexual infantojuvenil* (2018). La autora, junto a Silvia Bleichmar, define al abuso sexual infantil como la conducta de un adulto que, buscando la propia satisfacción, se adueña del cuerpo del niñe desubjetivándolo y volviéndolo objeto para el descargo pulsional (p.31). Toporosi se pregunta cómo elaborar que, cuando un adulto debiera ser quien cuide y proteja al niñe, sea este mismo quien lo ataque. Esto genera efectos arrasadores en la constitución del psiquismo, quedando lo "bueno" y lo "malo" completamente confundido (p.25). A su vez, propone pensar que, madres que han sido ellas mismas víctimas de abuso desmienten la posibilidad que aquello pudiera ocurrirle a sus hijes como mecanismo defensivo para mantener en silencio dicho acontecimiento. Surge entonces como hipótesis, la posibilidad de que la madre de Luana también estuviese atravesada por una historia de abuso, al pensar en cómo jamás se percató de lo que sucedía. Hipótesis que, en el curso del tratamiento, se corrobora. No se trata de "madres negligentes" sino de madres donde la imposibilidad de elaboración de sus propios traumas no les permite detectar indicios de abuso en sus hijes. Cabe destacar que, para elaborar psíquicamente tales hechos de violencia, debe haber un tejido social, cultural, político, y no solo psíquico, que lo habilite y lo acompañe.

A su vez, la autora reflexiona sobre la conceptualización del trauma en dos tiempos elaborada por Freud en 1895, lo cual resulta de utilidad para pensar el inicio de los ataques de pánico en Luana. En palabras de Toporosi, lo traumático es producto de un tiempo posterior en el que se recompone la relación entre dos acontecimientos que se articulan en una serie (2018, p.43). El primer ataque de pánico que experimenta Luana acontece en el colegio, cuando un compañero que gustaba de ella, y con quien el contacto era netamente virtual, decide aproximarse. Se ubica este momento como el segundo tiempo del trauma que genera un quiebre en la paciente, producto del despertar sexual de la pubertad. Allí, la mirada erotizada por parte de su compañero resignifica la intencionalidad del abusador y re-edita lo acaecido en su infancia, donde se inscribe el primer

tiempo del trauma. Esto da como respuesta la irrupción de los ataques de pánico. Desde ese entonces, dice presentar ideas de muerte, las cuales a lo largo del tratamiento pudieron ir nombrándose no tanto como un deseo de muerte en sí, sino como una posible salida ante la angustia masiva que se apodera de ella. Colette Soler en *Los afectos lacanianos* (2016) explica que la angustia es un momento de destitución subjetiva, es decir, la inminencia de reducirse a objeto, siendo esta destitución algo espontáneo, salvaje y que se reitera sin instruir de modo alguno al sujeto (p.33). Luana se describe a sí misma como una "montaña rusa de emociones", donde de un momento a otro puede encontrarse presa de un profundo malestar, sin poder anticipar ni modificar el curso de su sentir. En esa línea, Soler plantea que el sujeto presenta un sentimiento de "reducirse a su cuerpo", ser-ahí fuera de sentido. (p. 35). Luana, súbdita de ese cuerpo que la acecha con su malestar, se reduce a él y adviene el desconcierto de no comprender qué le pasa y por qué. Traducir de lo real a lo simbólico-imaginario lo que aparece desabonado del psiquismo en la paciente, es el trabajo del presente análisis, tan necesario como complejo.

El lugar del recuerdo

Pareciera ser que Luana jamás olvidó el acontecimiento traumático de su infancia. De hecho, es uno de los pocos "recuerdos" que trae de aquellos años. Un recuerdo que, en vez de posibilitar una trama y ligarse a otros, es más bien como una cosa en sí misma que le pesa y la extraña de sí. Poder olvidar, lo que habilitaría un recuerdo posterior, es un logro muy sofisticado del aparato psíquico, propio del mecanismo de la represión (Toporosi, 2018; p.48). Cuando el psiquismo atraviesa una escena que excede la capacidad de simbolización y tramitación, se produce una alteración en los modos de olvidar y recordar. Lo que aparece no es del orden del recuerdo como efecto de la represión, sino algo permanentemente presente que no se puede olvidar, y es lo que Freud llamó en *Más allá del principio de placer* reminiscencias. Lo que resultó traumático fue tan intenso que no pudo operar el mecanismo de la represión, por lo que suele tener una presencia abrumadora y compulsiva. Así, en lugar de la represión, el mecanismo que opera en estos casos es el de la disociación. Toporosi explica a dicho mecanismo como la operación de rechazo de un evento que impide al sujeto reconocer la realidad de la percepción traumatizante, provocando que tal evento quede por fuera de la cadena asociativa, amenazando como aparecer de manera inesperada.

En Luana, los fenómenos corporales, la sensación de extrañeza que por momentos aparece, la angustia masiva que se apodera de ella sin poder ubicar el motivo, parecieran ser formas de reminiscencia que se ven excluidas de la cadena asociativa. Son afectos que impresionan sin relato, sin historia, haciendo del pasado un presente perpetuo. Frente a su *no entender la causa*, suponer que existe un saber, es una apuesta. El trabajo de ligazón podría permitir olvidar, para que ello no tenga una presencia insoportable en tanto reminiscencia. En el marco del tratamiento, invitarla a asociar y a tomar la palabra produjo efectos, incluso un borde a ese malestar que inundaba.

Soportar para advenir soporte

Cierta vez, la paciente comenta haber tenido un sueño. Refiere que en el sueño le analista estaba de acuerdo con los dichos de su anterior psicóloga, respecto a que la paciente vive en la novela de su madre y, efectivamente, no hace nada por salir de ella. A partir de esto, ubica que su mayor miedo es que minimicen sus problemas. En este punto la paciente marca por dónde ir, por lo que se tomó en cuenta su advertencia transferencial. Cada inicio de sesión se asemejaba a un ritual, donde narraba de manera rigurosa cada afecto del cuerpo doliente. Ante esto, la escucha fue la principal posición del analista. Poder intervenir sobre el texto del relato quedaría a cuenta de un tiempo posterior. Así, la paciente describía mareos acompañados de un inminente sentimiento de desmayo, temblores en manos y piernas, adormecimiento de algún brazo, taquicardia. Era necesario este recorrido para poder hablar sobre alguna otra cuestión. El relato se hacía muy pesado, por momentos insoportable. Con el transcurrir de las sesiones, fue posible advertir Luana dice ser "una carga", a la par que describe escenas donde se hace expulsar por les otres. El Otro es alguien que lastima –que le tiene, también, lastima– que puede hacer daño. Esto, transferencialmente se pone en escena. Cargar al otro y hacerse expulsar como manera de probar quién

está del otro lado, cuánto puede quererla, tener una cuasi certeza de que al fin y al cabo será lastimada y desalojada, son posiciones en la transferencia que dan cuenta de ese clima denso que por momentos abrumaba.

Comenzó a tornarse evidente que alojar la carga del padecimiento resultaría necesario para que la cuestión pivoteara a *un soportar para ser soporte*. Fernando Ulloa (1995) plantea la estructura de demora como un aspecto esencial de la intervención analítica. Expresa que no se trata de suprimir el registro de los propios afectos o de la propia experiencia, tanto personal como clínica, sino de poder demorarlo. Demorar es lo que permite la emergencia de lo impensado, aquello que sólo el sujeto está en condiciones de advertir en sí mismo, siendo el analista quien habilita el terreno para que aquello tenga lugar. A menudo, en la clínica ocurre que la estructura de demora no opera y se propinan intervenciones que ahuyentan. En esos casos, quizás se trate de poder recalcular sobre los propios pasos.

En el caso de Luana, a pesar de las dificultades, fue posible un trabajo de historización y de puesta en palabras. Un acontecimiento particular marcó un antes y un después para este trabajo. Poco tiempo atrás, reaparece S., un ex-novio suyo, con quien presenta un historial de violencia y abuso. Luana relata un nuevo episodio, donde S. asiste a su casa y ejerce violencia sexual sobre ella. A partir de ello, el cuadro de la paciente empeora de manera significativa. Se recrudecen las ideas de muerte, incrementan los fenómenos corporales y, nuevamente, comienza a referir una sensación de extrañeza respecto de sí "no me siento yo" y respecto de su entorno "estoy en mi casa, y es como si no fuera mi casa". Es entonces cuando asocia tal sentimiento con la sensación de "inseguridad". Es posible pensar como tal sentimiento se conecta con la expresa inseguridad que manifiesta haber sentido a lo largo de su vida en su casa, que poco propia le resulta, re-actualizada con la aparición de S., quien la violenta nuevamente en ese espacio. En ese momento se construye la pregunta de si la sensación de extrañeza que había sido enunciada en múltiples sesiones hallaba un vínculo – y quizás la raíz misma – en su historia de violencia infantil, como emergencia de lo ominoso en el marco familiar.

A la par del recrudecimiento de sus síntomas, Luana manifiesta que la única forma de irse de su casa sería con S. En esta oportunidad se le sanciona con firmeza que no era sino a partir de S. que ella había comenzado a presentar más ideas de muerte de lo habitual, y que había que situar esto. Se realiza el corte la sesión apostando a una intervención que funcione como borde y como estrategia de cuidado, y se la cita con pocos días de diferencia. La vez siguiente, comenta un sueño donde tenía un té en la mano y comienza a discutir con su madre; frente al gran enojo que se apodera de ella, se tira el té hirviendo en la cara. Freud, en la *Interpretación de los sueños* (1900) a propósito de la memoria del sueño, dice: "no se atribuye valor solamente, como en la vigilia, a lo más significativo, sino también a lo más indiferente, a lo más insignificante del recuerdo" (p. 44). Se toma tal fragmento para pensar el significante *té*. ¿Té… qué? ¿Te digo, te pido, te muestro? Se podría pensar como un mensaje dirigido: el trauma insiste en ser escuchado, en encontrar un interlocutor.

A partir de este momento, Luana comienza a hablar de la trama familiar y del abuso como denominador común que atraviesa la misma. Se dispone a repensar ciertas dinámicas familiares y la pregunta de por qué su madre jamás pudo registrar y considerar su padecimiento. Luego de algunas sesiones, trae un escrito donde ubica gran parte de sus puntos de angustia de este último tiempo. Escribe también el agradecimiento por contar con un espacio de escucha, percibiendo cierta mejoría: la sensación de desmayo y mareo desapareció en las últimas semanas. También menciona que su cuerpo se encuentra disociado de su cabeza, pero esta vez en un sentido novedoso: "mi cuerpo tiene ganas de vivir, va en dirección a la vida, y mi cabeza no quiere, me genera mucho miedo y ansiedad".

Reflexiones finales

A partir del trabajo realizado, es posible pensar algunas cuestiones relativas al tratamiento planteado. En lo particular del caso desarrollado, es posible ubicar que para apuntar a vivificar a un

sujeto que se encuentra completamente tomado por el padecimiento, es necesario un trabajo previo. Más de una vez, Luana ha manifestado un gran agobio por la exigencia respecto a tener amigues, intereses, proyectos, e incluso disfrutar, acaso como una forma más de sentirse subordinada a un Otro. La vida confrontó a la paciente con circunstancias que dejaron marcas traumáticas indelebles. Como condición de tratamiento, resultó fundamental alojar la carga de su padecimiento, cuidando de no consistir su posición sufriente. Tramitar lo encapsulado invitando al decir y así comenzar a construir nuevas coordenadas subjetivas, pone en escena algo novedoso e inesperado: un anhelo de vida, vector que orienta a la paciente hacia un nuevo cuerpo posible, donde puedan comenzar a inaugurarse experiencias inéditas de placer y se pueda apuntar a un trabajo de duelo respecto a la propia historia de supervivencia.

Bibliografía
Freud, S (1900) La interpretación de los sueños. En Obras Completas, Vol. IV. Buenos Aires, Amorrortu Editores
Soler, C. (2016) Los afectos lacanianos. Buenos Aires, Letra Viva.
Toporosi, S. (2018) En Carne Viva. Abuso sexual infantojuvenil. Buenos Aires, Topía.
Ulloa, F. (1995) La novela clínica psicoanalítica. Buenos Aires, Paidós.

ESTAR RESIDENTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA

María Belén Dieguez [A]

Durante el primer año de la Residencia de Psicología en el Hospital Central de San Isidro, los trayectos formativos por los que transitamos se basan en dos dispositivos: guardia e internación. Ambos se encuentran íntima y lógicamente relacionados, por lo que se vuelve difícil pensar uno sin el otro.

El dispositivo de guardia es de 24 horas, y siempre en conjunto con un médico residente de psiquiatría. Los pacientes que se atienden pueden ser por consulta espontánea (ellos mismos se acercan al Servicio de Salud Mental, o son traídos por un tercero) o por interconsulta de algún otro Servicio del Hospital.

Sotelo (2015) define la consulta de urgencia como el "padecimiento que requiere atención inmediata" (p. 65). La autora explica que a la guardia llegan sujetos angustiados, desbordados, con un quiebre en su existencia, clamando por un retorno al estado anterior. Pero como residentes de psicología con orientación psicoanalítica, nuestra escucha e intervención no apunta a devolverle a quien consulta ese "estado anterior", sino a introducir la dimensión de sujeto: apostamos a transformar la "urgencia" en "urgencia subjetiva", es decir, a que la misma comprometa al sujeto. Así, como afirma la autora, nuestra intervención "está caracterizada por una pausa lógica, no cronológica, para que emerja la dimensión del sujeto de la urgencia" (p.84).

De esta forma, se pueden distinguir los tres tiempos lógicos que plantea Lacan (2008) en la urgencia: el tiempo de ver, el de comprender y el de concluir. Los pacientes llegan a la guardia en el primer momento, con un quiebre en la homeostasis de su principio de placer (Sotelo, 2015), y quieren pasar a concluir rápidamente su malestar. Nuestra intervención apunta a incluir un tiempo en el medio (el momento de comprender), frente a esa vivencia subjetiva de "no hay tiempo", con la intención de que surja el sujeto en esa urgencia. Entonces, llega el último tiempo lógico, cuando el paciente puede decir algo sobre su posición subjetiva respecto a lo que le pasa, y concluye la urgencia cuando el sujeto "establece una hipótesis provisoria de la causa de su padecimiento" (p. 162).

[A] Lic. en Psicología UBA. Residente del Hospital Central de San Isidro. San Isidro. Buenos Aires. Argentina
bel.dieguez@hotmail.com

Como afirman Miller y otros autores (Sotelo, 2015), esta forma de intervención puede producir un "efecto terapéutico rápido", al dirigir el padecimiento a un Otro.

Esto da lugar, por ejemplo, a la posibilidad de comenzar tratamiento. Si bien actualmente debido a la pandemia la atención ambulatoria en consultorios externos se encuentra restringida sólo para los pacientes que salen de nuestra internación, la consulta de urgencia puede pensarse como parte de las entrevistas preliminares al realizar cierto movimiento subjetivo (aunque la persona inicie tratamiento en otra institución). También puede ocurrir que el efecto terapéutico se haya detenido allí y no haya comienzo de tratamiento.

Sin embargo, este "efecto terapéutico rápido" depende del tiempo subjetivo de cada persona: es una temporalidad que se construye. No siempre alcanza con una entrevista por guardia. Esta forma de responder a la urgencia, ofreciéndonos como "Otro que aloje el sufrimiento del sujeto que llega a la guardia" (Sotelo, 2005, p. 158), esta práctica de alojar uno por uno y localizar las coordenadas de la irrupción sintomática, a veces requiere de varias entrevistas.

Entonces, algunas veces decidimos dejar al paciente "en observación". Esto es, luego de una primera entrevista, que espere en el sector de guardia, para tener después de unos minutos o unas horas, una segunda entrevista. Otras veces, decidimos otorgarle un turno para un nuevo "control por guardia". Es decir, que el paciente vuelva a su casa, acompañado por familiar, y se presente al día siguiente para una nueva entrevista. Pero también puede ocurrir que decidamos su internación. Durante la entrevista por guardia, al mismo tiempo que se apunta a la emergencia del sujeto, se evalúan otras cosas, como el riesgo presente en el paciente. Y siguiendo la Ley Nacional de Salud Mental (2010), si el riesgo es cierto e inminente para sí mismo y/o terceros, indicamos su internación. Tal como destaca Chillemi (2016), esta siempre es una medida excepcional tomada cuando trae más beneficios que otras.

El dispositivo de internación en nuestro Hospital se inventa caso a caso, no es para todos igual: se va diseñando el lugar y el tiempo para trabajar (Belaga et. al. 2015). "Se trata de inventar una Institución para que cada sujeto pueda tramar, a partir de una ruptura, algo singular que simultáneamente haga lazo al Otro" afirma la licenciada Walker (p. 156).

Así, a lo largo de las horas o los días que el paciente se encuentre internado, vamos realizando diferentes entrevistas entre los profesionales del Servicio.

Siempre hay una *dupla* que "sigue" al paciente, es decir, una residente de primer año de psicología y uno de psiquiatría que cada día están presentes en dichas entrevistas. Pero de ellas también participan plantas y/o concurrentes de ambas especialidades. Lo que nos parece importante a destacar de esto, es la *lógica colectiva* a partir de la cual está estructurado el trabajo. Como explican los autores (Belaga et. al., 2015), todos los días el equipo se reúne dos veces para efectuar el "pase diario de pacientes" y transmitir la lógica de cada caso, es decir, sus coordenadas de entrada al dispositivo, las estrategias a seguir y la salida por la singularidad de cada uno. En este sentido, Stolkiner (2005) resalta que el padecimiento subjetivo no puede reducirse a un enfoque exclusivo terapéutico o psicofarmacológico, y que el espacio hospitalario debería trabajar de forma *inter*disciplinaria. Así lo hace nuestro Servicio de Salud Mental el cual (siguiendo la lógica de la autora) articula los cuerpos teóricos de ambas disciplinas (reconociendo sus faltas) y sus diferentes niveles de análisis. Dando un paso más y siguiendo a Elichiry (2009), podríamos decir que trabajamos *trans*disciplinariamente, ya que cada disciplina (psicología y psiquiatría) se desempeña individualmente pero no independientemente, a veces sin límites precisos entre una y otra, y con un marco conceptual común: el psicoanálisis.

De esta forma, con la orientación lacaniana atravesando al equipo, se busca subjetivar la crisis con la que ingresa el paciente, haciendo un pasaje de los hechos a los dichos. Así, cuando hay algo que se dice por acto al no encontrarse vía significante, "el recurso de la internación es pensado como la posibilidad de lograr un cambio subjetivo cuando la palabra encuentra un límite, o cuando no puede ser escuchada" (Belaga et. al., 2015, p. 168). Muchas veces, se necesita de ayuda farmacológica para dar lugar en un segundo tiempo a un *bien decir*.

El objetivo de la salida del dispositivo es que sea a partir de invenciones singulares, donde se formalice el síntoma y el modo -uno a uno- del lazo al Otro.

Es decir, que tenga lugar una lectura singular de aquello que se repite. Muchas veces esto es logrado, y el paciente puede continuar tratamiento combinado de manera ambulatoria, y muchas otras, no. Puede ocurrir que el paciente se retire (o lo retire algún familiar), en contra de indicación profesional. También puede pasar que sea derivado a su obra social para continuar con la internación. Esto se debe a una decisión institucional, donde todo paciente con obra social debe continuar su tratamiento por allí. De todas maneras, alojamos la urgencia que lo hace ingresar al dispositivo y seguimos nuestra lógica de trabajo hasta que se concreta la derivación.

Para ilustrar lo desarrollado, podemos pensar en el caso de J, una paciente que llega a nuestro Servicio tras presentarse espontáneamente en la guardia del Hospital. Al entrevistarla se encuentra muy angustiada y presenta ideación suicida con planeamiento. No logra subjetivar de dónde surge dicha idea, y por el riesgo, se decide su internación (a la cual la paciente consiente voluntariamente). En las entrevistas de los siguientes días, intentamos dar lugar a que surja algo de su posición subjetiva frente a lo que le pasa. Durante este momento de comprender, logra *decir* que siempre le costó ponerles un límite a los otros, y que cuando por primera vez puede decirle que "no" a su pareja actual, la escena termina en una discusión violenta, donde le aparecen las ideas de muerte. Siguiendo estas coordenadas, trabajamos en los pases de guardia en conjunto con psiquiatría, y trabajamos con la paciente sobre su posición frente al Otro, no sin surgir resistencias por su parte. Cuando la urgencia se logra subjetivar y la angustia cede, comenzamos a pensar en los "permisos de salida", es decir, en ese tiempo intermedio entre la internación y el alta, dando comienzo a la salida del dispositivo. Una amiga de ella acepta acompañarla en este proceso. Hoy en día, ya de alta, la paciente se encuentra en otro de nuestros dispositivos (correspondiente a los residentes de segundo año): en tratamiento ambulatorio combinado por consultorios externos.

De esta manera, podemos ver cómo los dispositivos están sumamente enlazados. J ingresa y es evaluada por las residentes de psicología y psiquiatría que se encontraban de guardia ese día. Al recibir la urgencia, entre el tiempo de ver y el de concluir, se da lugar al momento de comprender con la internación como recurso. Es interesante cómo piensa Seldes este momento: como aquel donde "un pasaje al acto pueda transformarse en un acto fallido" (Sotelo, 2015, p. 104). Al lograr que la urgencia se subjetive y el riesgo cese, la paciente sale del dispositivo de internación para continuar tratamiento ambulatorio.

Tal como afirma Chillemi (2016), la salud mental está relacionada de forma directa con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas tanto en el ámbito social y laboral como familiar. Por ello, es importante resaltar que, en nuestro trabajo con los pacientes durante la internación, se convoca a familiares y/o amigos de los mismos, buscando fomentar y afianzar una red de contención.

Pero esto siempre es en el *uno a uno*: así como se inventa una internación para cada sujeto, intentamos ubicar lo posible dentro de la red con la que cuenta (tarea no siempre fácil). "El psicoanálisis no es una ciencia exacta" sostiene Laurent (2003), y es que no podemos volver estadísticas ni hegemónicas nuestras intervenciones. En el caso de J, por ejemplo, ante la ausencia familiar, la convocación y ayuda de la amiga fue primordial.

No es igual tratar a una paciente neurótica como J, que a un paciente de estructura psicótica. Tampoco es igual ingresar a una residencia en un tiempo sin pandemia, que en uno donde circula un virus (aún bastante) desconocido.

Los Hospitales atraviesan momentos de saturación, los recursos escasean, muchos dispositivos se encuentran cerrados. Es allí, en medio de (y con) esas coordenadas que inventamos un *tiempo* para que el *sujeto* tenga *lugar*.

Referencias bibliográficas:

Belaga, G. (compilador). (2015). La práctica del psicoanálisis en el hospital. Grama Ediciones.
Chillemi, I. (2016). Antecedentes e innovaciones de la Ley de Salud Mental. Analytica del Sur, Psicoanálisis y Crítica (5).

Elichiry, N. (2009). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. https://www.psi.uba.ar›unidad1elichiry_importancia_de_la_articulacion
Lacan, J. (2008). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. Escritos 1. Paidós.
Laurent, E. (2003). El caso, del malestar a la mentira. Revista Lacaniana de Psicoanálisis 4. 5-19. Editorial Grama.
Ley 26657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 2 de diciembre de 2010.
Sotelo, I (compiladora). (2005). Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. JCE Ediciones.
Sotelo, I. (2015). DATUS: dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas. Grama Ediciones.
Stolkiner, A. (7-8 de octubre de 2005). Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental; I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: estrategias posibles en La Argentina de Hoy. Posadas, Misiones, Argentina.

MELANCOLÍA. HISTORIA Y VIGENCIA

Manuel Fabre [A], Lucas Minervino [B], Rodrigo Videtta [C]

Un poeta lo puede soportar todo. Lo que equivale a decir que un hombre lo puede soportar todo. Pero no es verdad: son pocas las cosas que un hombre puede soportar. Soportar de verdad. Un poeta, en cambio, lo puede soportar todo. Con esta convicción crecimos. El primer enunciado es cierto, pero conduce a la ruina, a la locura, a la muerte.
(Roberto Bolaño - Llamadas telefónicas)

Introducción. Acerca de la historia de la melancolía.

Escribir sobre la melancolía en el campo de la salud mental actual pareciera solicitar un justificativo al tiempo que implica un desafío de síntesis conceptual por su larga y rica historia. Por fuera de la psiquiatría, no es fácil ubicar un punto de origen ampliamente compartido e incluso al día de hoy su compartimentalización en un subtipo de depresión no deja de reclamar una reflexión en relación al lugar que ocupa.

Intentaremos realizar una cartografía con matices históricos, psicopatológicos y epistémicos alineados con el soberano ordenador de la clínica. A partir de allí, buscaremos destacar algunos de los conceptos que, sin ser la mirada imperante en la actualidad, no dejan de resonar por su silenciamiento.

Remontándonos a la filosofía Ateniense, sede germinal de los grandes relatos narrativos (Piglia 2015), encontramos el primer uso de la palabra melancolía en el tratado hipocrático. De allí en más, la escritura con tinta negra no ha dejado de "manchar" discursos, complejizarlos, integrarlos, para luego ser borrada deliberadamente, no sin dejar marca y volver a irrumpir. Quizás las figuras de la expulsión e irrupción sirvan para pensar su vigencia. Es Platón quien realiza el primer movimiento mítico de expulsión de los poetas fuera de la polis Griega (Platón 1988). Este movimiento conceptual ha reaparecido en un eterno retorno histórico. Ya su discípulo, Aristoteles, plantea en su famoso problema XXX (Aristoteles 2018), sobre los hombres de genio y melancolía, la primera relación, primera de tantas, con que se ha emparentado a la melancolía y de las cuales, sin negar su vínculo, reclama una libertad fronteriza; allí donde son posibles puntos de contacto y diferenciación.

La melancolía como un eje consustancial a lo humano, al menos de su pathos, también de su ethos, pareciera solicitar el desafío reflexivo de integrar lo uno y lo múltiple al tiempo de amigarnos con la ambivalencia.

[A] *Médico Psiquiatra. Médico Residente psiquiatría Hospital Rivadavia. CABA. Argentina. manufabretres@gmail.com*
[B] *Lic. en Psicología Residente de Psicología Hospital Rivadavia. CABA. Argentina. lucminervino@gmail.com*
[C] *Médico U.B.A. Residente Psiquiatría Hospital Alvarez Psiquiatra titular de guardia Hospital Alvarez. CABA. Argentina. rvidetta@gmail.com*

Con una incipiente psiquiatría, Esquirol realiza un movimiento similar al de Platón en tanto mantiene la intención de desprenderse del riesgoso peso de la melancolía para poder edificar el primer cimiento epistemológico. El trasfondo es más bien interesante y se pueden encontrar distintos binomios artificiales: lypemania/monomanía o afecto/razón, entre otros.

"La palabra melancolía, consagrada en el lenguaje vulgar para expresar el estado de tristeza de algunos individuos, debe ser dejada a los moralistas y a los poetas que, en su expresión, no están obligados a tanta severidad como los médicos".

Más interesante que juzgar rápidamente esta decisión a la luz de la lente actual, nos interesa reflexionar sobre los efectos que trae aparejado semejante decisión. Una vez aislada la melancolía del resto de las expresiones de la locura, se puede establecer una segunda pareja que sigue vigente como lo es la de melancolía-manía o espectro bipolar.

Más que encontrar un hilo conductor para una historia lineal de la bipolaridad, nos parece todavía de mayor riqueza mostrar que posibilita y que se deja de lado iluminando esta arista, cierta pero no por eso única, de la melancolía como reverso

de la manía. Es así que nos enfocaremos en otras relaciones que ha entablado la melancolía a lo largo de la historia de la psiquiatría y lo haremos con principal foco desde las perspectivas psicoanalíticas y fenomenológicas.

Lugares de la melancolía en el psicoanálisis.

En el campo psicoanalítico se destacan relaciones entre la melancolía y otras figuras de la clínica.

Desde un inicio y hasta hoy, la melancolía ha sido puesta en relación con el duelo (y por esta vía, con el dolor), en un paralelismo que pareciera establecer la cisura entre lo normal y lo patológico (Freud 1915/2012; Lacan 1962-3/2018; Cancina, 2012; Yafar 2021) . Sobre el modelo normal del trabajo de duelo frente al agujero que deja la pérdida de un objeto, Freud montará la divergencia melancólica. Ante la prueba irrevocable de la pérdida, el yo no se resigna y, en un esfuerzo sacrificial por retener al objeto, se identifica con él. Una parte del yo se deforma para poder conservar así las posiciones libidinales establecidas en relación al objeto. Queda esclarecido entonces el rasgo diferencial del melancólico, el autorreproche: así como los vínculos de amor se conservan por la vía de la identificación y la caracterización de una parte del yo, esta instancia/objeto yoica recibe también el sadismo y el reproche de la parte que, sin haber sido afectada por la sombra del objeto, no deja de ver que este falta, ¡y le reclama!.

Quedan entonces establecidos, el dispositivo del duelo y la melancolía, como dos posibles modos de elaborar, de enfrentarse o defenderse ante los efectos de la pérdida.

También es problematizada en los desarrollos psicoanalíticos (Freud, 1915/2012; Lacan 1962-3/2018; Muñoz, 2011) la relación entre la manía y la melancolía. Freud intenta explicar la tendencia de la melancolía de volverse "del revés" en la manía y lo hace con la tesis de que ambos operan con el mismo complejo y representan dos momentos o posibles desenlaces de una elaboración de la pérdida. La diferencia reside en que en la melancolía el yo sucumbe ante el objeto, se ve arrasado, mientras que en la manía el complejo es dejado de lado. Este "dejar de lado" implicaría una solución del conflicto entre instancias que se configura en la melancolía: defensa del yo avasallado por el superyó en la melancolía (Muñoz, 2011). Como efecto subjetivo de la superación del drama melancólico: la fiesta.

Por último, retomando la relación establecida por Cotard, se opone en los textos psicoanalíticos (Soler, 1991; Maleval,1998) a la melancolía y la paranoia a partir de un elemento que es ya una elaboración del dolor de existir: la culpa. Así, se establece una polarización entre el mecanismo mediante el cuál se adjudica esa culpa a sí mismo y el que lo pone afuera, en los otros gozadores.

La respuesta melancólica, para poder adjudicar la culpa al sí mismo, ha tenido primero que poner en juego el mecanismo de la identificación inmediata al objeto y dirigir el sadismo hacia esa parte del yo. Pero si con la respuesta melancólica se evita la pérdida ¿qué hace necesaria una elaboración secundaria, la de la cualificación del afecto como culpa, delirio de culpabilidad/culpabilización?.

Podríamos pensar con Maleval (1998) que cada uno de estos movimientos son avances en el domeñamiento del goce deslocalizado, invasor, que permiten de modo progresivo pasar de la pura pérdida, a la posibilidad de un recupero, el aspecto negado en la melancolía cero.

También podemos considerar que de todo movimiento de las posiciones libidinales queda un resto que aparece como dolor de existir y empuje al trabajo y que para este trabajo se elaboran diferentes mecanismos y respuestas, se deciden distintas estrategias y se ponen en juego una variedad de recursos que no necesariamente implican una progresión o un avance hacia la posibilidad de un dominio y aligeramiento completo.

La perspectiva fenomenológica.

La mirada fenomenológica sobre la melancolía tiende a superar el análisis fragmentario de la semiología psiquiátrica clásica. Sin desconocer la riqueza y el valor de las caracterizaciones y formas de estructuración del saber, no se intentará realizar una colección de signos y síntomas que caracterizan un cuadro nosológico específico sino profundizar en la mirada para encontrar un *más-allá* que permitan captar una alteración organizacional verdadera de un *estar-ahí* distinto.

Según Binswanger (1923), el método fenomenológico avanza desde el hecho empírico individual hacia una esencia pura y supra-empírica. Se trata del desarrollo de una experiencia perceptiva cualitativamente diferente, una captación espiritual más original y total. Pone en juego un conocimiento inmediato, ofrecido por el contacto, dado por la intuición. Es lo que Binswanger, tomando de Husserl, llamaba "intuición categorial" o "intuición fenomenológica" (Binswanger, 1923: 284/287).

Este acercamiento al vivenciar del paciente relaciona la psicopatología descriptiva y la fenomenología, teniendo como unidad funcional de análisis la esencia antropología estructural.

Es Jaspers (1937) quien vuelve a poner en primer plano la filosofía existencial reconociendo la insuficiencia del conocimiento científico al que caracteriza como un saber que constriñe para el esclarecimiento de la existencia.

Asimismo, Binswanger (1923) propone abordar la globalidad del hombre, su estar en el mundo, su intimidad, su estar en relación al otro, a la otredad. Incorpora la perspectiva ontológica, definiendo la existencia del sujeto en tres dimensiones:tiempo, espacio y representaciones que se hace el sujeto de sí mismo y del mundo. Este conjunto de estructuras ontológicas constituyen la existencia, la cual es definida como ser-en-el-mundo. Por lo tanto, las enfermedades mentales son concebidas de un modo ampliado, como una posibilidad más del drama existencial, en tanto diferentes modos de trascender. Esta posición supone una posición ética en el abordaje del fenómeno y su búsqueda, al darle entidad en un horizonte de sentido, aunque el mismo sea por fuera de la norma. Intenta comprenderlo de una manera antropológico-existencial, como un modo posible de la existencia humana, del ser-en-el-tiempo.

Minkowski (1933) problematiza la naturaleza temporal, destaca al tiempo-cualidad como determinante en la experiencia del ser con el entorno. Confiere unidad y relación a los fenómenos espacio-temporales entre el devenir y el ser. Localiza la perturbación en la estructura en relación al tiempo vivido y no tanto a su contenido ideo-afectivo.

Enfatiza la relación temporal como unidad de análisis y desarrolla "el contacto vital con la realidad", como una facultad de avanzar armoniosamente unido al devenir que nos rodea. Plantea a la Melancolía como una alteración en el despliegue del tiempo, fuera de sintonía y la pérdida de sincronismo con lo vivido, pierde a su vez el tono de la duración vivida, sumergido en la instantaneidad, para volverse superficial y degradado. En resumen, hay un desanclaje en el tiempo del yo y el del mundo, retardando el devenir hasta detenerse.

Siguiendo la línea fenomenológica, pareciera un reduccionismo concebir la melancolía simplemente como la alteración del humor. Complejizando desde un punto de vista antropológico existencial, la función es captar la estructura del *estar-ahí* en relación al mundo, teniendo en cuenta los diversos componentes que determinan la existencia, intregrando la misma a la cultura de la cual no hay separación posible.

BIBLIOGRAFÍA
Aristoteles. (2018). El hombre del genio y la melancolía. Madrid. Acantilado.
Binswanger, L. (1923). "Sobre la fenomenología". En La curación infinita: Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora, 2005.
Cancina, P. (2012). El dolor de existir... y la melancolía. Buenos Aires: Letra Viva.
Esquirol, J-D E. (2014). Las enfermedades mentales. Buenos Aires: Polemos.
Freud, S. (1915/2012). Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
Jaspers, K. (1937). Filosofía de la existencia. Barcelona: Editorial Planeta.
Lacan, J (1962-3/2018). El Seminario, tomo 10: La angustia. Buenos Aires: Paidós.
Maleval, J-C. (1998). Lógica del delirio. Barcelona: Ediciones del Serbal.
Minkowski, E. (1933). El tiempo vivido. México: Fondo de Cultura Económica.
Muñoz, P. (2019). Las locuras según Lacan. Buenos Aires: Letra Viva.
Piglia, R. (2015). La forma inicial. Buenos Aires. Eterna Cadencia.
Platón (1988). La República. Madrid: Alianza.
Soler, C. (1991). Estudios sobre las psicosis. Buenos Aires: Manantial.
Yafar, R. (2021). Depresión. Más allá del duelo y la melancolía. Buenos Aires: Brueghel.

LA URGENCIA, LOS TIEMPOS DEL SUJETO

Guillermina Giordano [A]

En octubre de 2020 ingresé como residente de psicología al Hospital Central de San Isidro. Entre las actividades asistenciales contempladas para el primer año de la residencia, tanto de psicología como de psiquiatría, se encuentran los dispositivos de guardia e internación. Ambos son dispositivos que giran en torno a la urgencia.

El modo de concebir y abordar las urgencias desde el psicoanálisis difiere del de las ciencias médicas. Pese a esto, ambas disciplinas coinciden en que en la urgencia hay un elemento fundamentalmente comprometido, el tiempo. La dimensión temporal tiene un papel central allí. Cuando algo del orden de la urgencia irrumpe, viene acompañado de la idea de que 'no hay tiempo'. Frente a esto, el modo en que se responde desde las ciencias médicas y desde el psicoanálisis difieren. Desde el psicoanálisis se tratará justamente de introducir ese tiempo, un tiempo que posibilite al paciente construir cierta hipótesis en relación a su padecimiento. Como plantea Seldes, R. (2019) "*La urgencia aparece como una ruptura en la línea del tiempo, saca al sujeto de sus rutinas y lo fuerza a elaborar una nueva relación con lo real*"[1]. Desde el psicoanálisis el tratamiento de la urgencia no se tratará de una práctica protocolizada sino de una orientada, orientada por el camino de lo real.

Un paciente que acude por guardia, lo hace porque algo de lo que funcionaba hasta el momento dejó de funcionar. Se tratará entonces, de instaurar un tiempo en el que el paciente logre subjetivar algo de aquello que lo trajo a consultar, que logre decir algo en relación a su síntoma. Partiendo de los tres tiempos lógicos que plantea Lacan (tiempo de ver, tiempo de comprender, tiempo de concluir), en la urgencia se produce un colapso entre instante de ver y el momento de concluir, por lo que será necesaria la instauración de un tiempo de comprender, que permita la emergencia de algo del orden de la verdad de cada sujeto.[2]

F, de 30 años de edad, concurre por guardia, acompañada por su madre, por ideas de muerte. Refiere haber realizado una sobreingesta medicamentosa con fines autolíticos dos días antes de

1 *Seldes, Ricardo (2919). La urgencia y el cuerpo afectado. En La urgencia dicha. Colección Diva.*
2 *Sotelo, I. (2015) Dispositivo analítico para el tratamiento de Urgencias Subjetivas. Buenos Aires, Grama Ediciones.*

[A] *Lic. en Psicología. Residente en el Hospital Central de San Isidro. San Isidro. Buenos Aires. Argentina. giordanoguillermina@outlook.com*

la consulta. Relata que en ese momento la madre la frena y le quita la medicación, frente a lo cual la paciente se pone muy agresiva con ella, llegando a golpearla.

Al momento de la evaluación se descarta el criterio de internación y se decide citarla para control por guardia al día siguiente. La paciente se retira del hospital y se arroja a la avenida, la madre la reprime por esto y F comienza a golpearla. Regresan a la institución donde, luego de ser evaluada nuevamente, se le indica su internación por presentar riesgo cierto e inminente para si y/o terceros.

En las primeras entrevistas F relata que hace cuatro años deja todo lo que tenía en Venezuela y decide venir a vivir a Argentina. Refiere que desde hace cinco años sufre de lo que ella llama "ataques de ira y rabia". En los mismos se realiza cortes (en el cabello, actualmente se presenta rapada), o golpea a su madre. Refiere no comprender el motivo de estos episodios ni saber de qué modo manejarlos. Manifiesta tener desde hace un mes ideas de muerte, ruina y desesperanza, de las cuales tampoco puede decir mucho. Reitera una y otra vez que posiblemente sea algo en relación a cambios en la medicación.

En este primer momento F no logra decir nada de aquello de lo que padece, no sabe nada de eso. El discurso es concreto y desafectivizado, lo cual llevará incluso a dudar de la estructura diagnostica de la paciente.

Será en un segundo momento, que la paciente podrá comenzar a decir y subjetivar algo en relación a su urgencia, a sus síntomas y su padecimiento. Hablará de su infancia, un padre que ella define como "inestable", él tenía otras mujeres, iba y venía, y su madre lo perdonaba una y otra vez. Era ella, F, quien se enojaba con su padre exigiendo alguna respuesta de él, frente a lo cual se encontraba siempre con el silencio. F relata cómo las mujeres del padre le hablaban a ella, y "no había nadie que pusiera un límite". Quedaba en el medio de la relación entre sus padres. Hablará de su última relación en Venezuela, su pareja era un juez treinta años mayor a ella. Él tenía familia, ella esperaba que los dejara y exigía una y otra vez respuestas de su parte. Frente a esto, el silencio. Ubica su enojo ante el silencio del otro, ante la falta de respuesta. "Si no me dan atención, me enojo." Hablará del día que acudió al hospital, "no me quisieron atender" dirá. No puede con aquello que lee como rechazo. Define sus dificultades como "malcriadéz", siempre se le dio lo que quiso, y frente a la falta, el enojo.

Lo que en un primer momento se presentaba como "crisis de ira" sin coordenadas ni sentido para la paciente, comienza a ser leído de otro modo, a ser nombrado de otro modo. Comienza a poder ubicarse un sujeto detrás de eso que parecía suelto, carente de sentido. Se produce un pasaje del mero significante universal "crisis de ira", que nada dice del sujeto en juego, a cierta construcción del orden de lo singular. Para este momento, F comenzará a plantear la posibilidad de que a lo mejor no sea solo la medicación, sino que necesita un espacio donde poder hablar.

A partir de este momento se comienzan a organizar los permisos de salida y luego la posterior alta de internación. Es en el momento en que la paciente comienza a construir cierta hipótesis en relación a su sufrimiento que concluye el momento de urgencia. Se pasa de un primer momento en que la paciente se encuentra en una posición de no querer saber nada de aquello de lo que sufre, para pasar luego a un segundo momento en el que comienza a ser capaz de decir, decir desde un posicionamiento subjetivo.

Uno de los pilares fundamentales en el servicio, es no trabajar desde la prisa que impresiona exigir la urgencia, no trabajar desde los tiempos institucionales, sino hacerlo desde los tiempos del paciente.

Ya Freud (1913)[3] hablaba de la importancia de tener presente la atemporalidad de los procesos inconscientes, evitando caer en apresuramientos. Estos procesos *"no están ordenados con arreglo al tiempo, no se modifican por el transcurso de este, ni en general tienen relación alguna con él"*[4].

3 *Freud, S (1913) Sobre la iniciación del tratamiento. En Obras Completas, Tomo XII Editores.*
4 *Freud, S. "Lo inconsciente". En Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Amorrortu Editores. Vol. XIV. 1914-1916.*

En este sentido, resulta fundamental trabajar desde una temporalidad subjetiva, lo cual implica una orientación por lo real, ubicando aquello que se repite en el relato del sujeto. Solo de este modo será posible hacer algo distinto con aquello de lo cual padece cada sujeto.

Seldes, R.[5] concibe a la urgencia en términos de modos de vacilación de lo simbólico. Algo irrumpe y hace tambalear aquello que se sostenía hasta entonces. En este sentido, la intervención desde la medicina se orienta fundamentalmente por la prisa, mientras que la intervención desde el psicoanálisis está caracterizada por la pausa lógica, no cronológica, para que emerja allí la dimensión del sujeto de la urgencia. La atención del analista está puesta no solo en el síntoma, en los signos de enfermedad, sino fundamentalmente en el modo de relatarlo, en la forma particular del decir (o no decir) por quien en tanto sujeto se va develando a través de la trama discursiva. Frente a la prisa que supone la urgencia, la intervención desde el psicoanálisis apuntará a introducir una dimensión temporal que dé lugar a una pregunta por el Sujeto.

En este sentido la salida de la urgencia subjetiva, tendrá que ver con la posibilidad de introducir algo del orden de una invención, no se trata de restablecer un estado anterior, sino la invención de una relación distinta con aquello que se le ha tornado imposible de soportar. Citando a Walker, Virginia (2015) *"El psicoanálisis propone al paciente la obtención de un saber sobre su "miseria" subjetiva, en relación a su posición libidinal frente al superyó de la época. Esta apuesta implica desprenderse del furor curandis, que en los tiempos actuales se transforma en un apuro por concluir, se apunta a que aquel que llega o es traído en un momento de crisis pueda poner en palabras ese sufrimiento. Introducir en ese tiempo cronológico un tiempo libidinal en el que pueda aparecer la dimensión subjetiva de aquello que se presenta como ajeno."*[6]

Siguiendo esta lógica, se comprende que la urgencia se ha terminado no solo cuando se descarta el riesgo, sino fundamentalmente cuando algo de ella se ha subjetivado. Es decir, cuando la urgencia ha dejado de ser algo ajeno para el sujeto. La posibilidad de singularizar el síntoma está íntimamente relacionada con la apertura de un tiempo de comprender que precipite el momento de concluir con la urgencia misma.[7]

Bibliografía

-Belaga, Guillermo. (2004) Presentación. En La urgencia generalizada. Buenos Aires. Grama Ediciones.
-Belaga, Guillermo, compilador (2015), La práctica del psicoanálisis en el hospital. Buenos Aires. Grama Ediciones.
-Freud, S (1913) Sobre la iniciación del tratamiento. En Obras Completas, Tomo XII Editores.
-Freud, S. La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. En Obras Completas, Tomo XIX. Amorrortu. Buenos Aires, 1984.
-Freud, S. "Lo inconsciente". En Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Amorrortu Editores. Vol. XIV. 1914-1916.
-Ley 26657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 2010.
-Lineamientos para la atención de la urgencia en Salud Mental. Dirección Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Nación. (Versión 2019)
-Miller, JA.(1998.) El hueso de un análisis. Cap. I y II. Bs As: Ed Tres Haches.
-Seldes, Ricardo (2919). Cap. 1. "La urgencia y el cuerpo afectado". En La urgencia dicha. Colección Diva.
-Sotelo, I. (2004) "La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia". En La urgencia generalizada. Buenos Aires. Grama Ediciones.
- Sotelo, I. (2015) Dispositivo analítico para el tratamiento de Urgencias Subjetivas. Buenos Aires, Grama Ediciones.

5 *Seldes, Ricardo (2919). La urgencia y el cuerpo afectado. En La urgencia dicha. Colección Diva.*
6 *Walker, V. et al. "Una pragmática del psicoanálisis: usos del tiempo, hacer con el síntoma". En La práctica del psicoanálisis en el hospital. Bs. As. Grama Ediciones. 2015. p 100-101.*
7 *Sotelo, I. Cap. 4 "La urgencia y el tiempo". En DATUS. Bs. As. Grama Ediciones. 2015*

OBSTÁCULOS DEL DUELO EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Martina Mendez [A], Marina Miloslavich [B], Luciana Peralba [C], Julián Pilar [D]

Introducción

En el marco de nuestra práctica, llevada a cabo en un dispositivo de atención telefónica, se ha percibido una cantidad significativa de demandas vinculadas a la pérdida reciente de personas fallecidas por Covid 19. Si bien la práctica cotidiana está atravesada por consultas referidas a duelos (duelos detenidos, o acompañamiento de un duelo normal) se ha observado una cualidad distintiva en este tipo de consultas atravesadas por la coyuntura epidemiológica actual, cuyo tratamiento desde el discurso científico ha intervenido (mediante protocolos) en los modos más íntimos, privados y culturales de abordar la pérdida, con los concomitantes efectos sobre el proceso del duelo. En este sentido, nos preguntamos por dicha particularidad: ¿qué forma tomarán los duelos en las nuevas coordenadas generadas por la pandemia que signa nuestra actualidad? ¿Cómo pensar nuestro rol en relación a este asunto desde el dispositivo?

A continuación presentaremos la selección de tres viñetas clínicas que tomaremos como disparadoras de los interrogantes mencionados.

Caso M.: M. de 61 años, llama al dispositivo en una crisis de angustia, luego de anoticiarse de la muerte de su pareja por Covid 19; refiere que la llamaron de la morgue para que vaya a retirar su cuerpo, y eso la paralizó. Se decide acompañar a M. desde el dispositivo a que pueda realizar diferentes actos. Se comunica muy angustiada, al salir de la morgue, porque no la dejaron pasar, refiriendo que le recordó a la época de la dictadura. M. manifiesta "es que yo no lo vi enfermo…", *"en aquella época, de un día para otro sus cuerpos se esfumaron, no los vi muertos…. esto fue un dejavu… no me dejaron verlo, necesito reconocerlo, poder hacer algo, tengo miedo que tiren el cuerpo sin poder verlo."* M. realiza una denuncia en la fiscalía que le permitió reconocer el cuerpo, luego de ubicar que para ella era importante poder ocuparse de la situación y realizar un pequeño ritual de despedida.

Caso P: P. se comunica con el dispositivo de forma recurrente por el dolor que siente ante la pérdida de su esposo. Relata que falleció en el año 2020 tras haberse contagiado de Covid 19. Comenta que durante su internación se comunicaban telefónicamente, hasta que el contacto se interrumpió debido al empeoramiento de su cuadro y su derivación a terapia intensiva. Expresa que desde entonces nunca más pudieron hablar: *"fue una muerte muy espantosa, no parece que hubiese fallecido porque es algo que no se ve".* Al profundizar sobre esto, destaca: *"cuando uno va a la morgue dicen que se reconoce el cadáver pero eso es mentira, no se reconoce nada; están todos ahí vestidos como marcianos y un cajón que no se puede abrir (…) siento que mi marido desapareció en una habitación".* Agrega que luego de aquel acontecimiento debió "cremar" el cuerpo, según lo impuesto por protocolo, sin ningún tipo de rito mortuorio previo, ni posible despedida.

Caso V: V. comienza a llamar frecuentemente al dispositivo desde que su marido, con quien estuvo casada durante 30 años, falleció en menos de dos semanas tras contraer el virus del Covid 19. V. comenta que no sabe dónde está el cuerpo, ya que no ha podido comunicarse con el cementerio para saber de su situación. V. refiere que mantiene en su casa todas las pertenencias del difunto. Comienza cada nuevo llamado refiriendo sentirse triste, recordando: "(...) aún no pude llamar al cementerio (...) todavía no lo pude despedir".

A partir de los casos nos preguntamos: ¿En qué medida están dadas las condiciones del duelo, en tanto inscripción simbólica de la pérdida, cuando parecen no estar habilitados los medios para el "reconocimiento" de la misma? Para profundizar sobre estas cuestiones, desarrollaremos algunas concepciones sobre el duelo.

[A] Psicóloga. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero. CABA. Argentina. martumendez9393@gmail.com
[B] Psicóloga. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. CABA. Argentina. milosmary@hotmail.com
[C] Psicóloga . Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. CABA. Argentina. luciana.peralba@gmail.com
[D] Psicólogo. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero. CABA. Argentina. Julian Pilar julianpilar@hotmail.com

Acerca del trabajo del duelo

Lacan, al tratar la cuestión del duelo, no sólo se ocupa del objeto perdido por el sujeto, sino de lo que éste pierde de sí en dicha pérdida. Sostiene esto en su Seminario 10 "La Angustia" cuando afirma: "Sólo estamos de duelo por alguien de quien podemos decirnos Yo era su falta" (Lacan, 1963, p.155). Es decir que sólo es posible hacer duelo por aquel cuya falta fuimos y cuyo deseo causamos. De esta manera, Lacan se interesa por la subjetividad del duelante, por el lugar que pierde.

Freud define el duelo como una reacción ante la pérdida de una persona querida, o de una abstracción equivalente como la patria, la libertad, o un ideal. Durante este proceso, el psiquismo se ve enfrentado a la tarea de hacer una elaboración que posibilite a la persona la inscripción como recuerdo del objeto perdido, así como recuperar el interés por el mundo externo (Freud, 1917).

Toda pérdida sucedida en estos términos, implica un agujero en lo real que moviliza un orden simbólico tendiente a la recomposición significante (trabajo de duelo) que busca abordar el vacío que la falta genera. En este sentido, tener cierto registro de la pérdida, comenzar a nombrarla, se vuelve condición lógica para pasar de lo real a la posible reinscripción de la falta en tanto simbólica.

En las viñetas presentadas observamos cierta dificultad, justamente, en este trabajo de inscripción de la pérdida, duelos que se ven obturados, demandas signadas por el real puro de aquello que se ve imposibilitado de bordear. Si bien esto puede ocurrir por diversos factores, encontramos algunas referencias particulares en los casos sucedidos en contexto de pandemia. ¿Cuáles son las coordenadas colectivas y sociales, que acompañaron el hecho traumático de una pérdida, en el contexto más crudo de aquella?

Como factor común, hallamos que las condiciones lógicas mencionadas para el trabajo del duelo, aquellos actos simbólicos que favorecen el abordaje del real que se impone (el contacto con el enfermo, el reconocimiento del cuerpo una vez que se produce el deceso, los rituales mortuorios, entre otros) se han visto imposibilitados por las reglas introducidas en contexto de pandemia, un universal que indefectiblemente ha dejado por fuera la subjetividad, viéndose el registro de la pérdida, como mínimo, trastocado.

De este modo, el sujeto ha estado más a la intemperie, sin la pantalla de los rituales, sin ese Otro social capaz de dar sentido a la pérdida. Colette Soler al referirse al trauma y la época, refiere que nos falta el Otro para hacer barrera a los eventos traumáticos (Soler, 2001).

El lugar de los ritos mortuorios

En la pandemia, las diversas consultas recibidas pusieron de manifiesto la relevancia de los ritos mortuorios, en tanto, en nombre del "cuidado de la salud" (en términos más biologicistas) se los ha intentado reducir a fin de evitar nuevos contagios. Profundizaremos sobre el lugar de estos ritos en la cultura y en la subjetividad, y su importancia como amortiguamiento simbólico de la pérdida. Los rituales en torno a la muerte han aparecido como forma de saber social desde los primeros momentos de la humanidad, ya que funcionan como técnicas de instalación de acciones simbólicas que, al ofertar significantes, contribuyen al trabajo de simbolización de la pérdida acontecida, a la vez que mantienen cohesionada una comunidad.

El autor francés Aries postula que a partir de la segunda mitad del siglo XVIII el uso de los rituales mortuorios se ha visto en descenso, particularmente en las culturas del Occidente, delineando como posible motivo un cambio en la concepción que se tenía de la muerte: la misma deja de ser familiarmente reconocida y aceptada para pasar a implicar una ruptura en la vida de los supervivientes (Ariés, 1975).

Sin embargo, en este período, muchos aspectos continuaban conservando sus antiguos usos, específicamente los rituales: "el ceremonial de la muerte en el lecho presidido por el yaciente, rodeado de una multitud de parientes y amigos, persiste y constituye aún el marco de la escena" (Ariés, 1975, p.65). Posteriormente (S XIX), el culto al recuerdo se extiende en su función social mediante el uso de las sepulturas y proliferación de cementerios, que se instalan como lugares que ofertan la oportunidad de cierto trazado simbólico para la elaboración del duelo.

Los ritos y los funerales también han sufrido modificaciones a partir de la concepción de la muerte como tabú, intentando reducir a un mínimo indispensable

Es a partir de la segunda mitad del S XIX y hasta la actualidad, que la actitud frente a la muerte se

transforma en un tabú. El entorno del moribundo tiende a protegerlo y evitarle la gravedad del asunto, haciéndose cargo de su agonía. La muerte deja de transcurrir en los hogares con familiares y allegados, y pasa a ser en los hospitales, en soledad. Se elige morir en los lugares que propician los cuidados que demoran la tan temida muerte: "La muerte en el hospital ya no supone la ocasión de una ceremonia ritual que el moribundo preside en el centro de la asamblea de sus parientes y amigos (…) La muerte es un fenómeno técnico conseguido por el cese de los cuidados, es decir por decisión del médico y su equipo". (Aries, 1975, p. 85). Se observa de este modo que la iniciativa pasó entonces del moribundo, a su familia, y de la familia al médico y su equipo. las operaciones inevitables destinadas a hacer desaparecer el cuerpo. La importancia recae en que se advierta lo menos posible que la muerte ha ocurrido. Las ceremonias pasaron a ser discretas y el duelo se recondujo hacia lo privado y solitario, recayendo en el doliente como gesto individual.

Constatamos que dicha tendencia se recrudeció en las coordenadas de la pandemia, donde los ritos mortuorios pasan a ser protocolizados por representar un riesgo de diseminación de la infección en la población, tornándose un asunto sanitario que arrebata el carácter singular y privado del duelo. En las viñetas clínicas se testimonia la supresión de los ritos mortuorios y con ello, un trastocamiento en el abordaje de la muerte con la concomitante interrupción de la inscripción de la pérdida.

Conclusión

Considerando estos cambios mencionados respecto de los rituales, situamos que una particularidad que acarrean las muertes en pandemia es que constituyen muertes sin presencia. La pérdida es ambigua, tal como evidencian las viñetas, quedando únicamente el relato mediatizado por el personal de salud. El relato de dicha muerte reemplaza al examen de realidad sin ofrecer la oportunidad del reconocimiento, lo que repercute en la dificultad para nombrar e inscribir la pérdida, situación que se ve agravada por la dificultad del acceso a la comunidad de los pocos rituales que perduran en nuestra cultura.

Podemos pensar entonces la apuesta del dispositivo como la introducción de procesos de acompañamiento que puedan facilitar la producción de muertes con sujeto, a partir de un rearmado simbólico en torno a la pérdida. Desde el dispositivo sostenemos la importancia de ofertar una escucha singularizada, teniendo en cuenta la elaboración teórica lacaniana que invita a recortar la singularidad de cada duelo, situar las coordenadas subjetivas en las que éste acontece y la especificidad de la pérdida en cada caso. Ubicar qué lugar tenía el sujeto para la persona perdida, es una tarea que nos permite desde la atención telefónica comenzar a restituir una trama significante y simbólica que se vio interrumpida por la pérdida acontecida. De este modo, se da lugar a la invención singular de cada quien, construyendo un modo único de soportar la pérdida para que pueda inscribir las marcas que dejó la muerte de un ser querido y tomar ante esta ausencia otra posición que apunte a un alivio sintomático y a restar ese penar de más.

Bibliografía

Allouch, J. (2011). Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca. Buenos Aires: El cuenco de plata.
Ariés, P. (2000). Historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días. Barcelona: El acantilado
Freud, S. (1996). Duelo y melancolía. Obras Completas, tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
Freud, S. 1916 [1915] La transitoriedad. En Obras Completas, Tomo XIV. Bs. As. , Amorrortu Editores
Lacan J. (1962-1963) Seminario 10, La angustia, Buenos aires, Paidós
Soler, C. (2001). El trauma. Conferencia pronunciada en el Hospital Alvarez. En ¿Que se espera del psicoanálisis y del psicoanálisis?. Buenos Aires. Ed: Letra Viva.

EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA. LA SUBJETIVIDAD EN URGENCIA

Carolina Barrionuevo [A], Valeria Mazzia [B], Lucía Moavro [C], Graciela Tustanoski [D]

Introducción

Este trabajo se enmarca en la investigación "La urgencia en salud mental en el hospital público en la República Argentina" dirigida por la Dra. Inés Sotelo (UBACyT 2018-2021). Se trata de un estudio de tipo descriptivo- interpretativo cuyo objetivo principal es caracterizar la población que consulta en urgencia, así como también, el modo de intervención y resolución en diferentes hospitales de distintas provincias de la Argentina.

Este año y medio de pandemia ha afectado de modo contundente nuestros modos de vida, los hábitos cotidianos, las formas de trabajar, la relación con el propio cuerpo. El significativo cambio en los lazos sociales que impuso la prevención del virus tiene consecuencias que aún no estamos en condiciones de calcular y efectos inmediatos con los que debemos enfrentarnos en nuestra práctica.

En este trabajo buscamos describir y reflexionar acerca de los cambios ocurridos en dispositivos de asistencia en salud mental en hospitales de la Argentina a partir de la irrupción de la pandemia por Covid-19 en 2020.

Hemos recopilado conferencias, clases y entrevistas realizadas durante el año 2020 y 2021 en el marco de la Práctica Profesional Clínica de la Urgencia de la Facultad de Psicología (UBA), coordinada por la Dra Inés Sotelo, donde se da cuenta del modo en que los dispositivos de la Salud Mental tuvieron que ser modificados para sostener la práctica en Hospitales y Servicios públicos. Elegimos para este momento en particular tres Hospitales Públicos de Caba y del Gran Buenos Aires. A fines demostrativos, seleccionamos fragmentos de estas entrevistas por considerarlas representativas de la situación actual.

El COVID, el ASPO y la urgencia subjetiva. Adecuación de los dispositivos.

La propagación del virus SARS-CoV-2 significó una enorme conmoción en el nivel planetario. Una de las palabras que intentan nombrar lo que sucede es la palabra desastre que proviene del provenzal *desastre* y que está compuesta de sufijo *dis (separación)* y el sustantivo *astra (los astros).* El desastre es la separación, el desorden de los astros. Si la buena estrella es la que guía el camino, cuando los astros se desordenan perdemos la orientación.

En el libro DATUS (2015), Inés Sotelo toma la diferencia que realiza Michel Fariña entre desastre y catástrofe: "*desastre*, alude a un trastocamiento disruptivo de los elementos que están por fuera de la órbita del sujeto. Aquí ubicamos el fenómeno objetivo mientras que la *catástrofe*, se refiere a la alteración de las referencias simbólicas en los sujetos, cuando la magnitud del evento excede las capacidades singulares y colectivas. Se ubica esto en el plano subjetivo." (Sotelo, 2015, p.31)

Es aquí donde podríamos ubicar un punto de cruce entre la pandemia y la urgencia.

No todo desastre implica una catástrofe, se trata de diferenciar la urgencia generalizada de la urgencia subjetiva. Entre la urgencia generalizada y la urgencia subjetiva, se ubica la maniobra

[A] *Lic. en psicología UBA docente de la Facultad de Psicología U.B.A. Investigadora Ubacyt. CABA. Argentina. carolinabarrionuevo@hotmail.com*
[B] *Lic. en psicología UNLP Docente de la Facultad de Psicología U.B.A. Investigadora Ubacyt. CABA. Argentina. vlmazzia@gmail.com*
[C] *Lic. en psicología UBA Docente de la Facultad de Psicología U.B.A. Investigadora Ubacyt. CABA. Argentina. lumoavro@gmail.com*
[D] *Lic. en psicología UBA docente de la Facultad de Psicología U.B.A. Investigadora Ubacyt. Master en psicoanálisis U.B.A. CABA. Argentina. vlmazzia@gmail.com*

de los psicoanalistas en los Servicios de Salud Mental. En el contexto de pandemia para alojar las catástrofes subjetivas fue necesario realizar importantes modificaciones en los dispositivos.

Primeros momentos. La urgencia hospitalaria y el desamparo

Ines Tomé, psicóloga del Hospital de Pacheco, sitúa una urgencia primera que sobreviene a la institución hospitalaria, conminada a modificar su funcionamiento de un momento a otro. Las salas de espera pasaron de estar llenas a estar vacías, la internación pasó de ser un espacio de cuidado a conllevar riesgo y amenaza. El paciente llegaba a la guardia para ser atendido, ahora en muchos casos el analista debe llamar por teléfono al "paciente sospechoso de Covid positivo" para preguntarle cómo está. Cambia el espacio, se restringen ciertos accesos y se posibilitan otros, se arman otras maneras de circular. La angustia, que antes era traída por el paciente ahora queda en el personal de salud, que se expone con su presencia al cuidado del otro. El desamparo, frente a lo que no hay, frente a los recursos que faltan o que siempre resultan insuficientes, los deja habitando esa soledad propia de lo que no arma par.

En los hospitales generales en muchos casos se tomó la decisión de trabajar con todos sus integrantes la repercusión subjetiva que trajo la pandemia. Se recortan de las experiencias relatadas en los profesionales una variedad de reacciones: algunos se inmolan en aras de la salud pública, otros la niegan, otros huyen con un miedo paralizador, otros trabajan a destajo hasta que caen exhaustos o enfermos.

Pablo Fridman describe el dispositivo que se puso en marcha desde el Servicio deSalud Mental en el Hospital Alvarez: "inventamos el equipo itinerante de 10 o 15 psicólogos que están dando vueltas por el hospital, van por los servicios, administrativos, limpieza, les preguntan: ¿cómo están? ¿Cómo se sienten con todo esto? ¿Sienten preocupación, angustia? ¿Alguno corrió riesgo de infectarse? ¿Conocen alguien que se haya infectado? Muchas veces la angustia toma la forma de la queja, la pelea, el aburrimiento, el fastidio, atacando las relaciones interpersonales entre profesionales de salud.

En estas dos experiencias vemos el cambio: de esperar la consulta al acercamiento, a la oferta a través de una pregunta.

Romina Gamaldi se refiere a su trabajo en el Hospital Argerich. Trabajaron en un primer momento con todo el personal del hospital: "Algunos se acercaban al servicio, o nosotros nos acercábamos al servicio. A veces de modo individual o con todo un turno de trabajo. Resonaba la frase: "nadie se salva solo". Había una idea de protección, el compañero es un otro que te cuida, que entra con vos a ver a un paciente o te espera para ayudarte a sacarte el equipo. Esto fue un primer momento de rearmado de escena."

Dispositivos de atención telefónica. Cuerpo enfermo y subjetividad

En el Hospital de Pacheco, desde el Servicio de Salud Mental, se acuerda llamar telefónicamente a los pacientes con "sospecha de Covid-19", que esperan luego del hisopado el resultado. Algunos lo hacen de manera ambulatoria, y otros quedan internados, dependiendo el cuadro y la sintomatología.

"Disponer de la sospecha, diríamos, abre la posibilidad del encuentro con un analista que instala la suposición de que puede haber allí un padecimiento que merezca ser tratado. Sufrimiento que no quedaría acotado o recortado a los síntomas corporales. Tomé se pregunta, a partir de una de esas entrevistas realizadas, "si la única intervención que se produjo fue que el paciente no quedara reducido a un cuerpo dolorido, o amenazante para el otro (...) produciendo una torsión, entre el modo de ingreso, donde el Otro institucional la recibe 'hablándole desde lejos', a otra voz cercana, que le pregunta cómo está".

En el Hospital Álvarez se crearon diferentes equipos: un equipo especial para terapia intensiva y otro equipo post terapia intensiva.

Resaltamos de estas experiencias, por un lado, el valor de la pregunta que sorprende, que revitaliza, tanto al personal de salud como a los pacientes enfermos de Covid. Por otro lado, como sostiene Pablo Fridman, la importancia de dar lugar a los efectos de la enfermedad física sobre

los sujetos: "Dejar de ser un cuerpo que se enferma a pasar a ser un sujeto que tiene un cuerpo que se enferma, la enfermedad física interpela al sujeto".

En el Hospital Argerich, el equipo de interconsulta trabajó con pedidos de los pacientes a los que se le volvía insoportable el aislamiento, o se enteraban estando en el hospital que otro familiar había fallecido.

Además se trabajó desde el inicio con pacientes covid y sus familias; primero con los equipos de UTI y terapia intermedia. Luego, con todos los familiares de pacientes covid. Romina Gamaldi reflexiona al respecto: "El dispositivo fue pensado desde la lógica del psicoanálisis y la clínica de la urgencia. ¿Cómo responder a ese "Para todos"? Decidimos hacer un primer contacto, una primera llamada al que llamamos triage, es una primera lectura y se decide una intervención. El primer contacto lo pensamos para constituirnos en un otro a quién dirigirse, el hospital, al no ser de referencia, aparecía como anónimo, los informes se recibían por teléfono, no podíamos decirles si está angustiado, llame, ¿a quién?."

En palabras de Inés Sotelo, se trata de alojar aquello que agujerea el saber médico, realizar el acuse de recibo de ese grito, singularizar lo traumático y abrir el espacio deseante. (Sotelo, 2020)

La virtualidad es pensada como una herramienta más para operar en el registro de la táctica, la cual "podremos elaborar en un tiempo de post pandemia, cuando podamos constatar el saldo de saber que estas innovaciones generan.(…) El analista lacaniano, libre del clásico encuadre de antaño y valiéndose de los matemas para formalizar su clínica, podrá hacer un cálculo de la táctica considerando el contexto y podrá ajustar la estrategia de acuerdo a la posición subjetiva en juego sin embargo se mantendrá orientado por la ética, la que trasciende a todo dispositivo. "(Rojas,2020)

Para concluir

En las entrevistas realizadas se pueden ubicar distintos movimientos: el rearmado de la escena con otros, primero, dentro del Equipo de Salud Mental y luego con los demás equipos y con el personal del hospital. El armado de dispositivos, en su mayoría telefónicos con pacientes con COVID y familiares, y luego, adaptación de la consulta general, combinando la modalidad presencial y la virtual. Alojando laangustia a través de una interlocución que permita abordar la subjetividad arrasada por la enfermedad, padecida o temida.

El analista que se ofrece como destinatario de una demanda, "intenta anudar la crisis al campo del Otro.(…) Lo que no quiere decir que el analista sugiera que él pueda cambiar algo. Solamente, él está ahí, incluso designado por su impotencia, está ahí como interlocutor. No tiene que mostrarse de otra manera; no tiene la solucióna la crisis."(BRIOLE,2020)

Bibliografía:

Briole,G. El trauma: momento de crisis por excelencia VIRTUALIA #39 2020
Sotelo, I. (2015) "Datus. Dispositivo Analítico para el Tratamiento de Urgencias subjetivas. Olivos, Grama ediciones
Sotelo, I (2020) Jornada del Día Internacional de la Salud Mental. Mesa plenaria. La psicología en la Pandemia, Perspectivas Clínicas.Facultad de Psicología.UBA. https://www.youtube.com/watch?v=MBmLrRBJdbI&t=8s&ab_channel=UBApsicologia
Rojas, A.(2020) "La práctica analítica en tiempos de Pandemia". Escritos Virales 1. Publicación virtual de la Agrupación de Graduados Convergencia Académica. Fac de Psicologia UBA
Equipo de investigación: U.B.A.C.yT 20020170100777BA. Directora: Dra. Inés Sotelo.
Miembros del equipo: Belaga, Guillermo; Rojas, Maria Alejandra; Leserre, Lucas;Santimaría, Larisa; Fazio, Vanesa Patricia; Miari, Antonella Silvana; Mazzia, Valeria;
Paturlanne, Emilia Luciana; Tustanoski, Graciela; Ro- driguez, Lucas; Trivero, Gabriela;
Melamedoff, Daniel Martin; Vizzolini, Leandro; Gasquet, Gabriela; Moavro, Lucía; Branca,
Benjamín; Barrio- nuevo, Carolina; Saraceno, Gustavo; Amor, Mauro; Regojo, Daiana; Olexin,
Eugenia; Acosta Córdoba, Sol; Tolone, Camila.

EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD: LA PROBLEMÁTICA DEL CUIDADOR PRINCIPAL

Julieta Zucchelli [A]

Introducción

En el siguiente trabajo se intentará abordar una de las aristas del posible trabajo en el dispositivo de interconsulta, aquella vinculada a las intervenciones familiares. Resulta conveniente resaltar la complejidad que este trabajo implica para profesionales no médicos que comienzan a transitar el ámbito hospitalario, teniendo que abordar el discurso disciplinar sobre la enfermedad y dialogando con diferentes actores (los profesionales médicos, no médicos y familiares). Al momento de realizar una interconsulta son muchas las preguntas que uno, como interconsultor psi, se plantea anticipadamente: ¿Por qué se solicita la evaluación?¿Cuál es la situación clínica? ¿Cuál es la conflictiva psíquica del paciente? ¿Hace cuánto está internado y cuánto falta para su alta? ¿Cuál es el pronóstico? ¿Qué esperan otros profesionales de nuestra intervención?

Las respuestas varían infinitamente según la singularidad de la situación, sin embargo podríamos establecer ciertos denominadores comunes. Entre ellos resalta la frecuencia en que las familias ocupan un lugar central en el pedido de interconsulta: por su ausencia, o excesiva demanda, o su reticencia a aceptar ciertas indicaciones médicas, o por la respuesta emocional a la situación de internación y tratamiento, las familias se configuran, en el trabajo diario, como un elemento indispensable en la interconsulta. Pensadas cotidianamente como instituciones del cuidado, muchas veces flanquean en su supuesta tarea universal. A través del discurso del paciente, de los médicos o de los familiares mismos, la demanda de un acompañamiento psicológico se hace cada vez más prioritaria a la hora de pensar la psicología de enlace .

Por lo cual en el siguiente artículo se abordarán las cualidades del trabajo posible con los familiares de pacientes internados en el hospital general con diagnóstico de una enfermedad grave o crónica, quienes generalmente se hacen cargo de los cuidados necesarios.

La familia como encargada de los cuidados informales

Aquellos que hayan podido tener la experiencia de transitar el ámbito hospitalario, seguramente hayan percibido cómo el sistema de salud delega gran parte de las tareas de cuidado de los pacientes sobre sus familias, y particularmente, en el caso que haya, la pareja. También es explícita la llamativa falta de recursos existentes para que las familias utilicen como apoyo para responsabilizarse de los cuidados. El sistema público de salud no cuenta con la cantidad de recursos necesarios y cuando se solicita ayuda de algún tipo como instituciones de rehabilitación, cuidadores o enfermeros, tienen prioridad aquellos pacientes que no cuentan con una red de contención ni familia que pueda ocuparse de la situación de enfermedad.

Frente a la falta de recursos institucionales, múltiples casos ejemplifican claramente que la familia puede ser definida como "l*a unidad ética de cuidado*", ya que se configura como la principal suministradora de asistencia frente a las necesidades que representa una enfermedad crónica y/o discapacitante.

Se entiende como "*cuidado informal*" a un sistema de prestación de cuidados no remunerado a personas dependientes, por parte de familiares, amigos u otros referentes caracterizado por la ausencia de organización explícita (Zabalegui, et al., 2004). Estas actividades se relacionan con la satisfacción de las necesidades que las personas con diferentes grados de dependencia no pueden satisfacer por sí mismas, sean de alimentación, aseo, traslado, vestimenta, acompañamiento en el tratamiento, consultas médicas, etc. La naturaleza exacta de estas demandas varía dependiendo de la severidad del proceso de la enfermedad, del grado y tipo de incapacidad (sensorial, motora o cognitiva), de la severidad en el pronóstico de vida, del curso de la enfermedad crónica (con re-

[A] Residente psicóloga de tercer año del Hospital J.M. Ramos Mejía CABA. Argentina. julizucche@gmail.com

caídas o progresiva), de los protocolos de tratamiento y sus efectos secundarios, y del dolor y síntomas de impotencia e inhabilidad experimentados por la enfermedad.

Si bien la familia es homologada a una institución de cuidado, hay que mencionar que en su interior, la tarea es llevada adelante por alguien que asume la responsabilidad de atender y conferir los cuidados necesarios a la persona con discapacidad: *el cuidador principal*. Las necesidades del paciente podrían ser distribuidas entre todos los miembros de la familia, pero lo cierto es que habitualmente sólo uno asume toda la carga (Bail, 2016).

Generalmente son las mujeres adultas de los grupos familiares, madres, hijas o cónyuges, quienes ejercen la función de cuidadora principal (García et al., 2004). Con frecuencia se naturaliza y se recalca la capacidad y disponibilidad para cuidar, cualidades que se consideran innatas, en vez de ser entendidas como fruto de la socialización y del peso del mandato cultural que asigna tareas diferenciadas por género (del Valle Murga, 2004).

A pesar de que el proceso de designación del cuidador principal se presenta muchas veces como instantáneo e implícito, asumir este rol puede significar un momento crítico en las vidas de muchas mujeres (Bail, 2016). La asunción de la función de cuidador implica la elaboración de la enfermedad que padece su familiar, del estadio en el que se encuentra y la posibilidad de pérdida del mismo. Asuntos que no son dados y que requieren de un tiempo de tramitación. Además es importante mencionar el coste objetivo, ya que es una tarea solitaria que exige tiempo y que obstaculiza el desarrollo de las relaciones sociales, la independencia y el ocio.

De esta forma la responsabilidad del cuidado de un familiar implica una *carga*. Por un lado, la medición objetiva de esta carga toma en cuenta la cantidad de tiempo y esfuerzo que se invierte en cuidar, el tipo de servicio brindado, los recursos financieros gastados en el cuidado, etc. Por otro, la medición subjetiva toma en cuenta el aspecto emocional, es decir, las repercusiones afectivas que la tarea produce y que generalmente se tienden a minimizar o ignorar (Bail, 2016). Sin embargo la sobrecarga que produce la tarea del cuidado, conlleva la aparición de sentimientos de culpa, ansiedad, alteraciones en la convivencia familiar, problemas conyugales, aislamiento social, entre otros. (Esteban Galarza, 2004).

Muchas veces, tendemos a ignorar las dificultades que puede generar la situación de enfermedad en los familiares y cuidadores, centrándonos en las repercusiones que tiene el "estar enfermo" para el paciente internado. Considero importante poder apoyar al cuidador principal, proporcionando información y contención y a la vez habilitando las ambivalencias y contradicciones que se generan en cada etapa de aceptación de una enfermedad crónica y discapacitante.

El trayecto de la enfermedad y la pareja

Habiendo intentado desnaturalizar el proceso por el cual las familias y en especial las mujeres como madres o cónyuges, tienden a hacerse cargo de la protección y cuidado de los familiares con una enfermedad crónica o discapacitante, considero relevante pensar respecto al cómo acompañar la trayectoria de la enfermedad para la persona que se encarga de dichas tareas. Como se mencionó, generalmente la función de cuidado se encuentra bajo la responsabilidad exclusiva de un familia, lo cual implica realizar cierto trabajo respecto a la aceptación de la enfermedad y las modificaciones que dicha situación genera en la dinámica de la familia y la pareja.

A partir del diagnóstico (y tomando en cuenta la complejidad del mismo que incluye el estado de la enfermedad, el pronóstico, el tratamiento a realizar, entre otros) se genera en la familia una desestabilización considerada parte del proceso normal de la aceptación de la enfermedad. Sin embargo también se pueden localizar ciertos *puntos de atascamiento* dentro de la familia, sobre los cuales los miembros del núcleo familiar parecen paralizarse o no disponer los recursos de afrontamiento necesarios. El reconocimiento de estos puntos de atascamiento o desequilibrantes, es imprescindible ya que serán los ejes de intervención del interconsultor-psi (Lewis, 2010).

Uno de los elementos fundamentales para el acompañamiento de la pareja y/o el cuidador principal, es la *comunicación del diagnóstico* y la disponibilidad para poder abordar ciertas reacciones frente a la enfermedad. La información brindada por parte del equipo médico es indispensable en

la primera etapa. Los cuidadores principales suelen buscar más activamente información y será parte del trabajo médico adaptar la misma para que sea comprensible para el familiar, teniendo en cuenta tanto los aspectos biológicos de la enfermedad, sus síntomas y tratamiento, así como los aspectos emocionales, es decir el curso esperado de reacción emocional frente a la enfermedad (Northouse y McCorkle, 2010).

Por otra parte, es indispensable favorecer una *comunicación abierta* entre los integrantes de la pareja sobre una amplia gama de temas relativos a la situación de convivencia con la enfermedad. Rolland (2010) recalca que ciertas modalidades en la comunicación de la pareja, que antes de la enfermedad pueden haber sido funcionales, con frecuencia se vuelven inadecuadas. Por lo cual es necesario ir abordando paulatinamente y no sin resistencias, diversas temáticas: la comprensión de la enfermedad y sus demandas psicosociales en el transcurso del tiempo; las creencias acerca de quién o qué provocó la afección y qué podría modificar su curso; cómo convivir con la amenaza de pérdida; cuáles eran las prioridades personales, de los demás miembros de la familia y de la relación; cuáles eran los roles de paciente y prestador de cuidados dentro de la familia; entre otras. A pesar de que muchas de estas preguntas no tienen una respuesta fehaciente, el hecho de poder comenzar a configurarlas e intentar elaborar las respuestas propias para la pareja en esta situación singular, se vuelve un elemento tranquilizador. La comunicación sobre estos temas apunta a minimizar el uso de la evitación como mecanismo de defensa, permitir procesar la experiencia de la enfermedad y mejorar la capacidad de apoyo mutuo.

Otro punto de intervención fundamental en el trabajo con la pareja, se configura en el momento de transmisión del diagnóstico. Muchas veces las familias, solicitan intensamente al equipo médico que no le comenten las nuevas noticias al paciente debido a que no sería positivo para el tratamiento. Diversos autores han conceptualizado dicha situación como *pacto o muro del silencio* (Ruiz-Benítez de Lugo Comyn, 2008) el cual puede ser definido como un acuerdo, implícito o explícito entre los familiares, allegados y profesionales de la salud, de distorsionar u ocultar, total o parcialmente, la información sobre su situación (diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico) al paciente, sin tomar en cuenta sus deseos de saber. Entre las fantasías de empeoramiento que suelen tener los familiares, se pueden ubicar: que aparezcan síntomas depresivos, pérdida de interés por la vida, locura, empeoramiento del estado físico o sufrimiento innecesario. Otros factores que suelen propiciar el deseo de ocultamiento tienen que ver con la preocupación por el desborde emocional, dificultades de comunicación con el familiar, conductas de evitación y miedo ante la muerte presentado por el cuidador. En caso de que el pacto de silencio persista, podría generar en el paciente sentimientos de aislamiento y soledad (Barra García, 2002).

Por otro lado diversos autores describen la posibilidad de que en la pareja exista cierta *desconexión interpersonal*, que surge frente a la imposibilidad de soportar la presencia de la enfermedad en el ser querido y a la dificultad para responder afectivamente a pensamientos y sentimientos generados por la amenaza de la misma conlleva. De esta forma, cuando una afección es crónica, una de las principales razones por las que probablemente ambos integrantes de la pareja posean dificultades en el vínculo, es que la relación se convierte en un constante recordatorio de la pérdida a la que enfrenta la enfermedad (Rolland, 2010). La desconexión interpersonal es muy común cuando miembros de la pareja están atravesando momentos diferentes del entendimiento de la enfermedad.

Con el objetivo de desfavorecer este proceso, el trabajo implica tratar de identificar y normalizar sentimientos ambivalentes, establecer límites claros respecto a la posibilidad de cuidado y protección y equilibrar las asimetrías que suelen producirse en las relaciones.

De esta forma, resulta importante trabajar el supuesto sobre a quién afecta la enfermedad.

Un enfoque altamente técnico y médico de la enfermedad del paciente en la fase inicial de diagnóstico promueve una definición del problema como exclusivamente individual. Sin embargo es necesario cuestionar este concepto básico ya que, si la convivencia con la enfermedad o la discapacidad es definida sin discusión como el problema de una sola persona, todas la interacciones

significativas de la pareja se verán sesgadas por esta premisa, y su relación se convertirá en una relación desigual (Rolland, 2010). La intervención apuntará a *equilibrar las asimetrías de la relación* considerando a la afección como un tema conjunto, en el que el impacto psicosocial se define reconociendo las cargas físicas y psicosociales de ambos cónyuges. La pareja se ve más fortalecida cuando puede considerar su difícil situación de un modo equilibrado, minimizando la presencia de resentimiento, sentimientos de culpa y distanciamiento.

Teniendo en cuenta los conceptos mencionados se intentó formalizar algunas de las tareas del interconsultor-psi dentro de la sala de internación. Se trata entonces de localizar las necesidades, dificultades, preocupaciones y temores que se presentan tras el diagnóstico como puntos de intervención. Por otra parte también se considera relevante poder evaluar y potenciar los recursos que la familia ya posee intentando reducir la sensación de impotencia y aumentando la de control, a la vez que se valoran los factores de riesgo intentando prevenir las posibles complicaciones y ofrecer alternativas (Arranz, Barbero, Barreto y Bayes, 2003).

Red social y soledad en las enfermedades crónicas y/o discapacitantes

Como se ha desarrollado anteriormente, cuando se produce una crisis en la salud de una persona, el impacto negativo se detecta tanto en el paciente como en la familia que constituye su entorno. Una de las consecuencias principales puede manifestarse en la merma de la red social de apoyo, la aparición del sentimiento de soledad, y el sentimiento de desprotección (Bail, 2014).

La *red social personal* es definida por Sluzki (1996) como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Esta red social personal, constituye una de las claves de la experiencia individual de identidad, bienestar y competencia, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis. Bail (2006) plantea que una red social estable, sensible, activa y confiable protege a la persona contra enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y rapidez de la utilización de servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida. De esta forma existe evidencia de que el apoyo social tiene efectos en la salud de las personas, así por ejemplo, Didier (1985) propone que pertenecer a una red social nutrida y preocupada se relaciona con mejores niveles de salud tanto física como mental.

La red del paciente y del cuidador (Seidmann, 2001), se ven seriamente afectadas por la enfermedad crónica, siendo mayor el deterioro cuánto más visible sea la enfermedad en cuestión. Por lo que la problemática de la soledad es un aspecto que merece ser tenido en cuenta a la hora de trabajar con pacientes y/o familiares. Frente a la novedad de la enfermedad y la repercusión de las mismas en el estilo y ritmo de vida, es habitual que pacientes y familiares estén y/o se sientan solos, experiencia, que al hacerse crónica puede tener enormes consecuencias psicológicas. El sentimiento de soledad, fue definido por Salinas (1947) como la distancia interior que percibe una persona en relación a los otros, experiencia subjetiva, que puede ocurrir incluso si se está rodeado de personas.

Frente a esta problemática, una propuesta para paliar las consecuencias de la crisis que la enfermedad representa, es el armado de *grupos* tanto para personas con enfermedad crónica como para los cuidadores. En ellos podría configurarse una nueva red social de apoyo donde los pacientes puedan compartir las experiencias que se encuentran atravesando y constatar que otros padecen por razones similares. La dinámica grupal también permite evaluar las estrategias que usan los otros miembros del grupo para afrontar las dificultades que se les presentan frente a la afección (Bail, 2006). De esta forma, la palabra emitida por los pares, resulta una opinión altamente valorada para hacer frente a las dificultades propias. En los grupos, los participantes van cotejando experiencias con otros, produciéndose de esta forma no solo el aprendizaje de habilidades de afrontamiento ante las dificultades que se le presentan, sino un sentimiento de satisfacción personal y aumento de la autoestima producto de saberse poseedor de una destreza, y de haber ayudado a otro en hacerle frente a una enfermedad o al cuidado de un familiar.

Resulta relevante pensar en dispositivos de este tipo ya que el trabajo de minimizar la carga

derivada del cuidado, exige abordar el tema desde una perspectiva intersectorial, en la que se habiliten diferentes tipos de apoyos comunitarios que les permita a las cuidadoras realizar las tareas asignadas con el menor costo posible en términos de salud, calidad de vida, impacto económico y relaciones sociales. En este sentido resulta importante identificar y promover en los servicios, dispositivos institucionales que puedan servir de apoyo a la tarea de cuidar.

Conclusión

A lo largo del recorrido de este escrito, la intención fue realizar cierta aproximación a la problemática del cuidador principal, intentando configurar nuestra posibilidad de intervención como interconsultores psi. Seguramente en cada caso presentado, el trabajo se vaya estructurando a partir del desarrollo de la enfermedad y las demandas consiguientes del equipo médico, el paciente y su familiar, lo cual exigirá repensar constantemente el lugar como psicóloga, no sin dificultades y contradicciones.

Si bien considero que las intervenciones mencionadas son muy acotadas y que podrían continuar complejizándose, pueden ofrecerse como disparador para pensar cómo el diagnóstico de una enfermedad grave afecta al entorno del paciente, comenzando a visualizar e identificar las peculiaridades de esta situación y los puntos de padecimiento sobre los cuales el psi puede intervenir. Se tratará de hacer una lectura dinámica de la modalidad vincular, para ubicar aquellos puntos de dificultad, intentando establecer conflictos, identificar demandas, diferenciar historias u oficiar nosotros mismos de sostén.

En este sentido considero relevante aclarar que el trabajo no busca conseguir "buenos cuidadores", es decir adecuar al familiar para que cumpla el rol socialmente esperado, sino que el objetivo es abrir un espacio en el cual se puedan explicitar las dificultades, ambivalencias y contradicciones que genera la enfermedad y sus cuidados, muchas veces negadas, y comenzar el tejido de una narrativa que considere el por qué y el cómo se quiere realizar esta tarea. Dichas intervenciones se apoyan sobre la premisa de que equipos de salud debemos incluir a las familias y en ellas a quien se desempeñe en la tarea del cuidado, no sólo como referentes o apoyos para las personas con enfermedades, si no como parte indispensable para el proceso de salud-enfermedad-cuidado y en la posibilidad de simbolización del mismo.

Bibliografía:

Arranz P, Barbero JJ, Barreto P y Bayés R. (2003). Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Protocolos de intervención. Barcelona: Ariel.
Baider L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. Inter J Clin Health Psychol, 3: 505-20.
Bail Pupko, V.; Vidal, V. y Rigueiral, G. (2006) La intervención comunitaria en las enfermedades crónicas. Publicaciones de la Facultad de Psicología, UBA.
Bail Pupko, V. (2014) Crisis soledad y estrategias de afrontamiento. En La piel que habla (pp. 105-125) Ed. Catálogos
Bail, V. (2016) La problemática del cuidador familiar: salud y sobrecarga. En Cuidando a quienes cuidan. Guía práctica para cuidadores de enfermos crónicos (cap. V, pp. 93-104) Ed. Catálogos.
Barra García B. El efecto de la información en el proceso oncológico. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 2002.
Barreto MP, Molero M, Pérez MA. (2000). Evaluación e intervención psicológica en familias de enfermos oncológicos. En F. Gil. (Ed.) Manual de Psico-oncología. Madrid.
Del Valle Murga, T. "Contenidos y significados de nuevas formas de cuidado". En Rincón, A. (Coord.) Congreso Internacional SARE 2003 Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado. Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea, Fondo Europeo. Vitoria-Gasteiz, 2004. http://www.emakunde. euskadi.net
Didier, M. (1985)Redes sociales y búsqueda de ayuda. Revista Chilena de Psicología, Vol. VIII, Nº 1, pags. 3-7
Esteban Galarza, M.L. "Cuidado y salud: Costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y Cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución". En Rincón, A. (Coord.) Congreso Internacional
SARE 2003 Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado., Fondo Europeo. Vitoria-Gasteiz, 2004.
García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren. (2004). "El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad". Gaceta Sanitaria V.18 Supl.1 Barcelona.
Lewis, F.M. (2010). The Family´s "Stuck Points" in Adjusting to Cancer. En J.Holland, W.Breitbart, P.Jacobsen, M. Lederberg. M Loscalzo y R.Mc.Corkle (Eds). Psycho-Oncology. Oxford: Oxford University Press.
Northouse, L. y McCorkle, R. (2010). Spouse Caregivers of Cancer Patients. En J.Holland, W.Breitbart, P.Jacobsen, M. Lederberg. M Loscalzo y R.Mc.Corkle (Eds). Psycho-Oncology. Oxford: Oxford University Press.
Rolland, J. (2000) En la salud y en la enfermedad: cómo ayudar a las parejas a superar los desafíos. En Familias, enfermedad y discapacidad (pp.302-345). Barcelona: Gedisa.
Ruiz-Benítez de Lugo, M.A. (2008). EL Pacto de Silencio en Ios Familiares de los Pacientes Oncológicos Terminales. Psicooncología, 5 (1): 53-69.

Salinas, M. (1947) El sentimiento de soledad. México, Editorial Pax-México.
Segato, R. (2018). Contra-pedagogías de la crueldad. Ciudad de Buenos Aires: Prometeo Libros.
Seidmann, S; Bail Pupko, V.; Acrich, L.; Stéfani, D. (2001) "Cuidando a un familiar enfermo. Una aproximación cualitativa", IX Anuario de Investigaciones de la Fac. de Psicología (UBA) . Buenos Aires, año 2001: pág. 96-99.
Sluzki, C.E. (1996), La red social: frontera de la práctica sistémica, Barcelona, Gedisa.

EN BUSCA DE UN NOMBRE: CONCEPTUALIZACIONES SOBRE EL GOCE EN LACAN

Laura S. Alfaro [A], Bruno Baldi [B]

Introducción

El objetivo del presente trabajo es el de articular la conceptualización del término Goce en tanto entendido como un lugar en la estructura, con el recorte de un caso clínico. A su vez se propondrán posibles relaciones del mismo con los conceptos de deseo, demanda y repetición como son presentados por Jacques Lacan en diferentes momentos de su enseñanza.

Recorte del caso

Una paciente de 40 años, refiere al momento de la entrevista, estar desde hace tres años en pareja con una persona en recuperación de sustancias psicoactivas -cocaína y alcohol-.

Relata repetidas situaciones de violencia tanto verbal como física en la dinámica de pareja.

Asimismo comenta que ella misma había sostenido un período de un mes de consumo de sustancias psicoactivas, el cual asocia a la separación de una pareja anterior luego de descubrir sus infidelidades.

Posteriormente, conoce a su actual pareja a quien ella comenta le es infiel manteniendo encuentros sexuales con desconocidos. Comenta que varias veces ha intentado separarse de este hombre, pero no puede, comparando estas separaciones a "abstinencias", manifestando a su vez "consumo relaciones". El pedido que formulará en la primera entrevista será el de volverse fuerte para poder separarse definitivamente y estar "*bien sola*".

En las sucesivas sesiones, comentará conflictos con su pareja, desencadenados por celos de la paciente ante ideas de que puede ser dejada por otras mujeres. La paciente logra dar cuenta de lo infundado de dichos celos, no pudiendo sin embargo evitar sentirse invadida por lo que estos sentimientos le generan. Refiere que en este punto, para herir a su pareja lo amenazaba con serle infiel.

Respecto de su historia refiere haberse criado en un hogar económicamente acomodado y, no haber sido tenida en cuenta en el seno familiar. A los 6 años sus padres se separan, y, de acuerdo al relato materno la separación habría sido consecuencia de una infidelidad del padre. El padre abandona el hogar familiar, para luego volver y nuevamente irse con su amante. La paciente formulará angustiada una pregunta ante esto: "por qué volvió si iba a irse".

Otra sesión, iniciará con una frase que le dijo a su actual pareja al empezar la relación: "*yo puedo con todo, no paro, no sé si vos vas a poder seguirme*". A su vez comentará al analista "*no sé si me sigue con todo lo que le cuento*". Ante lo que la respuesta que se dio fue "te escucho". Seguido a esto, comentará que siempre llegado cierto punto en sus relaciones encuentra algo en lo que sus parejas no le dan lo que pide, punto en que *le* fallan. Empezará a quejarse de los hombres que elige: hombres que no le prestan atención, con los que no se puede hablar, que no la entienden.

[A] *Lic. en Psicología (UBA)/ Lic. en Economía (UBA)/ Concurrente del Htal. Álvarez / Psicóloga en la DGRPJ del CDNNyA (GCBA)/ Docente Universitaria (UBA). CABA. Argentina. lic.laura.alfaro@gmail.com*
[B] *Lic. en Psicología (UBA)/ Concurrente del Htal. Álvarez. CABA. Argentina. lic.baldibruno@gmail.com*

Referirá de su pareja: "*se alcoholizó y lo eché, volvió y lo acepté… ¿por qué volvió?".* Se le señala que es la misma pregunta que se ha hecho respecto a su padre. Asociará con la tendencia que tiene llamar a su padre para ver si accede a sus pedidos de verlo. Pedidos que éste ignora o rechaza con excepciones en que la paciente sabe que se verán para escucharlo quejarse por sus problemas de pareja y no ser escuchada ella.

En una sesión se producirá un deslizamiento del *puedo con todo* a *puedo con todos* respecto a poder seducir a los hombres. Ante la pregunta *¿con todos?*, responderá llorosa sobre el malestar que le genera la distancia con su padre.

Comienza a hablar de las cosas que hace con intención de llamar la atención y ser vista, los "personajes", que sostiene. Al mismo tiempo asocia el sentimiento de rechazo e incomprensión, con aquello que la mueve a sus encuentros con otros hombres, donde lo que busca no es el encuentro sexual en sí, sino signos de amor de esos partenaires.

Durante el tratamiento dos significantes emergen: *"loca"* -en el que decanta sus episodios de celos y de crisis de agresividad- y *"puta"* -que surge bajo la forma de la negación *no soy una puta,* a partir de sus relatos de infidelidades-.

Ambos significantes los vincula a los dichos y mirada de sus parejas en general y de su padre en particular. Por un lado, *"puta"* a partir del rechazo en la mirada erotizada de su padre -quien criticaba su forma de vestir nombrándola de ese modo en la época en que la paciente fue madre-. Por otro lado, *"loca"* será el índice de la apreciación paterna por la madre.

A partir de esto, comienza a tomar relevancia el significante *injusticia,* con el cual la paciente empieza a nombrar las situaciones que le generan malestar, angustia o violencia y tendencia a romper objetos.

Durante las sesiones lo injusto, se asociará con lo maldicho y con la no justeza de las palabras, punto en que la paciente no se siente correctamente nombrada por sus parejas, con el saldo de los lugares de puta o loca que actuaba en su vida diaria.

Articulación con la teoría

En relación al modo de presentación inicial de la paciente, si bien el tema del consumo de sustancias no tiene prevalencia durante el tratamiento, es posible rescatar algunos elementos que orientan respecto a los sintomático en la paciente y respecto a su lugar en el Otro. Aparece en su decir la repetición sintomática: *consumo relaciones*, enlace repetitivo a hombres con ciertas rasgos, al tiempo que es ella misma quien pasa de un hombre a otro sin poder puntuar lo que la fuerza a ese recorrido.

Respecto al síntoma, Lacan (1974) refiere que "el sentido del síntoma es lo real, lo real en tanto se pone en cruz para impedir que las cosas anden" (p.84). Asimismo Lacan (1969-1970) refiere que "lo real es lo imposible (...) el tope lógico de aquello que, de lo simbólico, se enuncia como imposible. De aquí surge lo real" (p.131). Real y síntoma se relacionan en el punto en que el síntoma da cuenta de algo que se presenta como imposible en el sistema significante, es decir, en las articulaciones significantes posibles en el campo del Otro. El síntoma en sí será el intento de inscripción, de escritura de algo que no deja de fallar en su persistencia.

Respecto del pedido inicial de tratamiento -*hacerse fuerte para estar "bien sola"*- allí se ubica el equívoco, es decir la tensión entre el *sola bien* o *bien sola*. Siguiendo a Lacan (1960) se puede pensar que "si llevamos al sujeto a alguna parte, es a un desciframiento que supone ya en el inconsciente esta clase de lógica: donde se reconoce por ejemplo una voz interrogativa o incluso la marcha de una argumentación" (Lacan,1960, p.757). Es por la vía de este desciframiento supuesto al inconsciente que se prosigue el tratamiento con la paciente, bajo la pregunta de qué es lo que se demanda responder en las distintas modalidades de repetición que se despliegan en el tratamiento.

Los significantes que se recortan en su decir -loca, puta- se asocian con las marcas en su historia, al tiempo que se ubican en relación a sus demandas -ser mirada, ser hablada amorosamente, ser escuchada- en tanto la demanda es articulación significante en sí misma.

Asimismo el saldo de esas demandas, refiere a un punto que no puede ser terminado de ubicar

en lo significante pero que es designado por la cadena misma, como necesario y que relanza nuevamente el circuito. Lacan indicará respecto a las vueltas de la demanda que "lo que constituirá esta cadena tendrá la propiedad de ser un significante en más que se constituye del cierre de una cadena, un significante incontable (...) aquel que no es tomado por la cadena" (Lacan,1966-67, p.21) Por otro lado, ese significante faltante, podrá relacionarse con el sujeto en tanto faltante, cuando Lacan (1960) señala en relación al cierre de la cadena significante en términos de completud del Otro que "esa cuadratura es imposible, pero solo por el hecho de que el sujeto no se constituye sino sustrayéndose a ella y descompletándola esencialmente por deber a la vez contarse en ella y no llenar en ella otra función que la de la falta" (p.767). En el mismo texto, Lacan indica que ese significante faltante, "es impronunciable pero no su operación, pues ésta es lo que se produce cada vez que un nombre propio es pronunciado. Su enunciado se iguala a su significación" (Lacan, 1960, p.779).

En relación a la paciente se puede pensar que, tanto en los encuentros con sus amantes como en los desencuentros con su pareja, se juegan los fallos en escribir un nombre propio, lo cual se vincula con lo que Lacan (1960), refiere de que "el neurótico es en el fondo un Sin-nombre" (p.786).

De forma homóloga a la formulación de ese significante que aparece por su ausencia, Lacan (1960) refiere el surgimiento del ser: "¿pero de dónde proviene ese ser que *aparece como faltando* en el mar de los nombres propios" (p. 779). A su vez lo explica en su operación en relación a un lugar en la estructura: el Goce; "Soy en el lugar donde se vocifera que 'el universo es un defecto en la pureza del No-Ser'" (1960, p.780) y prosigue "Y esto no sin razón, pues de conservarse, ese lugar hace languidecer al Ser mismo. Se llama el Goce, y es aquello cuya falta haría vano el universo" (p780). De este modo el Goce emerge como lugar donde se designa el sujeto como resto de ser, el Goce aparece como faltante, y de conservarse (como faltante) hace languidecer al Ser (que se vuelve en falta), pero a su vez de faltar (el Goce) haría vano el universo, en tanto el mismo es universo de discurso y discurso del Otro en tanto inconsciente.

A eso alude la paciente cuando indica la *injusticia* del Otro, en tanto los significantes no la nombran con justeza, pues en el lugar donde se espera la palabra justa que la signifique como totalidad, lo que se presenta, como respuesta es la falta del Otro como falta de garantía de las relaciones entre los significantes. En ese mismo punto es donde siguiendo a Muñoz podemos ubicar a su vez el goce ya que "el goce se localiza en la enunciación inconsciente." (Muñoz, 2019, p. 286), es decir en el trayecto que va de la pulsión como relación del sujeto con la Demanda, al significante de la falta en el Otro.

De esta manera el goce es una presencia que se expresa a partir del defecto del significante en intentar significar todo. Pero a su vez, estando en relación a la vociferación, la voz como objeto "a" articulado al Superyó. En el Seminario sobre la Angustia, Lacan (1962-1963) señala este punto al decir que "corresponde a la estructura del Otro constituir cierto vacío, el vacío de su falta de garantía (...) es en este vacío, donde resuena la voz (...) en tanto que imperativa, en tanto que reclama obediencia o convicción" (Lacan, 1962-1963 p.298). Pero a su vez respecto de la voz como pulsión invocante Lacan (1962-1963) señala que "es ahí, donde debe emerger, en una forma pura, el deseo en el Otro" (p.315). De esta forma, deseo, ser, goce y voz, se encuentran anudados a partir del punto central de la falta.

Podemos suponer la deriva de la paciente en la serie de sus diferentes parejas como respuesta a la voz en tanto articulación significante; deriva entre las formas de la loca y la puta, que a su vez la ubican como sujeto entre los significantes, mientras que queda un resto que en relación al Goce como lugar del ser, queda en falta.

En las relaciones que establece la paciente, pueden ubicarse rasgos que se enlazan con las referencias edípicas de la paciente. De modo sintético, podemos señalar los lugares de las mujeres miradas por el padre, a la vez que a sus propias parejas ella referirá los rasgos de indiferencia y rechazo de su padre.

Podemos pensar la relación entre el goce rechazado -por la estructura de la ley significante en sí- con el deseo, ambos mediados por la castración. Lacan referirá que "La castración quiere decir que es preciso que el goce sea rechazado, para que pueda ser alcanzado en la escala invertida de la Ley del deseo" (1960, p.786). De este modo la búsqueda del goce como lugar de realización del ser, en la paciente, se expresa en el recorrido vía los objetos signados por la ley -del significante en tanto dicho lugar es imposible de encontrar y del Edipo en tanto designa para la paciente la dirección en que buscarlos-.

Bibliografía

Lacan, J. (1960). Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano. En Escritos 2. México: Siglo XXI. 2008.
Lacan, J. (1962-1963). El Seminario, Libro 10: La Angustia (Primera ed.). (E. Berenguer, Trad.) Buenos Aires: Paidós, 2006.
Lacan, J. (1966-1967). Seminario 14: La Lógica del Fantasma. Inédito.
Lacan, J. (1969-70). El Seminario, Libro 17: El reverso del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós. 2008.
Lacan, J. (1974). La Tercera. En J. Lacan, Intervenciones y Textos 2 (págs. 73-108). Buenos Aires: Manantial. 2010.
Muñoz, P. (2018). El goce: un problema del ser. En Anuario de Investigaciones. Volumen XXV. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 233-240.
Muñoz, P. (2019). Las voces del Goce. En Anuario de Investigaciones. Volumen XXV. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 281-288.

SOBRE LA NUEVA NORMALIDAD: EL MODULAR Y EL HOSPITAL VIEJO

*Sofía Ugarteche [A]**

La pandemia ha implicado una reformulación de nuestros modos de vida tanto en el aspecto privado como público. Independientemente de la posturas y concepciones individuales que se tengan sobre este fenómeno, a nadie le es indiferente, en tanto implicó una redefinición de modos vinculares, así como de formas de trabajo, actividades recreativas, entre otros aspectos.

Dentro de estas reformulaciones, las tareas y forma de atención en el Hospital Escuela Eva Perón también se vieron modificadas, uno de los componentes más impactantes y determinantes en esto fue la construcción del Hospital Modular 3, uno de los 12 hospitales de emergencia construidos en el país para contener la pandemia.

En el presente escrito voy a tomar viñetas clínicas ocurrida en los hospitales mencionados. Aclaro que cuando mencione *Modular* me estaré refiriendo al Hospital Modular 3, y *viejo* al Hospital Escuela Eva Perón en el cual está ensamblado el primero.

Anibal

Aníbal es un paciente de 67 años que se encuentra en Clínica Médica del hospital viejo. Vino a realizarse una intervención quirúrgica que estaba esperando desde hace algunos años y finalmente llegó el momento. Era una operación compleja, de 10 horas de duración.

Durante el periodo de internación previo a la operación se le detecta covid a otro paciente con quién compartía la habitación, Mateo. Debido a esto, Anibal es aislado y posteriormente hisopado, dando covid positivo él también. A partir de este momento Anibal pasa al hospital Modular, para luego volver al hospital viejo una vez obtenida el alta epidemiológica, en este momento es cuando

[A] *Psicóloga. Residente de 2do año de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM) del Hospital Escuela Eva Perón, Santa Fe. Egresada de la facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Santa Fé. Argentina. sofiugar221@gmail.com*

* *Este trabajo es escrito a partir de prácticas realizadas como residente psicóloga de segundo año de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM) del Hospital Escuela Eva Perón de la localidad de Granadero Baigorria, Santa Fe.*

comenzamos a sostener las entrevistas con el paciente. Él mismo las solicitó, porque no podía "asimilar" lo que había vivido en el modular.

En principio ubica el impacto que le genera que los médicos hayan hablado más con él sobre su situación clínica con respecto al covid que sobre la intervención quirúrgica tan compleja y esperada a la que se había sometido: realmente era una hazaña realizarla, pero no hubo mención sobre eso, todo giraba en torno al virus en su cuerpo. Otra cosa que señala es que le impactó que el riesgo orgánico real y más grave haya sido este contagio, más aún que la misma operación a la que tanto temía, y con razón. Después de ubicar esto comienza a desplegar una serie de situaciones sobre las que vuelve una y otra vez: el pasillo por el que lo llevaban para su ingreso al modular, esa luz blanca que se iba a volver constante, permanente, la sensación de desconcierto, la imposibilidad de orientarse, los días y las noches se volvían lo mismo, no se diferenciaban.

En una ocasión tuvo que presenciar como intubaban de urgencia a Mateo, quien se encontraba a unas pocas camas de la suya. Esto le generó mucho miedo a la muerte. No necesariamente por una cuestión altruista, su temor estaba vinculado con su propia continuidad de existencia. Las camas están una al lado de la otra, y la vulnerabilidad del otro le reflejaba la propia: cuando alguien se descompensaba o moría (en un lugar en donde están internados y aislados por la misma enfermedad) lo enfrentaba con su propia muerte desde un lugar muy gráfico, y sobre el impacto que esto le generaba volvía constantemente. Vió gente irse, de alta, y a otros morir.

Continúa haciendo el paralelismo entre la operación y el covid: en la operación no se enteró de nada, sabía el tiempo que duró porque le contaron, las complicaciones que tuvieron los médicos y cómo las saldaron, pero nada de eso lo experimentó conscientemente. Con el covid pasó 10 días en el modular que se volvieron eternos, llenos de intensidad y tensión. Ubica un momento en el que miraba el techo y de pronto se encontraba viviendo con "indios", en una fogata, cantando, velando por él. Refiere que tiene muy nítida la vivencia de esta experiencia, que escuchaba de lejos voces de la **sala A** del modular, en la que estaba internado, pero que él estaba allá, más arriba, con los indios. También relata con mucha intensidad y emotividad otras experiencias de ese tipo, de sentir que se iba, que se moría, la sensación de desprenderse del cuerpo y volver.

Los días en el modular fueron muy cargados y sentidos, porque así es el Modular, un lugar al que a nadie le es indiferente su pasaje. También cuenta que cuando finalmente lo vuelven a trasladar al hospital viejo siente que vuelve a nacer, que se le dio otra oportunidad. Se cruza en el pasillo a Mateo que también tenía el alta epidemiológica e iba al viejo , se emocionan, se gritan de felicidad, se alegran por el otro y por si mismos, "sentía que lo conocía de toda la vida, que era un hermano de la vida, pero en realidad no lo conozco, no sé nada de él, pero nos unía lo que pasamos en el Modular, y haber podido salir juntos, fue una experiencia que no voy a olvidar", esa herida que al colectivizarse liga, une, entrelaza.

Este entusiasmo duró unos días, pero en un segundo momento su presentación cambió. Ya había pasado casi un mes de internación desde su ingreso inicial por la operación, y era hora del alta. En ese momento comienza a resignificar lo que había atravesado, se afloja, se angustia. Refiere que le da pena estar triste antes de irse, que los médicos lo vean así, después de todo lo que hicieron por él, después de que le salvaron la vida. Pero comienza a entender que, más allá del agradecimiento y la nueva oportunidad, como él la llama, que después de todo casi se muere. Y estuvo así de cerca, y ahora, que la seguridad biológica está garantizada, que ya no se trata de sobrevivir y puede tomarse un momento para volver sobre lo que ocurrió, comienza a sentir vértigo, escalofríos y sobre todo una tristeza profunda, que se reprocha a sí mismo, pero no puede evitar. Comienza a intentar significar esa experiencia traumática, que vuelve en sueños y angustia.

Jorge Rodriguez (2003) hace un análisis sobre veteranos de guerra, y ubica que estos (aquellos que conocieron el horror) no vuelven del mismo modo a su vida cotidiana, sino más bien constituyen un estado "neo-ordinario" en el que coexiste su cotidianidad previa que denomina como "ordinaria" (donde la salud y la integridad física poseen un lugar más silencioso) junto al estado "extraordinario" al que se ven sometidos en la experiencia de guerra. Me parece en este punto in-

teresante tomar esto para ubicar esa "nueva oportunidad" que menciona Aníbal, que implica un volver a su cotidianidad pero de otro modo, habiendo atravesado una experiencia potencialmente traumática, de la que no vuelve igual.

En esta situación podemos ubicar el contagio de covid, y todo lo que esto conlleva, como experiencia traumática: es decir, un factor, relativo a la realidad empírica, externo al sujeto, con el que se encuentra y cuya intensidad supera la capacidad del aparato psíquico para responder, generando una alteración en la organización psíquica, en el entramado que recubría los mundos posibles para los que el terreno imaginario y simbólico se habrían preparado. Desde el punto de vista económico, el incremento de excitación es excesiva, esta nueva condición externa irrumpe sin pedir permiso, obligando a volver sobre ella una y otra vez.

Zoe

Dentro de las modalidades de intervención de Salud Mental en el modular se encuentran los llamados protocolos de visita. Fueron pensados en un principio para aquellos pacientes que se encuentran internados en UTI del modular y cuya expectativa de vida no supera las 24 hs, en estos casos se realiza el ingreso de un familiar o referente afectivo, en principio por única vez, para poder ver a la persona internada. Avanzada la pandemia estos criterios se fueron ampliando y reformulando.

La situación siguiente es la de Zoe, una paciente de 22 años que está en UTI. Se acordó con su familia un ingreso de visita. Cuando los encuentro en la puerta del Modular para explicarles el procedimiento y la modalidad, el padre de Zoe refiere algo alterado y querellante que ingresarán él y su esposa a verla. Y que no había posibilidad de que ingrese uno solo, bajo ningún punto de vista, que se quedarían allí hasta que los dejen entrar a los dos. Le explico que no depende de mí, pero que podía consultar con las enfermeras de UTI para que evalúen la posibilidad de que ingresen ambos. Llamo a enfermería y me transmiten que lo evaluarán y me confirmarán por sí o por no. En ese tiempo el padre no paraba de caminar, estaba muy nervioso. Le consulto si tienen alguna duda o querían que hablemos de algo, y refiere que sí, que está lleno de dudas: que Zoe estaba bien hasta el domingo y no entendía qué había ocurrido, se sentía engañado, estafado. Que ellos son vendedores ambulantes de ajo, y que ella es su hija más chica, su nena, que siempre fue saludable y solo le daba un poco de alergia la pelusa del ajo. Le devuelvo que entiendo que es una situación difícil, el virus es imprevisible a veces, que nos importa lo que les ocurre, que los médicos están atentos a Zoe. En ese momento se quiebra y rompe en llantos, la postura increpante comienza a desarmarse cada vez más, me pide perdón por haberme tratado mal, que está muy nervioso, que tiene miedo. Sostuvimos una entrevista los tres, hasta que una enfermera de UTI finalmente sale del Modular y anuncia que pueden pasar, los dos.

El trabajo con aquellas personas que tienen a alguien amado en el modular es otra vertiente de nuestra práctica, que en algunos casos implica ayudarlos a elaborar lo que está ocurriendo, respetando sus tiempos y procesos, para tal vez, en un momento posterior, según lo que vaya ocurriendo, posibilitar un trabajo de duelo.

A modo de cierre

Estas viñetas son algunos recortes sobre ejes en los que volvemos una y otra vez en nuestro trabajo en pandemia: angustia, trauma y duelo. Es en este terreno en donde es necesario hacerse cuerpo, sostén amoroso, para construir en conjunto (entre todxs lxs actores implicados: trabajadores, pacientes, familiares) condiciones de internación y transición que posibiliten, alivien, al menos un poco, el dolor psíquico que implica este gigante que se impone. Y no es sin poner en juego nuestras propias sensibilidades, a partir del lazo con otrxs, que podremos hacer, tramitar y repararnos.

Bibliografía:

Alizade, Alcira Miriam, Clínica con la muerte, ciudad de Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1996.
Rodriguez, Jorge, Clínica psicoanalítica ante las catástrofes sociales. La experiencia argentina,ciudad de Buenos Aires, Ed.Paidos, 2003.
Rodriguez, Jorge, Clínica de la presencia, diferencia con ausencia y de la presencia, ciudad de Buenos Aires, Texto Inédito, 2020.
Amador Fernández-Savater, crisis de la presencia: una lectura de Tiqqun , revista Fanzine Carne Negra N°4, 2011.

LA PRÁCTICA DEL CONTROL EN EL NIVEL DE LA TÁCTICA

María Alejandra Rojas [A], Vanesa Patricia Fazio [B]

Introducción

A partir de una serie de interrogantes que se desprenden de nuestra participación en investigaciones UBACyT[1], nos proponemos poner en relación la práctica del control y la interpretación desde la perspectiva psicoanalítica.

El control es una práctica fundamental en la formación del analista, de hecho es uno de sus pilares junto a la enseñanza teórica y al análisis.

En el siguiente desarrollo nos referimos al saldo propio de esta práctica para luego articularlo con los distintos niveles de la cura que Lacan propone en su escrito "La dirección de la cura y los principios de su poder" (1987/1958).

En estas puntuaciones consideramos que una cura analítica se sostiene a partir de una ética precisa y que, dado que la estrategia no cambia de posición a cada instante, podemos situar allí la operación del control. Sin embargo, intervenciones en el control tienen efecto de interpretación, a su vez esta práctica permite verificar si una intervención tuvo valor de interpretación. Es en este marco que nos preguntamos específicamente cómo se juega en el nivel de la táctica.

Desarrollo

¿Qué es lo propio del control?

El control no es análisis aunque pueda tener efectos analíticos, muchas veces, intervenciones en el control tienen valor de interpretación pero esto no le es propio, esto es lo propio del análisis, del acto analítico. Al respecto, J. Aramburu (1994, p. 67) dice que si bien no es propio tampoco es impropio sino que es un saldo de enseñanza que debe dejar el control.

Al mismo tiempo, el control no se reduce a la enseñanza teórica aunque deje como saldo un saber sobre la estructura del caso en juego.

Diversos autores de la orientación lacaniana coinciden en que hay enseñanza en el control pero que esta tiene más que ver con la escritura, o sea con la dirección de la cura. Una escritura que no se refiere a las anotaciones ni a la escritura de un caso para presentar sino a la lógica del caso, esté escrito o no. Considerando esta idea podríamos decir que "el saldo propio de la práctica del control es la escritura de la lógica del caso, desde donde se orienta la cura". (Aramburu, J. 1994, p. 69).

Otro punto a considerar es el de los lugares en el control. Quien controla lo hace desde una posición dividida, en este sentido es el que trabaja, es el momento en que se hace clínica, en el cual el analista da cuenta de su acto, formaliza su experiencia. Por su parte quien controla tendrá la función de causar el trabajo clínico.

Los distintos niveles en que se desarrolla una cura

En el texto "La dirección de la cura y los principios de su poder" (1987/1958) Lacan plantea que la cura está organizada en torno a una política que la determina, a la estrategia que se pone

---

1 *Estas investigaciones se desarrollan bajo la dirección de la Dra. Inés Sotelo. Los miembros del equipo de investigación son: Belaga, Guillermo; Rojas, Maria Alejandra; Leserre, Lucas; Santimaría, Larisa; Fazio, Vanesa Patricia; Miari, Antonella Silvana; Mazzia, Valeria; Paturlanne, Emilia Luciana; Tustanoski, Graciela; Rodriguez, Lucas; Triveño, Gabriela; Melamedoff, Daniel Martin; Vizzolini, Leandro, Moavro, Lucía; Barrionuevo Carolina; Branca, Benjamín; Gasquet, Gabriela; Regojo, Daiana; Amor, Mauro; Olexin, Eugenia; Tolone, Camila; Acosta Córdoba, Sol; Saraceno, Gustavo.*

[A] *Lic. en Psicología. Docente en grado, Extensión y Posgrado de la Facultad de Psicología de la UBA. Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica. Facultad de Psicologia. UBA. CABA. Argentina. malejandrarojas@hotmail.com*

[B] *Lic. en Psicología. Docente en grado, Extensión y Posgrado de la Facultad de Psicología de la UBA. Magister en Psicoanálisis. Becaria de doctorado. Facultad de Psicologia. UBA. CABA. Argentina. vanesafazio@gmail.com*

en juego y a la táctica que define el encuentro. Son distintos niveles de acción que se articulan entre sí y no pueden pensarse el uno sin el otro.

Haremos una breve puntuación de estas instancias para luego articularlas con el control.

La política implica una ética que va a intervenir en toda acción de la cura. En este sentido, este será el nivel de menor libertad y máxima responsabilidad para el analista ya que la política será el eje de la cura.

Dice en el texto "El analista es aún menos libre en aquello que domina estrategia y táctica: a saber, su política, en la cual haría mejor en ubicarse por su carencia de ser que por su ser" (Lacan, 1987/1958, p. 569). Entonces propone que el analista entre en el juego como el muerto del bridge.

En el nivel de la estrategia ubica el manejo de la transferencia y advierte su importancia en la dirección de la cura. Dice en el escrito: "En cuanto al manejo de la transferencia, mi libertad en ella se encuentra por el contrario enajenada por el desdoblamiento que sufre allí mi persona, y nadie ignora que es allí donde hay que buscar el secreto del análisis" (Lacan, 1958, p. 568). La transferencia otorga poder al analista, la cuestión será el manejo que se haga de la misma. Al respecto, cuando se refiere a Freud dice "él reconoció en seguida que ese era el principio de su poder, en lo cual no se distinguía de la sugestión, pero también que ese poder no le daba la salida del problema si- no a condición de no utilizarlo" (Lacan, 1987/1958, p. 577). Lo que ubica como central es cómo hacer un uso de ese poder, de cómo ese poder encuentra su límite en la ética analítica. Así, destaca el lugar fundamental de la transferencia a la vez que pone en cuestionamiento la contra transferencia. Intervenir desde allí es convertir la relación analítica en una relación dual, olvidando que en un análisis hay un solo sujeto en juego. "Por eso el analista es menos libre en su estrategia que en su táctica". (Lacan, 1987/1958, p. 569).

Por último ubicará a la interpretación en el registro de la táctica siendo éste el nivel de mayor libertad para el analista, aunque regulado por la estrategia y la política. Dependerá del momento, de la situación, de que las condiciones resulten favorables. Tiene que ver con lo contingente.

La práctica del control en la dirección de la cura

Sabemos que Lacan no desarrolla una teoría sobre el control, sin embargo localizamos referencias a lo largo de su obra que nos permiten leer su posición al respecto. De este modo, en el Seminario 1 (Lacan, 1981/1953-54) podemos deducir cómo apunta al control como política. Es una política del deseo en oposición a la acumulación de saber de un analista "experimentado" Dice: "cuando se intenta elaborar una experiencia, lo que cuenta no es tanto lo que se comprende como lo que no se comprende" (Lacan, 1981/1953-54, p. 119).

Al respecto, Jacques-Alain Miller señala que el control no tiene ningún valor si se reduce a pautar las relaciones del analista (en la posición de aprendiz) con sus pacientes y destaca que el mismo debería apuntar a un más allá, esto es, a sus relaciones con el psicoanálisis (Miller, 2000).

En el escrito sobre "La dirección de la cura y los principios de su poder" explica que si el analista no ocupa su lugar en el juego, éste sigue sin saber quien lo conduce. En este sentido el control se constituye en un lugar posible para dar cuenta de la práctica sostenida en una ética precisa y sus consecuencias.

En su seminario "El banquete de los analistas" Miller sitúa el lugar del control en la cura operando a nivel de la estrategia. Allí plantea que es casi imposible indicar de antemano el momento oportuno de una interpretación ya que la misma depende del momento, de una coyuntura favorable. En cambio, dado que la estrategia no cambia de posición a cada instante, resulta más probable poder reglar la posición en la transferencia y verificar las estrategias de la misma. (Miller, 2000).

La práctica del control en el nivel de la táctica

La táctica, como ya anticipamos, es la interpretación, responde a la pregunta por qué hago y si nos remitimos a los "pagos" del analista que propone Lacan, en este nivel el analista paga con sus palabras, ya que no puede calcular sus efectos: las mismas sufren una "transmutación" al adquirir dignidad interpretativa. Aquí podemos ubicar dos cuestiones propias de la interpretación. Por un lado, la palabra del analista sufrirá una trasmutación y, en este sentido, la interpretación

es del analizante: "Ya que hablamos de oráculo es el paciente quien va a interpretar, porque lo propio del oráculo es que quien lo descifra tiene que interpretarlo. Sin duda, de esta manera, las cosas se invierten: el analizante es el intérprete del analista oracular" (Miller, 1980). Por otro lado, la interpretación se mide por sus efectos, el analista habla, interviene, pero no siempre estas intervenciones son interpretaciones. La dignidad interpretativa de la intervención solo puede reconocerse retroactivamente.

El efecto de la interpretación no se refiere a significados transmitidos al paciente, sino a la eficacia del juego del significante y los equívocos. El equívoco, el silencio, el corte de sesión, la alusión, el enigma, la cita, son modos de referir a una intervención que deja en suspenso y preserva el lugar de la verdad, aquello que la palabra no dice, pero para lo cual sirve de vehículo. Por su virtud alusiva, la interpretación apunta a la falla del decir, al horizonte deshabitado del ser. No pretende dilucidar la naturaleza causal de los fenómenos, sino que ubica en ese lugar al vacío. Ya Freud situaba que "una concepción hace mucho superada y que se guía por una apariencia superficial, sostiene que el enfermo padece como resultado de algún tipo de ignorancia y, entonces, no podría menos que sanar si esta le fuera cancelada mediante una comunicación (sobre la trama causal entre su enfermedad y su vida, sobre sus vivencias infantiles, etc.)" (Freud, 1986/1910, p. 225). No es del orden de la búsqueda de un significado profundo, no se apunta a un insight, a una reeducación emocional mediante la cual el paciente pueda acceder a una visión esclarecedora (Muñoz, 2020). No se trata de comprender lo que le sucede al sujeto y brindarle una explicación: "A lo que oigo, sin duda, no tengo nada que replicar, si no comprendo nada de ello o, si comprendiendo algo, estoy seguro de equivocarme" (Lacan, 1987/1958, p. 588). La interpretación es más bien un agregado que promueve un cambio en la posición subjetiva.

Siguiendo esta línea de pensamiento, si nos referimos al lugar de la interpretación en el control, Eric Laurent sostiene: "Lo crucial, y lo dijo Jacques-Alain en su curso del 2011, el 11 de mayo, en el cual subrayaba que lo esencial de la supervisión no es el diagnóstico, averiguar si uno no ha hecho un error de diagnóstico -esto es una dimensión, pero no es lo esencial- lo esencial es cómo transmitir el hecho de que la palabra dentro del psicoanálisis tiene una función creacionista. La interpretación no es comentario, es creación" (Laurent, 2017). Se trata entonces de la función del analista en el lugar del objeto a, en el lugar de vacío de subjetividad, cuya palabra tiene un impacto sobre el analizante. Esta palabra es una creación que Laurent caracteriza como contra traumática, en el sentido de que permite al sujeto salir del efecto de las palabras que lo traumatizaron inicialmente. El control tiene la función de transmitir al analista cómo tiene que cuidar su palabra, para mantenerla plena, a través del medio decir. El control es en este sentido un espacio necesario para verificar los efectos de interpretación de la intervención analítica.

Pero, también, podemos pensar que la interpretación ocupa además otro lugar en la experiencia del control, ya que la intervención de quien controla muchas veces tiene efecto de interpretación. En el Seminario 10, Lacan se refiere a este efecto de la intervención del controlador: la interpretación es entendida como una adición mediante la cual surge algo que da sentido a lo que el analista que controla cree saber y "hace surgir en un relámpago lo que es posible captar más allá de los límites del saber" (Lacan, 2006/1962-63, p. 26). Aunque no sea esto lo crucial en la articulación entre interpretación y control, ya que la interpretación es una intervención propia del análisis y no del control, se verifican intervenciones que tienen valor interpretativo que, evocando la metáfora freudiana del león que salta sólo una vez, como un relámpago, producen en quien controla un pase de sentido que permite captar algo que se encuentra más allá de los límites del saber. Más adelante en su enseñanza, Lacan nos remite nuevamente a este tipo de intervenciones en la práctica del control: "Suele ocurrir que dé me el lujo de controlar, como se lo llama, a cierto número de personas que, según mi fórmula, se han autorizado ellas mismas a ser analistas. Hay dos etapas. Está esa en la que son como el rinoceronte, hacen poco más o menos cualquier cosa y yo los apruebo siempre. Efectivamente, ellos siempre tienen razón. La segunda etapa consiste en jugar con ese equívoco que podría liberar el sinthome. En efecto, la interpretación opera úni-

camente por el equívoco. Es preciso que haya algo en el significante que resuene" (Lacan, 2006/1975-76, p. 17-18). En este pasaje Lacan diferencia dos momentos del control. En primer lugar, aprueba la intervención del analista que controla, un analista que, vale la pena destacar, se autoriza por sí mismo y podríamos pensar que también lo autoriza Lacan como controlador, al darle la razón. Sin embargo, en un segundo momento, Lacan interviene jugando con el equívoco, apunta a la falla en el decir, apostando a la resonancia significante, con miras a producir un efecto de interpretación, un efecto liberador, tal y como Freud situó el efecto del *witz* al estudiar las relaciones del chiste con lo inconsciente.

Nos encontramos entonces con una definición de la interpretación psicoanalítica que se aparta de las concepciones empiristas, no es una explicación de qué le sucede al sujeto, sino que se trata de una invención. Se destaca el valor de la alusión para promover la resonancia significante, efecto incalculable de la transmutación que sufrirá la palabra del analista, que sólo se verificará a posteriori.

Conclusión

Tomamos como referente la definición expuesta en el documento "El principio del control en la Escuela". En este marco los autores proponen una definición que permite pensar al control en articulación con la dirección de una cura: "El control no es la búsqueda de una solución técnica, como tampoco el ajuste de la táctica sino la verificación de la estrategia y de la posición del practicante respecto de la transferencia y de la política que permita extraer la lógica de esa cura" (D´Angelo, 2014). Desde esta perspectiva, la dirección de la cura y la práctica del control se enlazan en la lógica del caso.

En el desarrollo de este trabajo ubicamos al control como una práctica fundamental en la formación del analista. Nos referimos al saldo de la misma y lo articulamos con los distintos niveles de la cura destacando su dimensión ética y operando a nivel de la estrategia.

Finalmente, nos preguntamos cómo se juega en el nivel de la táctica, la interpretación, a la que situamos como un efecto de la trasmutación que sufre la palabra del analista cuya dignidad sólo podrá verificarse a posteriori. Este efecto puede verificarse en el control, pero también, la interpretación tiene allí otro papel, en tanto muchas veces la intervención en el control puede tener efecto de interpretación en el propio analista que controla, un efecto liberador que le permite reorientarse en la dirección de la cura. Situamos entonces dos articulaciones posibles: por un lado, la verificación de los efectos de interpretación de la intervención del analista que controla y, por otro, los de la palabra de quien ocupa el lugar de controlador. Coordenadas que nos abren un nuevo interrogante a desarrollar en un escrito posterior: ¿qué diferencia al análisis del control?

Bibliografía

Aramburu, J. (1994) Enseñanza y control. Uno por Uno, (39), 66-69.
D´Angelo, L. (10 de abril de 2014) El principio del control. Blog del CID Lima. Centro de Investigación y Docencia en Psicoanálisis. http://cid-lima-psicoanalisislacaniano.blogspot.com.ar/2014/04/la-gran-conversacion-de-la-escuela-una_5090.html
Freud, S. (1986) Sobre el psicoanálisis silvestre. En Obras Completas. Vol. XI. Amorrortu (trabajo original publicado en 1910).
Lacan, J. (1987) La dirección de la cura y los principios de su poder. En T. Segovia (trad.) Escritos 2 (14ta ed., pp. 565-626). Siglo XXI (trabajo original publicado en 1958).
Lacan, J. (1981): El Seminario de Jacques Lacan. Libro 1. Los escritos técnicos de Freud. 1953-1954 (J. Granica, ed; R. Cevasco y V. Mira Pascual, trad; 1era ed.). Paidós (trabajo original publicado en París en 1975).
Lacan, J. (2003): El Seminario de Jacques Lacan. Libro 8. La transferencia. 1960-1961 (J. Granica, ed; E. Berenguer, trad; 1era ed.). Paidós (trabajo original publicado en París en 1991).
Lacan, J. (2006) El Seminario de Jacques Lacan. Libro 10. La angustia. 1962-1963 (J. Granica, ed; E. Berenguer, trad.; 1era ed.). Paidós (trabajo original publicado en París en 2004).
Lacan, J. (2006) El Seminario de Jacques Lacan. Libro 23. El sinthome. 1975-1976 (J. Granica, ed; N. A. Gonzalez, trad; 1era ed.). Paidós (trabajo original publicado en París en 2005).
Laurent, E. (11 de Marzo de 2017) La práctica y el control. Intervención en la Primera Sesión. Seminario de Investigación sobre Práctica Analítica de la Nueva Escuela Lacaniana. Psicoanálisis Lacaniano. Blog de Psicoanálisis en la articulación Freud-Lacan. https://psicoanalisislacaniano.com/la-practica-y-el-control/
Miller, J-A. (1980) Acerca de las interpretaciones. En Escansión 1. Paidós. 155-171
Miller, J-A. (2000) El banquete de los analistas (N. A. González, trad; 1era ed.). Paidós.
Muñoz, P. (2020) Libertad y responsabilidad en la práctica del psicoanálisis (1ra ed.). Letra viva.

EL CUIDADOR RESPONSABLE: REFLEXIONES SOBRE UN CASO DE VIOLENCIA EN LA VEJEZ

Vanesa Patricia Fazio [A]

Introducción

El objetivo de este trabajo es analizar un caso de violencia contra una persona mayor, presentado en "Revista clínica contemporánea", una publicación del Colegio de Psicólogos de Madrid. El artículo lleva el nombre "Intervención psicológica en un caso de maltrato al mayor en Madrid capital" (Chulián Horrillo y Vicente Martínez) y fue publicado en 2017. Resulta del trabajo interdisciplinario llevado adelante por profesionales (dos psicólogas, una enfermera y una trabajadora social) en el marco del Programa de Malos tratos del Ayuntamiento de Madrid, desde el enfoque teórico del Modelo Ecológico, el Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona y la terapia cognitivo conductual. El propósito es describir del problema, considerar el abordaje propuesto y reflexionar sobre los aportes que el psicoanálisis puede realizar para el tratamiento de estos casos. El interés por el problema surge en el contexto de una investigación sobre la violencia familiar[1], que se incluye entre los denominados fenómenos propios de esta época. Se habla de los nuestros como *tiempos violentos* y la clínica da cuenta de presentaciones sintomáticas caracterizadas por la presencia del exceso y los actos impulsivos que, muchas veces, llevan a los sujetos a situaciones límite.

La violencia ha sido declarada por la Organización Mundial de la Salud (2002) un problema de Salud Pública a nivel mundial.

La violencia familiar se caracteriza por el silencio, los sujetos muchas veces la ocultan, ya que, por un lado, se encuentra fuertemente naturalizada y, por otro, se considera que es un problema de índole privada, por lo que debe resolverse "puertas adentro". Se produce al interior de las familias y se ejerce principalmente hacia niños, mujeres y adultos mayores. En este último caso, la dependencia, enfermedad, incapacidad, soledad, convierten a la vejez en una fase del ciclo vital particularmente vulnerable a los malos tratos (O.M.S., 2015, 2020).

Efectivamente, la actual mirada sobre la vejez, que la estereotipa centrándose en sus deficiencias, asociándola a la debilidad física y a la senectud, se constituye en uno de los rasgos propios de esta sociedad actual, que valora sobre todo la juventud y la inmediatez de la satisfacción e ignora el valor de la experiencia.

Con la promulgación de la "Declaración de Toronto" y la presentación del documento "Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse", promovido por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 2002) y la Red INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse), se insta a los Estados a tomar medidas para enfrentar este problema.

---

1 *El problema de la violencia familiar ha sido planteado en el plan de beca de Doctorado: "Intervenciones desde la clínica de la urgencia en situaciones de violencia. Consideraciones y abordaje de la problemática de la violencia familiar: perspectiva psicoanalítica" (Becaria: Fazio, Vanesa Patricia. Directora: Sotelo, Inés). Este plan se enmarca en la investigación "La urgencia en Salud Mental en el Hospital Público en la República Argentina. U.B.A.C.yT. 20020170100777BA. Directora: Dra. Inés Sotelo. Miembros del equipo de investigación: Belaga, Guillermo; Rojas, Maria Alejandra; Leserre, Lucas; Santimaría, Larisa; Fazio, Vanesa Patricia; Miari, Antonella Silvana; Mazzia, Valeria; Paturlanne, Emilia Luciana; Tustanoski, Graciela; Rodriguez, Lucas; Triveño, Gabriela; Melamedoff, Daniel Martin; Vizzolini, Leandro, Moavro, Lucía; Barrionuevo Carolina; Branca, Benjamín; Gasquet, Gabriela; Regojo, Daiana; Amor, Mauro; Olexin, Eugenia; Tolone, Camila; Acosta Córdoba, Sol; Saraceno, Gustavo.*

[A] *Lic. en Psicología. Docente en grado, Extensión y Posgrado de la Facultad de Psicología de la UBA. Magister en Psicoanálisis. Becaria de doctorado. Facultad de Psicologia. UBA. CABA. Argentina. vanesafazio@gmail.com*

Presentación del caso

María tiene 81 años, es viuda y jubilada y sufre malos tratos por parte de su hijo, tanto psicológicos como negligencia en los cuidados. Padece diferentes enfermedades médicas (pólipos cancerígenos en el recto con habituales hemorragias, diabetes y ceguera), las cuales la incapacitan para las actividades de la vida diaria. Su red social es nula, rechaza la visita de vecinos y sólo se relaciona con sus nietos y su hijo José, que es su cuidador principal. José tiene 57 años, está desempleado, es consumidor habitual de alcohol y cumplió una pena de prisión por ejercer violencia contra su ex esposa, con la que tiene dos hijos, quienes conviven actualmente con ella.

El caso es derivado por la trabajadora social de los Servicios Sociales municipales al Programa de Malos Tratos del Ayuntamiento de Madrid. El Programa está formado por un equipo interdisciplinar, compuesto por una trabajadora social, una enfermera y dos psicólogas. La intervención se llevó a cabo en el domicilio donde conviven María y José. La trabajadora social que informó del caso considera que existen una serie de indicadores (gritos, insultos, dejación de los cuidados, abandono, zarandeos) que le llevan a valorar una posible situación de maltrato. Para la evaluación del caso, el Programa dispone de protocolos que implican, en primer lugar, evaluar la magnitud del problema, por medio de un registro de los indicadores de malos tratos o tipos de *conductas problema.* Tras esta evaluación, el equipo decide si es capaz de atender el caso (cuando el problema es leve a moderado) o si debe ser derivado a la Justicia (cuando los malos tratos son graves). Como lo consideran un problema leve a moderado, el equipo interviene sin recurrir a la Justicia, con el objetivo de ubicar los factores que causan los malos tratos, comprender su interacción y modificarlos. La intervención se centra en eliminar los "malos tratos en la unidad familiar", a la que denominan la *Conducta Problema Principal*, y otras conductas problema asociadas. A partir de las entrevistas realizadas a los dos juntos y por separado, se ubican factores en María, José y la familia que contribuyen al problema. Entre ellos se destacan, por parte de José, el consumo de alcohol, al que no considera un problema, su historia de agresiones contra su ex pareja, los sentimientos de culpa por depender económicamente de su madre y el sentimiento de estar obligado a cuidarla. Por parte de María, sus impedimentos físicos, su preocupación constante por su hijo y el ocultamiento de las conductas agresivas del mismo. En cuanto a la familia, su negativa a ayudar con los cuidados de María, que hace que todas las tareas recaigan sobre José. Una vez ubicados estos factores, el equipo interviene en el sentido de modificar estas actitudes, mediante un tratamiento que establece 16 sesiones.

En estas entrevistas, se llega a saber que María fue también maltratada por su esposo, padre de José, motivo por el que padre e hijo se llevaban mal. María tolera bien los maltratos, considera que la agresividad no es motivo suficiente para dejar de vivir con su hijo. Insiste en que José la necesita, quiere cuidarlo, se siente responsable de sus problemas de alcohol, afirma que como madre lo ama y debe ayudarlo. El equipo evalúa que esta actitud de María es un problema, intentan hacerle entender los riesgos de vivir con él, le sugieren ir a un geriátrico, pero su posición de "ser madre y cuidar de su hijo" no cede. Esto genera sentimientos de enfado, frustración y malestar en el equipo, sobre todo ante la negativa a hablar o la mala predisposición que presenta María ante intervenciones que intentan hacerles entender que su modo de vincularse no es saludable. No obstante, el enteramiento para que José aprenda habilidades de cuidado de María y de manejo del estrés ante sus demandas, así como la invitación a hablar de sus problemas e historia de vida, fueron intervenciones que tuvieron efectos. Los resultados indicaron que el tratamiento fue eficaz para reducir la frecuencia, intensidad y duración de las conductas problema. En la actualidad, el equipo realiza un seguimiento del caso. Entre los objetivos no logrados, los profesionales intervinientes señalan que no se consiguió que la tolerancia hacia los malos tratos por parte de María disminuyera, ya que sigue protegiendo a su hijo para evitar que el reconocimiento de los mismos pudiera traer consecuencias a nivel legal que impliquen la separación de ambos. Respecto a José, se ubica que sigue teniendo dificultades en el control de la ira e impulsos, porque continúa

consumiendo alcohol (aunque en menor cantidad con respecto al inicio de la intervención), lo cual es considerado un estímulo desencadenante de su agresividad.

El enfoque ecológico y la terapia conductual en el abordaje de la violencia

Los modelos explicativos multicausales proponen estrategias de prevención de la violencia a partir de la distinción de los factores individuales y medioambientales que influyen en ella o la causan, comprender su interacción y modificarlos. Estas estrategias se basan en el modelo ecológico, enfoque teórico que adoptan los profesionales intervinientes en este caso. Estos factores "de riesgo" son los que crean mayor predisposición a los actos violentos. En el caso de la violencia familiar, estos factores se encuentran presentes tanto en las características de sujeto agredido, como del agresor y el entorno que los rodea.

Para afrontar el problema, proponen estrategias para cada uno de los diferentes niveles que influyen en el mismo (nivel individual, relacional, comunitario y cultural). Así, las estrategias en el nivel individual se centran en la asistencia a víctimas y en fomentar comportamientos saludables y en modificar los comportamientos en los individuos violentos. Emplean la terapia cognitivo comportamental y la educación en habilidades de afrontamiento. La teoría cognitivo conductual pone énfasis en los procesos cognitivos y habilidades sociales deficitarios de los sujetos agresivos y la teoría del estrés y el afrontamiento sostiene que los sujetos maltratantes suelen emplear estrategias débiles de afrontamiento y tienen una mayor reactividad fisiológica ante estímulos estresantes. Por ejemplo, en el caso presentado, un estímulo estresante pueden ser los cuidados que demanda el estado de salud de María. La propuesta en este caso es educar al sujeto agresivo en habilidades de cuidado y enseñarle estrategias de manejo del estrés, así como motivarlo a iniciar un tratamiento para su problema de alcoholismo. En el caso de María, se proponen enseñarle a no ser tan tolerante a los malos tratos. Las estrategias relacionales, por su parte, "tratan de influir en los tipos de relaciones que las víctimas y los perpetradores de actos violentos mantienen con las personas con las que interactúan más habitualmente" (O.M.S., 2002, p. 30). Así, en este caso, se interviene instruyendo a madre e hijo para que tengan una relación más armoniosa. Finalmente, las actividades comunitarias y sociales de prevención de la violencia "se centran en factores culturales, sociales y económicos y en cómo éstos modelan diversos ámbitos y comunidades enteras" (O.M.S., 2002, p. 30). Tienen como objetivo concientizar a la población y suscitar el debate público en torno a estas cuestiones. Implican medidas legislativas y judiciales, tratados internacionales y promoción de políticas asistenciales, como las propuestas por los Servicios Sociales municipales y el Programa de Malos Tratos del Ayuntamiento de Madrid, que interviene en el caso presentado.

Perspectiva psicoanalítica

Es interesante destacar los esfuerzos del equipo interviniente en este caso por señalar en la posición de María algo del orden de un empuje, que puede poner en riesgo su vida, al resistirse a dejar su hogar. Esta actitud, por un lado, representa un problema, ya que la expone al maltrato y al descuido. Sin embargo, por otro lado, su decisión implica la asunción de este riesgo; a pesar del mismo, María quiere morir en su casa, acompañada por su José. Quiere cuidarlo, es una madre preocupada por el bienestar de su hijo. Así, mientras que el abordaje propuesto por el equipo interviniente ubica a José en el rol de cuidador responsable de María, ella se ubica a sí misma como responsable de su situación actual de abuso de alcohol y quiere ayudarlo. Una mirada centrada en las deficiencias de la tercera edad definiría a María como incapacitada, dejando de lado su singularidad como sujeto que tiene una posición determinada frente a las circunstancias en las que se encuentra. Será vieja, ciega, diabética, con cáncer, pero, aun así, se niega a seguir indicaciones sobre cómo consideran los demás que debe vivir el resto de su vida.

La intervención analítica introduce la dimensión del sujeto, al preguntar cómo se las arregla con el goce. En el caso presentado, observamos que algo se conmueve cuando la historia de la violencia en la familia comienza a ser construida en el marco de la intervención. Esto permite ubicar el problema en un contexto familiar violento que, si bien no justifica el maltrato, lo sitúa como un efecto de repetición.

Frente a la actual tendencia a la generalización, el psicoanálisis propone apostar a la palabra y a la producción de un sujeto. Antes de señalar la forma correcta o sana de relacionarse, el analista pondrá el acento en los dichos del sujeto respecto de lo que le ocurre. La actual imposición del bien generalizado implica la proliferación de tratamientos estandarizados y protocolos de intervención, cuyo correlato es la segregación de aquello que se localiza como éxtimo. Tomando un término desarrollado por Lacan (1932), el propio objeto malo, el *kakón* se localiza en el exterior. El imperativo aplastante señala lo que hay que hacer para estar bien. En este sentido, la posición de María representa un obstáculo o, como lo señala el equipo interviniente, una "conducta problema", ya que firmemente decide vivir con un hijo que la maltrata.

Ante esta situación aparentemente sin salida, el analista será aquel que acompañe al adulto mayor en la toma de decisiones, sin perder de vista los riesgos que las mismas implican, "produciendo un alejamiento de una supuesta realidad objetiva que responde a una idea dominante respecto de la norma vigente" (Valcarce, 2015, p. 53). Ubicar qué relación tiene esa familia con el maltrato, con los problemas de salud, qué relación tiene María y qué relación tiene su hijo; diferenciar las urgencias en juego, la de María, la de su hijo; alojar a los sujetos, permitirá instalar otro tiempo, abrir otro campo: el de la palabra. Intervención que no se orienta por el Ideal y mantiene en tensión los polos aparentemente opuestos de la posición del sujeto y su relación con el padecimiento. Deseo del analista que "es causa de un deseo más amplio que el deseo capturado por el Ideal" (Aramburu, 2004, p. 94).

En este sentido, es válida la preocupación de los profesionales por la salud y el bienestar de María. Vivir con José, si bien es su decisión, es también colocarse en una posición de vulnerabilidad frente a sus maltratos. La intervención de un tercero que sancione que hay allí un problema de salud tendrá efectos. Establecer el lazo transferencial permitió en este caso algún movimiento subjetivo. Cabe reflexionar sobre las denominadas conductas problema, que el equipo sitúa como factores de riesgo que exponen a María a situaciones de violencia. El sujeto parece no querer su bien, esto genera enfado entre los profesionales, que no entienden por qué María defiende a su agresor. Este es el dilema al que nos enfrentamos en los casos de violencia, en los que, en general, aquellos que son situados como víctimas se resisten a cortar ciertas relaciones y a cambiar su posición.

Conclusiones

En este trabajo hemos presentado un caso clínico para considerar el abordaje propuesto por el enfoque ecológico y reflexionar sobre los aportes que el psicoanálisis podría realizar para la atención de situaciones de violencia contra los ancianos, una de las modalidades en las que se presenta la violencia familiar. Por un lado, identificamos intervenciones basadas en la perspectiva de los factores de riesgo que focalizan su atención en las conductas problema que causan mayor predisposición, en este caso, a vivir situaciones de violencia. Por otro lado, situamos que el psicoanálisis propone una intervención que no implica focalizar en un problema singular, sino alojar al sujeto y su padecimiento. Intervención que no pretende llenar un vacío o establecer cuál es el bien. Trabajar sin un protocolo, introducir una pregunta que concierna al sujeto, que permita ubicar qué función cumple la violencia en esa familia. Se trata efectivamente de una apuesta, de introducir la apertura de un espacio y un tiempo diferente, sin que la edad opere como una resistencia, puesto que nunca es tarde para que se produzca un movimiento de subjetivación.

Bibliografía

Aramburu, J. (2004) El deseo del analista. Buenos Aires: Tres haches.
Chulián Horrillo, A. y Vicente Martínez, M. (2017) Intervención psicológica en un caso de maltrato al mayor en Madrid capital. En Revista Clínica Contemporánea, 8, e3, 1-20. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
Lacan, J. (1932) De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad. México: Siglo XXI. 1998.
O.M.S. (2002) Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D.C.: O.M.S.
O.M.S. (2015) Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: O.M.S.
O.M.S. (2020) Maltrato de las personas mayores. Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse
Valcarce, L. (2015) Las presentaciones de enfermos en Lacan. Buenos Aires: Grama.

UN TIEMPO DE PÉRDIDA: LA PANDEMIA

Horacio Manfredi [A], Mariel Almecija [B], Ivo Cavallo [C], Paola Croattini [D], Martina D`Urzo [E], Carolina Freire [F], Verónica Lado [G], Carla Paolin [H], Andrea Pirroni [I], María Paula Ravone [J], Florencia Topper [K], Martin Trigo [L], Guillermina Ulrich [M], Natalia Velez [N]

En el presente trabajo nos proponemos pensar las articulaciones posibles entre muerte, duelo y pandemia, intentando ubicar las posibles dificultades de tramitación de la pérdida, asociadas tanto a las limitaciones en los rituales fúnebres, dadas por la articulación entre pandemia y discurso capitalista, tanto como por las limitaciones subjetivas para generar rearmados fantasmáticos mediante el lazo y el proyecto, a partir de entramados simbólicos.

Para ello se vuelve indispensable situar las coordenadas respecto del lazo entre muerte, duelo y angustia, los modos en que el ser humano ha lidiado con ello y las dificultades, excepciones ó exigencias que la irrupción de la pandemia impone al tratamiento psíquico de la muerte.

Partiremos del texto *"De guerra y de muerte. Temas de actualidad"* (Freud, 1915), el cual data de seis meses después del estallido de la Primera Guerra Mundial.

En dicho texto Freud se propone reflexionar respecto de los efectos de la guerra sobre la subjetividad de la época. de este modo puntualiza dos cuestiones, a las que significa como "*factores causantes de la miseria psíquica de quienes* ***se quedaron en casa***[1]" (Freud, 1915, p. 277)... inevitablemente, el "quedarse en casa" nos convoca a pensar nuestra época...

La pandemia permite resignificar este escrito de guerra y devolverle su actualidad. Es decir, dos siglos después, Freud sigue vigente y nos interroga.

Por otra parte, en este mismo texto, Freud (1915) sitúa que estos procesos se encuentran sumergidos en un contexto de "*información unilateral"* (p. 277) respecto de los acontecimientos y de desorientación en relación a cuál será efectivamente el alcance y la significación de las transformaciones que el fenómeno en curso llegará a plasmar en la humanidad. Se constata que ambos fenómenos, el de la desorientación y de la información unilateral, continúan vigentes en el hecho

1 *El subrayado es nuestro*

[A] *Psicoanalista. Dr en Psicología y Profesor Consulto UBA. Director de proyectos de investigación UBACyT. CABA. Argentina. horacioamanfredi@gmail.com*
[B] *Psicoanalista. Coordinadora equipo de Urgencias y Psicóloga de infanto juvenil del Htal Alvarez. Docente UBA. Investigadora formada UBACyT. CABA. Argentina. almecijamariel@gmail.com*
[C] *Licenciado en Psicología Maestrando en Psicoanálisis Docente UBA Investigador formado UBACyT. CABA. Argentina. ivocavallo@hotmail.com*
[D] *Psicóloga suplente guardia Hospital Zubizarreta. Ex docente UBA. Investigadora formada UBACyT. CABA. Argentina. paolacroattini@gmail.com*
[E] *Estudiante de Psicología UBA. CABA. Argentina. durzomartina@gmail.com*
[F] *Psicoanalista. Coordinadora del Eq. Adolescentes TM CSMN 1 del GCBA. Docente UBA. Investigadora formada UBACyT. CABA. Argentina. carofreire01@hotmail.com*
[G] *Lic.en Psicología Maestranda en psicoanálisis UBA. Investigadora formada UBACyT Ex concurrente Hospital Torcuato de Alvear Docente regular UBA Docente interina en Proyecto de extensión UBA. CABA. Argentina. veronica_lado@yahoo.com.ar*
[H] *Licenciada en Psicología Docente UBA Hospital Borda. CABA. Argentina. carla.paolin@yahoo.com.ar*
[I] *Psicologa. ATP de la cát. II de psicopatología. UBA. Ex concurrente del Hosp. Gral. de agudos Dr. T. Alvarez. Investigadora UBACyT. CABA. Argentina. apirroni2009@hotmail.com*
[J] *Psicoanalista. Coordinadora equipos de niños Htal Durand. Docente UBA. Investigadora formada Ubacyt. CABA. Argentina. mpaularavone@yahoo.com.ar*
[K] *Psicoanalista. Docente UBA. Investigadora UBACyT. CABA. Argentina. florenciamtopper@gmail.*
[L] *Lic en Psicología. Coordinador de la Práctica Profesional "La Clínica en la Emergencia " Cod.126. Facultad de Psicología UBA. Investigador Formado UBACYT. CABA. Argentina. martin-trigo@fibertel.com.ar*
[M] *Lic en Psicología Maestrando Psicoanálisis UBA Investigadora formada UBACYT. CABA. Argentina. guillerminaulrich@gmail.com*
[N] *Psicologa. Candidata Psicoanalista Psicóloga Clínica Hospitalaria. CABA. Argentina. Nataliavelezloaiza@gmail.com*

del bombardeo (*des)*informativo a manos -en su mayor parte- de los medios hegemónicos de comunicación, que sostienen la marca del discurso capitalista que impulsa al consumo y la producción por sobre el cuidado de la salud de la mano de la desorientación causada en parte por dicha desinformación, tanto como por la natural situación de falta de certidumbres frente a un suceso inédito que azota al mundo entero, poniendo en jaque toda predicción científica.

Freud destaca, ya desde el comienzo, el torbellino y la desorientación de la guerra, así como los movimientos subjetivos que acarrea. Propone pensar los *Tiempos de guerra*, como un tiempo distinto a los demás, con una marcada fijación al presente, sin distancia, una suspensión de éste, en donde no hay visión ni de pasado ni de futuro; una atemporalidad y eternidad que acecha al sujeto. El tiempo tiene un lugar central ya que el tiempo para comprender está dificultado, cercenado, en suspenso. Cabe preguntarse: ¿Cuál es la dimensión de la angustia en los tiempos de pandemia? ¿Cómo alojarla?. Interrogación que cobra aún más valor si logramos enlazarla con la sobreabundancia de datos y exceso de información, en ocasiones falsa o sesgada, que requiere y convoca a una lectura más rigurosa.

Hicimos referencia a dos factores *causantes de la miseria psíquica* que Freud plantea en este texto, el primero de ellos refiere a lo que va a llamar "la desilusión", respecto del modo en que el mundo occidental "civilizado" ha encontrado para zanjar sus diferencias. Mundo que, hasta el momento se encontraba gobernado por las naciones responsables del conflicto bélico, las cuales, por otra parte, imponían elevadas normas éticas para el individuo que anhelara formar parte de las mismas, exigiendo vastas restricciones e importantes renuncias pulsionales. La guerra transgrede todas las restricciones que se imponen en tiempos de paz. Partiendo del mandamiento "no matarás" lo cual inevitablemente nos remite a la "desilusión" como factor de la miseria psíquica en pandemia, la caída de la ilusión respecto al decir "de esta salimos mejores", la utopía de la liberación de las patentes por parte de los laboratorios, algunas potencias mundiales acumulando exceso de vacunas, gobernantes negando la letalidad del virus….

Por otra parte, en este mismo texto Freud realiza un recorrido por las diferentes respuestas y tratamientos dados a la muerte desde el hombre primitivo hasta la cultura occidental. Concluye que los preceptos religiosos son el modo más efectivo de sostener la "desmentida cultural" y, por medio de diversos modos de la existencia póstuma, como ser: la reencarnación, la doctrina del alma, la vida celestial, etc, de la mano del primer mandamiento "no matarás" (totalmente excluido en tiempos de guerra) anula a la muerte su aptitud cancelatoria de la vida.

El segundo factor es aquello que Freud va a situar como un cambio de actitud hacia la muerte. Es a raíz del antedicho tratamiento cultural y religioso, que el humano no cree sinceramente en la muerte, el hombre no sería capaz de pensar en la muerte del otro sin asociar a ello sentimientos de culpa. De allí que se sorprende ante el acontecimiento de la muerte, como si no fuera esperable, como si no formara parte de un proceso natural de la vida, rebajando la muerte "de una necesidad a una contingencia ocasional".

Freud relata la actitud que suele acompañar los diferentes rituales fúnebres: *"Frente al muerto mismo mantenemos una conducta particular, casi de admiración, como si hubiera llevado a cabo algo muy difícil, suspendemos toda crítica hacia él [...] ponemos el respeto por el muerto, que a este ya no le sirve de nada, por encima de la verdad..."* (Freud, 1915, p. 291).

Freud aclara que esta actitud hacia la muerte tiene un perfecto efecto sobre nuestras vidas, generando el empobrecimiento de la misma, dado que todo interés se encuentra abocado al proceso de duelo en curso.

Según Freud esta actitud hacia la muerte se sostiene en el hecho de considerarla una contingencia, no computable al cálculo de la vida.

No obstante, en tiempos de guerra, la muerte pierde su tratamiento convencional, ya no se considera la excepción, la contingencia, lo inesperado, sino que se vuelve parte de la vida cotidiana, al decir de Freud la muerte "*ya no se deja desmentir {verleugneng} es preciso creer en*

ella. Los hombres mueren realmente, y ya no individuo por individuo, sino multitudes de ellos" (Freud, 1915, p. 292)

Freud plantea que en tiempos de guerra, se extirpan las capas culturales con las que se ha recubierto y desmentido la muerte, operando una especie de regresión al hombre primitivo que daba a la muerte del otro, del extraño, un tratamiento, no sólo de absoluta indiferencia, sino de acontecimiento deseado e incluso procurado, al considerar a todo extraño un enemigo, de la mano de una ferviente incapacidad para creer en la muerte propia y la tendencia a pasar por alto la muerte de personas amadas.

Para el hombre primordial la muerte del otro, del semejante era justa, no así la propia. Grandes matanzas, desde las que parte un oscuro sentimiento de culpa, marcan a la humanidad. Freud en *"Tótem y Tabú",* describe al tabú como algo sagrado y al mismo tiempo impuro y peligroso. Lo define como una *"prohibición antiquísima impuesta desde afuera (por alguna autoridad) y dirigida a las más intensas apetencias de los seres humanos. El placer de violarlo subsiste en el inconsciente"* (Freud, 1912, p. 42) y destaca la actitud ambivalente hacia él. Divide el tabú a los enemigos, a los jefes y a los muertos, en donde el contagio/contacto toma un lugar preponderante. Quien toca a un muerto, queda impuro: no puede entrar a su casa, ni tocar a las personas queridas, a la comida, no puede cultivar las tierras. Inclusive se prohíbe pronunciar el nombre del difunto. Freud resalta el sentimiento hostil hacia la persona amada, la ambivalencia en la satisfacción pulsional y la necesidad de pensar la ambivalencia del lado de la conciencia moral. Así lo destaca: *"Los sentimientos bi-escindidos —según nuestra hipótesis bien fundada: tiernos y hostiles— hacia el ahora difunto quieren imponerse, ambos, en la época de la pérdida, como duelo y como satisfacción"* (Freud, 1912, p. 68). Propone que *"el tabú, no es una neurosis, sino una formación social"* (p. 76). Por otra parte, en *"Inhibición, síntoma y angustia",* Freud destaca: *"si uno se pregunta por qué la evitación del contacto, del tacto, del contagio, desempeña un papel importante en la neurosis* [...] *halla esta respuesta: el contacto físico es la meta inmediata tanto de la investidura de objeto tierna como de la agresiva"* (Freud, 1925, p. 116) y agrega: *"El aislamiento es la cancelación de la posibilidad de contacto"* (p. 117).

Respecto al inconsciente, Freud insiste en que éste no cree en la muerte propia, es algo irreal y vuelve a coincidir en la ambivalencia hacia los seres queridos, como *"una partícula de hostilidad que puede incitar el deseo inconsciente de muerte"* (Freud, 1915, p. 300).

La muerte no tiene representación en el inconsciente, es una falta, un vacío. Piensa que soportar la vida es el primer deber del ser vivo y recupera el refrán que dice: "si quieres conservar la paz, ármate para la guerra" y lo transforma en: *"si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte"* (Freud, 1915, p. 301). ¿Cómo pensar la ambivalencia que destaca Freud en tiempos de guerra? ¿Cómo se articulan Eros y Tánatos en los tiempos de pandemia?

Será tarea del analista pasar del para todos de lo mundial, universal a lo singular, a lo más propio del sujeto. Así, se podrá recuperar y poner a jugar la "miseria anímica" de cada cual para reubicar al paciente en su condición de sujeto, a sus propios fantasmas, atravesando períodos de angustia, desorientación, desilusión y ambivalencia, orientarnos al deseo como estructurante del ser hablante.

Retroactivamente luego de 200 años, se resignifica esta pandemia en término de una guerra contra un enemigo invisible.

La confusión y la inhibición en la productividad se acentúan como consecuencias profundas de la guerra y resalta la "miseria anímica de los que se quedaron en casa". Si la pandemia nos obliga a "quedarnos en casa", a aislarnos; ¿No es parte de este aislamiento confrontarnos con nuestra propia miseria anímica? Nuestra propuesta no es pensar la pandemia desde una posición política o sanitaria, sino ética. ¿Qué puede aportar el psicoanálisis a la Demanda de la época? Quedarse en casa no será entonces sólo una cuestión sanitaria, sino un saber hacer con la miseria anímica de cada uno.

Freud (1915) da un consejo al analista al proponer que el sujeto *"dará la bienvenida a cualquier pequeño consejo que le facilite reencontrarse al menos en su propio interior"* (p. 277). En este sentido, reencontrarse con el propio interior será una manera para que el sujeto pueda encontrarse con aquello que lo orienta: el deseo.

La pandemia nos confronta con la inminencia de la muerte, de nuestra finitud pero también de la pérdida real de nuestros seres queridos. Sabemos que la muerte es un agujero en lo real. La pregunta que se impone en estos tiempos es: ¿Cómo bordearlo?.

Una de las críticas más importantes que formula Allouch a Freud en su libro *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*, es el concepto freudiano *trabajo de duelo* esbozado en el texto *Duelo y melancolía* (Freud, 1915). Allouch plantea que de esta forma queda delineado un concepto que se acerca más que nada a una norma prescriptiva. Señala que: *"la valoración cada vez más extendida del "trabajo del duelo" deriva de la misma fuente: ¿cómo prescribir para el duelo psíquico sino un trabajo, a riesgo de adecuarse al imbécil proverbio "el trabajo es salud"?* (Allouch, 2006, p. 153)

Nos dice que el texto freudiano fue escrito y publicado en uno de los raros y decisivos giros de la historia de la muerte, en el momento en que Occidente se desliza de la exaltación romántica de la muerte, hacia su exclusión pura y simple. Aries llama a este último momento, el que vivimos en la actualidad, "la muerte salvaje" "la muerte excluida o también, la "muerte invertida".

Los rasgos fundamentales de este período es que ya no hay muerte en grupo, la muerte de cada uno ya no es un hecho social. Ya no hay signos públicos que den cuenta de la muerte, como, por ejemplo, las telas negras sobre las casas cuando se producía un deceso. Describe así una época -la actual- donde aquel que está de duelo se le impone la obligación de hacerlo a escondidas. Por tal motivo, plantea que desde que la muerte ya no es un acontecimiento social como lo era antaño, tampoco deviene subjetivable.

De esta forma, Allouch señala que ya no hay duelo. El mismo es concebido como un indecente, llegando a declararse como inexistente. En este contexto, el duelo pasa a ser concebido como una enfermedad, como algo patológico. Y se pregunta: *"Cómo intervino entonces Duelo y melancolía en semejante contexto de ausencia de muerte en el grupo, de ausencia de muerte propia y de ausencia de duelo?"* (Allouch, 2006, p. 149)

Para Allouch el texto de Freud nace como respuesta a ese momento de Occidente en el cual la comunidad social abandona todo ritual de duelo, denunciando que Freud se embarca de esta forma en el romanticismo: *"la versión freudiana del duelo vino a ofrecer románticamente un lugar de existencia para el objeto desaparecido, y luego un posible reencuentro de ese objeto en la realidad. ¡Reconozcamos que apostó fuerte!¨.* (Allouch, 2006, p. 153)

Lacan siempre señaló que la muerte es un agujero en lo real y por ello necesitamos de los ritos funerarios para poder bordear ese agujero, para poder tratarlo. En diferencia de lo planteado por Allouch y retomando las ideas freudianas, propone que, en el fondo, el trabajo de duelo es ver cómo vamos a resolver ese agujero que se nos presenta psíquicamente. La falta es un elemento simbólico, por lo tanto, se necesita un aparato simbólico para resolverlo.

Freud (1925) en *"Inhibición, síntoma y angustia"* nos dice: *"el dolor es, por lo tanto, la genuina reacción frente a la pérdida del objeto" (p. 159).* Atravesar ese dolor: ¿no será acaso lo que Freud nombra como "trabajo de duelo"? Dolor que se presenta como necesario atravesar, aunque haya otras posibilidades, negar la muerte, no querer saber nada de ella. Esto último le permitió a Freud enunciar su concepto de "duelo patológico".

Allouch realiza otra crítica al planteo freudiano acerca de que en el duelo "normal" se quitan las investiduras normales del objeto, que pasan a investir los objetos en la fantasía para luego volcarse en otro objeto que vendría a sustituir al objeto perdido: *"orientado hacia el recuerdo, el duelo freudiano le ofrece a quien está de duelo la loca esperanza de una recuperación del objeto perdido, una esperanza calamitosa, porque fija al enlutado en esa orientación que le da la espalda a la repetición, es decir, al acto".* (Allouch, 2006, p. 169)

Introduce de esta forma el problema del sustituto. Así, el autor (a partir de la muerte violenta de su hija en un accidente de moto) sostiene que no es comparable la muerte de un hijo con la muerte de cualquier otro ser querido. Es decir, hay objetos que son insustituibles. Si el duelo implica pasar del amor al desamor: ¿será posible este pasaje cuando se trata de un hijo? Si pensamos en algunas organizaciones como, por ejemplo, las Madres del Dolor o Madres de Plaza de Mayo, mujeres que deciden hacer presente con su acto a ese hijo, que lo ven en cada uno de esos jóvenes que comienzan a militar.

Bibliografía

Allouch, J. (2006). Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca. Buenos Aires: Ediciones literales.
Freud, S. [(1912) 1976]. Totem y Tabu. En Obras Completas. Vol. XIII. Bs As: Amorrortu.
Freud, S. [(1915) 1976]. Duelo y Melancolía. En Obras completas. Vol. XIV. Bs As: Amorrortu.
Freud, S. [(1915) 1976]. De guerra y de muerte. Temas de actualidad. En Obras Completas. Vol. XIX, Bs As: Amorrortu.
Freud, S. [(1925) 1976]. Inhibición, Síntoma y angustia. En Obras Completas. Vol. XX. Bs As: Amorrortu.

Capitulo II

Clínica Infanto Juvenil

INTERVENCIÓN ON-LINE CON ADOLESCENTES DURANTE EL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA: UN ENFOQUE CENTRADO EN SOLUCIONES

Blanca Estela Barcelata-Eguiarte [A], Lilia Montalvo Ocampo [B]

Introducción.

l confinamiento derivado de la pandemia por COVID-19 generó alteraciones en los ritmos de vida de todas las personas, afectando trayectorias y resultados en el desarrollo de los adolescentes quienes son uno de los sectores vulnerables de la población. Esto ha llevado a la necesidad de implementar estrategias de intervención psicológica en línea, adecuadas a los objetivos y a las características de dicha etapa en la cual sus familias forman parte fundamental de su desarrollo (Galindo-Vázquez et al., 2020).

Aunque los adolescentes no han sido particularmente afectados por la infección de la COVID-19, se han visto afectados a nivel psicosocial y esta afectación se asocia a otros factores de vulnerabilidad como la edad, el nivel educativo, la condición socioeconómica o el confinamiento; ante esta situación se vuelve crucial que la familia sea un soporte y un elemento capaz de brindar aquellos recursos que el adolescente pudiera necesitar (Singh et al., 2020).

El confinamiento ha tenido implicaciones en la salud mental para los adolescentes y jóvenes como, estrés, ansiedad, depresión, entre otros con diferente nivel de severidad (Barcelata, Rodríguez & Medina, 2021). Los retos a nivel individual, familiar, y/o comunitario, ha motivado a proponer diversos niveles de promoción de la salud y a implementar medidas acordes a las necesidades y a los recursos de cada grupo en particular. La implementación de programas de tratamiento on-line surgió como una necesidad inmediata, sin embargo, la evolución de la pandemia ha llevado a los clínicos a adoptar esta modalidad como un formato potencialmente permanente, aunado a las ventajas que ofrece este tipo de intervenciones.

La "Terapia Breve Centrada en Soluciones" es un modelo terapéutico que pone el énfasis en los recursos del consultante para hacer frente a las situaciones problemáticas por las que atraviesa. El uso de este enfoque ha mostrado ser efectivo para el manejo on-line de crisis emocionales en adolescentes ya que se puede adaptar a cualquier contexto manteniendo el proceso básico de escuchar la situación, seleccionar los momentos libres de problema y construir alternativas de solución y contextos predilectos (Finlayson et al., 2021).

Los profesionales de la salud mental se enfrentan al reto de hacer que sus intervenciones sean compatibles con la implementación on-line, desde las herramientas de evaluación hasta las intervenciones mismas procurando que éstas mantengan los estándares de efectividad, validez y confiabilidad y, al mismo tiempo, promoviendo intervenciones breves que incluyan a los padres o tutores (Singh et al., 2020).

Objetivo

Describir el proceso de intervención en línea dirigido a adolescentes con diferente sintomatología relacionada con el confinamiento, por lo cual se realizó un estudio de campo transversal de campo, financiado por PAPIIT IN308420-UNAM.

Método

Se atendieron 66 solicitudes, 62.12% fueron mujeres y 37.87% hombres (M=14.77; DE=1.497); con respecto a la escolaridad el 60.61% eran de secundaria y 39.39% de preparatoria; la edad

[A] Doctora en Psicología y Salud, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesor. Distrito Federal, México. bareg7@hotmail.com

[B] Psicología UNAM. Doctorante en Psicología y Salud (UNAM). Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Distrito Federal, México. liliapsicologia@gmail.com

promedio de los tutores de los adolescentes fue de 38 años (M=38.65; DE=8.419), siendo en su mayoría madres (95.5%). Al proceso de intervención completo se integraron 22 adolescentes, 45.50% chicos y 54.50% chicas, entre 13 y 17 años (M=15.8: DE=.879) en el marco de un programa universitario de atención psicológica.

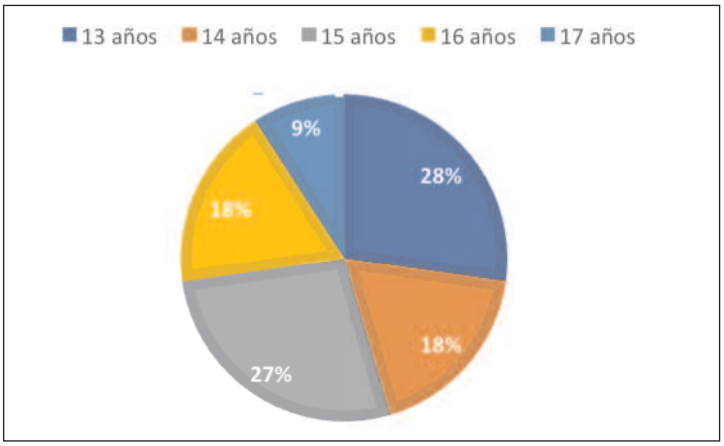
A través de la página de FaceBook del servicio de atención psicológica de la universidad se promocionó la atención psicológica gratuita, los interesados fueron canalizados para la aplicación de entrevistas cerradas de forma virtual con los adolescentes y sus padres, así como para la aplicación de una batería multidimensional en línea que evaluaba los siguientes rubros: estresores, afrontamiento y adaptación en términos de conductas internalizadas y externalizadas. Los adolescentes contestaron previamente un formulario de tamizaje para evaluar viabilidad de intervención en línea para definir los medios adecuados de la intervención. El proceso involucró el uso de medios digitales FaceBook, Zoom, Whatsapp y Google G Suite. El modelo terapéutico fue el centrado en soluciones con un encuadre grupal de 4 a 6 adolescentes, quedando integrados tres grupos paralelos conducidos por terapeutas familiares.

Resultados.

De las 66 solicitudes, solo 22 adolescentes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión y continuaron con el proceso terapéutico grupal completo. Se llevaron a cabo 16 sesiones semanales de 90 minutos con grupos de 4 a 6 adolescentes. En la Figura 1 se observa que las edades de los participantes se distribuyeron entre los 13 y los 17 años.

Figura 1

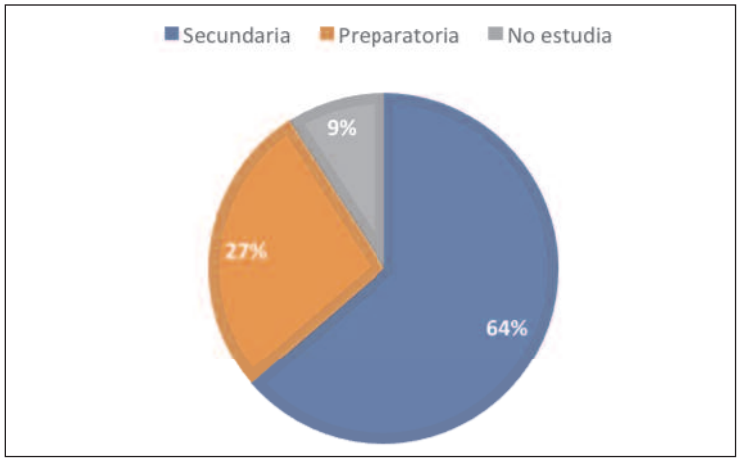
Edades de los participantes



Con respecto a la escolaridad, la Figura 2 muestra que la mayoría cursaban la secundaria.

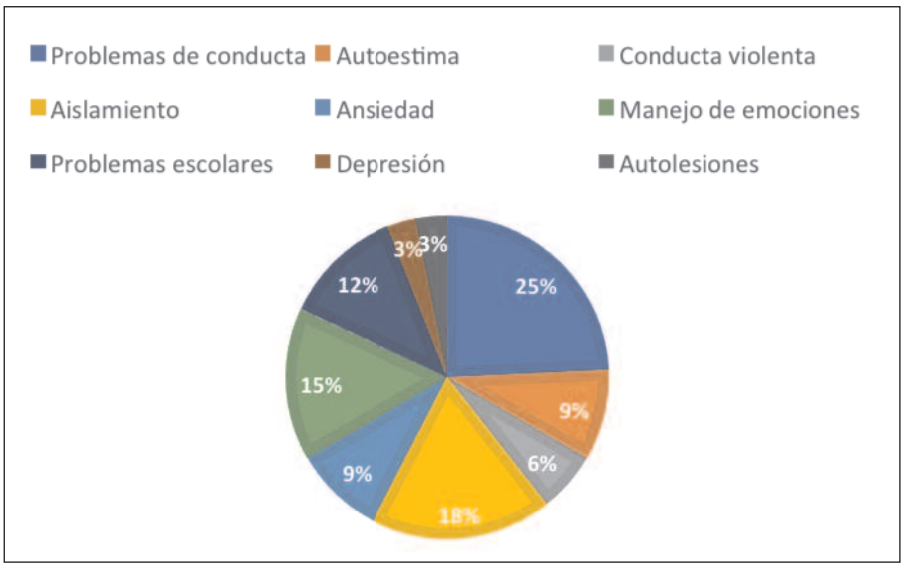
Figura 2

Escolaridad de los participantes



Los motivos de consulta más frecuentes fueron problemas de conducta, el aislamiento social, el manejo de emociones, baja autoestima y problemas escolares (Figura 3).

Figura 3
Motivos de consulta



Se fijaron metas grupales y objetivos individuales concretos, medibles y alcanzables que se enfocaron en la regulación de emociones, el manejo del estrés y ansiedad y la gestión de habilidades para la socialización. Las escalas subjetivas de cambio (Miller & Rollnick, 1999) indicaron un avance en el logro de los objetivos personales, la solución de sus problemas, disminución de síntomas y aumento en el bienestar emocional que se modificaron de 5 a 6 puntos a 8 a 9 puntos. Alrededor del 80% concluyeron el proceso. Se aplicó una encuesta de satisfacción del servicio al cual la mayoría contestó que fue satisfactorio, cabe mencionar que los participantes reportaron que la intervención en línea centrada en soluciones sería su primera opción en caso de presentar alguna otra situación problemática ya que la encontraron práctica y de fácil acceso.

Conclusiones.

La atención en línea representa ventajas y limitaciones para la intervención con adolescentes durante el confinamiento por la pandemia. Las TIC's hacen posible la intervención en línea con adolescentes dadas sus habilidades en el uso de estas y la familiaridad que sienten con los distintos dispositivos tecnológicos. El modelo centrado en soluciones provee de estrategias y técnicas orientadas a cambiar interacciones y consecuentemente cogniciones y emociones que han surgido por el distanciamiento social de sus pares, amigos, o parejas y una convivencia ambivalente con sus familias. Sin embargo, parte de la comunicación no verbal de los adolescentes se llega a perder y este tipo de servicio no es asequible para todos los adolescentes ya que implica el uso de recursos y dispositivos tecnológicos con los que no cuentan grupos económicamente vulnerables.

La pandemia por COVID-19 sigue en curso lo que invita a los profesionistas en salud mental a continuar revisando sus estrategias y, de ser el caso, hacer las adecuaciones pertinentes para que la atención a la salud mental llegue a toda la población, principalmente a los sectores más vulnerables utilizando los métodos más efectivos y menos costosos en términos de recursos económicos, emocionales y tecnológicos.

Palabras clave: Intervención on-line, COVID-19, adolescentes, terapia en soluciones, grupal.

Agradecimientos: Se agradece el financiamiento del proyecto PAPIIT IN308420 (DGAPA, UNAM).

Referencias

Barcelata, B., Rodríguez, R. y González, F. (2021). Respuestas psicológicas durante el confinamiento por la pandemia por COVID-19 en estudiantes mexicanos. Revista Mexicana de Orientación Educativa, 18(40), 1-20. DOI: https://doi.org/10.31206/rmdo332020

Finlayson, B. T., Jones, E. y Cravens Pickens, J. (2021). Solution Focused Brief Therapy Telemental Health Suicide Intervention. Contemporary Family Therapy, 1-12. DOI: 10.1007 / s10591-021-09599-1.

Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras, L. A., Calderillo-Ruiz, G. y Meneses-García, A. (2020). Symptoms of anxiety, depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population. Gaceta Médica Mexicana, 156(4), 298-305. DOI: 10.24875 / GMM.20000266.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós.
Singh, S., Roy, M. D., Sinha, C. P. T. M. K., Parveen, C. P. T. M. S., Sharma, C. P. T. G. y Joshi, C. P. T. G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. Psychiatry Research, 113429. DOI: http://10.1016/ psychres.2020.113429.

ENTRE EL EXILIO DE LA INFANCIA Y LA INCERTIDUMBRE DEL FUTURO. LA PRÁCTICA CLÍNICA CON ADOLESCENTES EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Roxana Frison [A], Roxana Gaudio [B]

Lo disruptivo

En la actualidad seguimos afectados por el traumatismo que significa la pandemia por el nuevo coronavirus Covid-19, en la medida que da cuenta de la existencia de un acontecimiento que en tanto quiebre implica una disrupción en la continuidad de nuestras vidas; y por ende conduce a un nivel de afectación tanto singular como en su dimensión colectiva. En ese punto significó la interrupción de los modos usuales de vivir, la detención de hábitos, recorridos, tránsitos y proyectos. Consecuentemente, la pandemia produjo una desconfiguración en la habitualidad del espacio y del tiempo poniendo en evidencia desigualdades y marcas enlazados a un devenir urgido, frágil, precipitado y con bordes imprecisos; a la vez que propició la circulación masiva de términos tales como incertidumbre, peligro, virus, contagio, muerte. Obligó a la aceptación de la co-responsabilidad del cuidado del cuerpo, afectado en sus múltiples dimensiones, en su carácter biológico, pero sobre todo en su estatuto social.

En la pandemia, la enfermedad y la muerte acechan desde lo real, y frente a ello no se trata entonces de homogeneizar sufrimientos, sino de escuchar el padecimiento en su singularidad, así como los diversos modos de transitarlo. La pandemia no posibilitó poner en juego mecanismos anticipatorios imponiéndose más allá de los diferentes momentos del devenir vital. Las medidas decretadas a partir de esta situación epidemiológica, el aislamiento inicial y el posterior distanciamiento social, conmocionan, por el dolor que suponen, ciertas funciones propias de la instancia yoica, que en términos de Piera Aulagnier (1994), está "condenada a investir".

En determinadas situaciones clínicas, devinieron trastornos como consecuencias del exceso. La categoría de trastorno en términos psicoanalíticos, tal como lo propone pensar Silvia Bleichmar (1993), no supone la transacción entre deseo y defensa, y en la actualidad del encuentro clínico asistimos a una magnitud del conjunto de sucesos inéditos, disruptivos, que no permitió integrarlos al haber representacional. Aun cuando los efectos subjetivos en su particularidad no supongan necesariamente este nivel de sufrimiento, el estatuto traumático está dado por la dimensión global que no excluye a ningún sector de la población mundial, así como implica un monto excesivo para tramitar lo no predecible, lo no anticipable.

Lo digital

Como profesionales del campo de la salud mental, comprometidos con las demandas de la comunidad bajo los lineamientos establecidos en la Ley de Salud Mental 26657, sostenemos un posicionamiento ético que dé lugar a la constitución de redes, de un soporte que posibilite el establecimiento y el refuerzo de los lazos frente a una situación de catástrofe a nivel mundial.

La noción de pandemia, se enlaza a la de catástrofe, a la de situación de desastre. De la catás-

[A] Lic. y Prof. en Psicología. UNLP. Docente e Investigadora. Facultad de Psicología. UNLP. La Plata. Buenos Aires. Argentina. rofrison@yahoo.com.ar
[B] Lic. y Prof. en Psicología. UNLP. Docente e Investigadora. Facultad de Psicología. UNLP. La Plata. Buenos Aires. Argentina. roxanagaudio@hotmail.com

trofe, tomamos su incidencia traumática, tal como lo propone Silvia Bleichmar (2004). La catástrofe impone riesgos y efectos en cada sujeto afectado y es el traumatismo el que deviene en consecuencia. Traumatismo en tanto incidencia singular que, a partir de un real externo, inaugura un trabajo psíquico en el que se ponen en juego los modos de procesamiento interno, los recursos simbólicos con los que cuenta cada sujeto afectado para tramitar un exceso que en muchas situaciones provoca desmantelamiento, desarticulación de enlaces psíquicos. Traumatismo entonces definido por la autora, como producto de la relación establecida entre el impacto que provoca el estímulo, la cantidad de excitación desencadenada y la respuesta psíquica que puede devenir a posteriori como efecto del mismo.

En el marco de una catástrofe natural que siempre es a su vez del orden de una catástrofe social, tal como plantea Ariana Lebovic (2021), "la posibilidad de pensar con otros, de armar redes de sostén amortigua angustias, y permite salir de la parálisis y de la inhibición".

La vida se reconfiguró con nuevas coordenadas, se reorganizó un estar diferente, una presencia paradojal, online, a distancia; y todo ello fue posible a partir y a través del auxilio que significó el uso de la tecnología, no sólo como posibilidad de comunicación sino erigida, en un comienzo, en viabilidad de encuentro. Entonces, en el año 2020 comenzamos la tarea de exploración de esta novedad, instalamos artesanalmente dispositivos clínicos cuya utilización se sustentó en el requerimiento de darle continuidad a los tratamientos, alojar los padecimientos, aseverando que la escucha, la transferencia, no tienen barreras.

Trabajamos en el emplazamiento de una praxis a la altura de la coyuntura histórico-social que nos atraviesa en el orden de lo contingente. Fuimos convocados a aceptar nuevos desafíos en el armado de dispositivos que favorezcan transitar este tiempo, acompañando la diversidad de respuestas que puedan surgir frente al padecimiento psíquico

La adolescencia afectada

¿Qué particularidades ofrecen las subjetividades adolescentes en esta época, y en particular con los atravesamientos, limitaciones, riesgos e incertidumbre propios en el marco de desarrollo de la pandemia?

La situación de pandemia afecta a los adolescentes, no sólo en los aspectos autoconservativos, sino también en los identitarios que constituyen el campo de la autopreservación, al no poder asistir a colegios, plazas, clubes, lugares de encuentro presencial, al dificultarse el sostenimiento de lazos, del contacto físico, de intercambios verbales y no verbales, investidos particularmente por ellos. El quiebre del lazo social les produce malestar, y a mayor alienación, menores son las posibilidades de subjetivación. Desde allí que las opciones tecnológicas priorizadas, en cuanto a juegos y entretenimientos, modos de encuentro e intercambio, se han convertido desde el inicio de la pandemia, en un medio obligado de comunicación y tareas.

En la adolescencia, el embate puberal y el requerimiento de independizarse del pensamiento parental, provocan una conmoción de la organización psíquica, una encrucijada devenida por las transformaciones a nivel pulsional, representacional, identitario, y por los duelos a tramitar. Los adolescentes se hallan en proceso de escritura y reescritura, de exploración e historización. Las exigencias pulsionales y las demandas sociales se erigen en presiones y trabajo psíquico en este tiempo de la organización subjetiva. El riesgo, la omnipotencia, la transgresión, el desafío, constituyen elementos inherentes a las adolescencias. El trabajo psíquico que comporta, supone apropiarse de los anhelos identificatorios que catectizan un futuro. Investimiento de un tiempo futuro en el que, la realización de proyectos, se avizore como posible. Ahora bien, en la singularidad del tiempo actual, ¿qué posibilidades de futuro ofrece la cultura?

Los encuentros

Mariela es una joven oriunda de una ciudad pequeña. La migración al lugar elegido para la concreción de su proyecto de estudio y trabajo, resultó favorecido por la antecedencia de sus hermanos. No obstante, la distancia geográfica, activando problemáticas propias del desarraigo, la confrontaron con un grado de dificultad importante para delimitar otras distancias. Un entre sos-

tenido en la geografía de su subjetividad. Angustia, ambivalencia, cierta perturbación por momentos, encierro, alteraciones en su alimentación. El afuera vivido con sensaciones de extrañamiento y extranjeridad. Tomó tiempo el trabajo de separación, muerte simbólica, exogamia, aceptación e investimiento del propio cuerpo, sexuado, y del otro extra-familiar. El afuera fue despojándose de la nota de amenazante para tornarse convocante. Grupo, reducido, de amigos para algunas salidas, elegidas, disfrutables. El encuentro con otro que despertó su interés, erotismo, deseo.

Hoy, en las sesiones sostenidas a través de la plataforma zoom, el relato en torno al encierro, el aislamiento, la hostilidad y la tristeza por la interrupción del movimiento que venía dibujándose con trazos tal vez un tanto débiles aún, da lugar ahora al trabajo de historización y reconocimiento para reforzarlos en el marco de la detención, de las pérdidas.

Ana es una joven que resolvió hace un par de años, la salida de la casa parental para convivir con una amiga, proveniente esta última de una localidad lejana, alquilando entre ambas un departamento. Mudanza de Ana precedida por una sostenida confrontación con los adultos significativos pertenecientes a su familia, puesta en cuestión de los valores y elecciones portados por ellos. Delimitación de lo propio, invistiendo su presente y devenir. Al tiempo de la toma de la decisión, las dificultades económicas se hicieron presentes. Ambas, con trabajo y estudio, requirieron de la ayuda parental para los costos de vivienda. Las limitaciones no tardaron en aparecer, respecto a salidas y compras en general. No obstante, la balanza se orientaba hacia el mantenimiento de las condiciones conquistadas apelando a la creatividad y los lazos.

La pandemia y la medida de aislamiento obligatorio a los fines del cuidado de la vida, atacaron fuertemente las endebles posibilidades de cierta estabilidad lograda en el afuera. El obligado regreso de la amiga de Ana a su lugar de origen, luego de sumarse a las pérdidas, la del trabajo, condujo a Ana a la vuelta a su casa. Las sesiones transcurren en la actualidad, a través de la plataforma zoom. El trabajo terapéutico se despliega hoy con el propósito de sostener la escucha, el apuntalamiento, dando lugar a una continuidad en una trama surcada particularmente por la interrupción.

Conclusiones

Los encuentros clínicos sostenidos online, aseguran una disponibilidad, una presencia que no coagula, sostiene, apuntala. Confirman una escucha atenta, el intercambio de sentidos y la apuesta al lazo, a un futuro. La práctica clínica con adolescentes requiere dar lugar a la turbulencia, soportar los vagabundeos por los bordes, los embates, a partir del investimiento de una relación analítica, transferencial, que supone asimetría, encuentros y desencuentros.

En algunas situaciones clínicas, tal como planteamos en referencia a los tratamientos con Mariela y con Ana, la tarea tuvo a la salida exogámica, al fortalecimiento de los vínculos extra-familiares, al investimiento de un afuera, a la configuración de un proyecto propio, como metas privilegiadas.

En estos tiempos de pandemia, se trata de asegurar un afuera en el adentro, sostener las preguntas que se formulan los adolescentes en la conquista de la novedad, acompañar la exploración posible. Ponderar las experiencias transitadas, resituarlas en la coordenada temporal para hacerles un lugar al que puedan volver para apuntalar nuevas transformaciones, para asegurar que por más dificultades que se presenten, bifurcaciones, direcciones diversas, trayectos sinuosos, estarán al amparo de todo riesgo de pérdida.

Bibliografía

Aulagnier, P (1994) "Condenado a investir". En Un intérprete en busca de sentido. pp. 254-280. México: Siglo Veintiuno Editores.
Bleichmar, S. (1993) La fundación de lo inconciente, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
Bleichmar, S. y otros. (2004) Primer panel "Conceptualización de catástrofe social. Límites y encrucijadas". En Waisbrot, D. Clínica Psicoanalítica ante las catástrofes sociales. La experiencia argentina. pp. 34-82. Buenos Aires: Editorial Paidós.
Bleichmar, S. (2005) La subjetividad en riesgo. Buenos Aires: Editorial Topía.
Lebovic, A. (2021) De los mundos superpuestos al espacio transicional. Reflexiones sobre la clínica psicoanalítica durante la pandemia. En Actualidad Psicológica La virtualidad en la clínica y el aula Año XLVI - N°505- abril 2021-pp. 2-6.

ACERCA DE MUTACIONES Y NOVEDADES. LAS SUBJETIVIDADES ADOLESCENTES Y EL ENCUENTRO CLÍNICO

Roxana Frison [A], Carolina Longás [B]

Palabras introductorias

El trabajo clínico, docente, en Investigaciones[1] y Proyectos de Extensión en las Cátedras de pertenencia: Psicología Clínica de Niños y Adolescentes y Psicología Evolutiva 2, de la Facultad de Psicología de la UNLP, nos interpela y motiva a reflexionar acerca de los trazos que van delineando las subjetividades actuales. Se desglosan las improntas de la lógica digital, de las tecnologías, en particular en niños, niñas y adolescentes. Son múltiples las mutaciones, los cambios que se vienen produciendo en la inscripción de coordenadas tales como el espacio y el tiempo. Modos de aprender, de jugar, de establecer lazo que se instalan bajo parámetros que involucran la novedad como protagonista.

El inédito proceso de pandemia que estamos viviendo, iniciado en marzo del 2020, afecta particularmente a los adolescentes. La abrupta demarcación en cuanto a sus despliegues y desplazamientos, el abandono de sus espacios extra familiares, no acontecen sin consecuencias. Las opciones tecnológicas priorizadas, en cuanto a juegos y entretenimientos, se erigieron durante este tiempo, en un medio obligado de comunicación y tareas.

En consecuencia, nos interrogamos respecto de los dispositivos digitales, y la lógica conectiva que conllevan. ¿Qué lugar asumen la mirada, la voz, la palabra, cuando todos ellos producen efectos en el cuerpo? ¿Qué destinos encuentra la pulsión en la situación de encuentro y contacto corporal por conexión? ¿Las vibraciones, tonalidades, quedan por fuera de un intercambio en el que la simultaneidad tecnológica no se asimila a la narrativa secuencial propia de la realidad material? ¿Qué recursos instrumentan los adolescentes para maniobrar con las múltiples invasiones, contradicciones, que pueden sentir en estos tiempos: el virus, los padres, otros? ¿De qué modo arman un "afuera"?

Fabiana Tomei (2020), explicita que los instrumentos tele mediáticos, dejaron de ser posibilidades de separación de los mandatos parentales y pasaron a ser usados todo el día. No son más el refugio de niños, niñas y adolescentes, al ser invadido por los adultos. El desplazamiento a otras plataformas se ve restringido. Ahora los adolescentes están, donde están los "youtubers". Duermen durante el día e instauran por la noche una suerte de autonomía, eligiendo estar solos

---

1 *Juego y constitución psíquica: su vínculo con lo histórico - social El campo lúdico como soporte identificatorio en la infancia y la adolescencia. (I+D) Directora: Esp. Gaudio Roxana. Lic. Frison Roxana: Docente- Investigador Interviniente. Facultad de Psicología. Acreditado por la Universidad Nacional de La Plata. Proyectos Bienales Investigación y Desarrollo Ministerio de Cultura y Educación de La Nación. Período: 1º de enero 2019 al 31 de diciembre 2020.*
Estatutos del cuerpo en las formas actuales de presentación subjetiva en púberes y adolescentes de la ciudad de La Plata. Indagaciones preliminares. (PPID) Directora: Lic. María Florencia Almagro; Co- Directora: Lic. Elizabeth Mirc. Lic. Frison Roxana: Docente- Investigador Interviniente. Facultad de Psicología. Acreditado por la Universidad Nacional de La Plata. Programa de Incentivos a la Investigación. Ministerio de Cultura y Educación de La Nación. Período: 1º de enero 2019 al 31 de diciembre 2020.
El impacto de las tecnologías digitales en el vínculo entre padres e hijos adolescentes, de La Plata y Gran La Plata (I+D) Directora: Bravetti Gabriela, Lic. Carolina Longás: Docente-Investigador Interviniente. Facultad de Psicología. Acreditado por la Universidad Nacional de La Plata. Proyectos Bienales Investigación y Desarrollo. Ministerio de Cultura y Educación de La Nación. Período: 1º de enero 2020 al 31 de diciembre 2021

[A] *Lic. y Prof. en Psicología. UNLP. Docente e Investigadora. Facultad de Psicología. UNLP. La Plata. Buenos Aires. Argentina. rofrison@yahoo.com.ar*
[B] *Lic. y Prof. en Psicología. UNLP. Docente e Investigadora. Facultad de Psicología. UNLP. La Plata. Buenos Aires. Argentina. cjlongas@gmail.*

en el espacio compartido obligatoriamente. Entonces: ¿cómo ayudarlos a construir intimidad, a organizar presente y/o futuro frente a la incertidumbre del mundo por venir? ¿cómo ayudarlos a organizar un estar con otros regulado?

Siguiendo la propuesta de Rodulfo (2012), quien nomina al proceso adolescente como segunda deambulación, subrayamos la importancia del pasear a propósito de este tiempo de aislamiento. Paseo como un movimiento de desplazamiento de lo familiar, de exploración del mundo. En el paseo surgen errancias, el perderse, deambular sin rumbo.

En consideración con lo planteado, insisten algunas preguntas en torno a las variaciones del dispositivo y la impronta del recurso digital en la práctica psicoanalítica. Ésta no queda ajena del uso de los medios tecnológicos y no hemos tenido tiempo suficiente en un comienzo para metabolizar el modo de su implementación que se nos impuso con acotado margen para la elección. Por ello debemos diferenciar con alerta crítica, el pasaje de su uso como herramientas, a las modificaciones que van generando estos medios y analizar sus efectos en la configuración de las subjetividades, en los cuerpos y los vínculos. El trabajo clínico asume modalidades que se despliegan online, a distancia, como respuesta al requerimiento de la continuidad de tratamientos, y su mixtura posible con la presencialidad en el consultorio; en la concepción de un psicoanálisis que, tal como sucede con el COVID-19, atraviesa fronteras.

¿Qué sucede con la sensibilidad, con la capacidad de significar y representar, de poner en palabras por la velocidad que adquiere esto que se nos presenta? ¿Qué particularidades asume el cuerpo, la erogeneidad, cuando en el encuentro no circula materialidad? ¿Qué se va delineando en los encuentros digitales? ¿Cómo participamos de ello, que vamos inscribiendo? ¿Qué pone de relieve la situación de pandemia y confinamiento respecto de los procesos de simbolización, de interlocución que requiere el vínculo humano y la especificidad del trabajo psicoterapéutico?

El cuerpo se presenta: vivencias, experiencias de la corporalidad.

Cuando mencionamos el término cuerpo, tal como lo hemos delineado en trabajos anteriores (Frison, Longás 2019), estamos haciendo referencia a una noción compleja. Complejidad dada por los múltiples factores que atraviesan su materia, su espesor, en un trayecto identificatorio-relacional que se inicia con el nacimiento - y aún antes, en la red deseante que lo antecede-, y que se prolonga a lo largo de toda la vida. La noción de cuerpo remite a inscripción psíquica, a encuentro y desencuentro, a placer y sufrimiento. Hace referencia también a una construcción en la que dejan marca los anhelos, los fantasmas, los enunciados de los otros significativos que toman a cargo los cuidados precoces de ese espacio biológico, sensorial, erógeno, que son resignificados en la pubertad-adolescencia. Cuerpo que se va representando para asumir una totalidad que remite a experiencias, historia e investimiento. Sede de la pulsión, que atraviesa mutaciones, transformaciones que lo convierten en otro, manteniendo la mismidad propiciada por una historia singular y deseante.

Cuerpo que en el intercambio psicoterapéutico es tocado por la palabra y a su vez no abarcado en todo su espesor por ella.

Franco (Bifo) Berardi (2020), en una publicación reciente, alude a la mutación que trae la lógica conectiva, diferenciándola de la conjuntiva.

> La conexión es una relación con el otro que puede ser funcional pero no tiene la sutileza que pertenece a la conjunción, al contacto ambiguo e insinuante, a la palabra que siempre está abierta a nuevas interpretaciones y nuevas evoluciones. Claro que la epidemia instala un problema muy profundo de deserotización de la relación social y de desrealización de la experiencia. Hemos aprendido a hacer casi todo online pero no todo se puede y creo que a nivel antropológico, psíquico, y también político mucho se jugará a nivel de lo que no puede ser reducido a la conexión. El sexo, el hambre y la existencia corpórea en general [...] ¿Qué tipo de mutación psíquica se va produciendo en la generación Z? (2020, Revista Ñ)

En alusión a la desrealización de la experiencia, Gustavo del Cioppo (2019), alude también a la delegación que se viene produciendo desde hace tiempo, al poder decisional de los dispositivos

virtuales. Ejemplos tales como el GPS, que sustituye las referencias de puntos significativos a los que otrora apelábamos por la lógica asociativa, la impronta de los mensajes por WatsApp que provoca malentendidos de mayor espesor respecto a lo que ocurre en el encuentro cara a cara, el que queda intervenido por la lógica conectiva.

Disponerse a las composiciones del dispositivo psicoterapéutico

En un hacer vincular, vamos armando y aprendiendo con los pacientes y entre colegas.

En la línea planteada por Del Cioppo (2018), entendemos vínculo como una experiencia compleja en la que dos otros, no pueden sino verse alterados en el ir haciendo juntos. Conformando un nosotros con efectos de variación de la mismidad. Esta idea supone una temporalidad y una espacialidad en movimiento que atañe al armado que se produce en todo vínculo y podemos pensarlo en el entramado psicoterapéutico. ¿Qué variaciones vislumbramos en la función terapéutica con la incorporación de la de la digitalización? ¿Cómo maniobrar en el intercalado de las entrevistas en el consultorio y las digitales? ¿Quedará como un insumo en situaciones clínicas particulares? ¿Qué efectos vamos situando en el intercalado de las entrevistas presenciales con las digitales? ¿Y en aquellas sólo digitales?

Este es un tiempo en el que intercambiamos entre colegas. No para teorizar, sí para revisar, vitalizar las nociones de las que nos servimos en nuestra práctica, armar borradores y bocetos. Los términos encuadre, dispositivo, transferencia, entre otros, requieren reformulaciones.

¿Qué se produce privilegiadamente en los tratamientos hoy? Un encuentro, una presencia que aloja, sostiene, apuntala, una disponibilidad que vuelve a subrayar el lugar de la escucha, el valor de la palabra y agudiza la sensorialidad. Intervenciones que tienen efectos, que producen alivio, que propician simbolizaciones, a su vez que la circulación deseante.

Luego del primer tiempo de la situación de aislamiento, algunos pacientes volvieron a los tratamientos, buscaron activamente reanudarlos, ¿qué conlleva esa búsqueda? ¿Un modo de tomar contacto con el afuera, reencontrarse con algo que asegure una continuidad posible frente a tanta pérdida, un punto de estabilidad? ¿El registro subjetivo de los efectos traumáticos que conllevan el detenimiento abrupto de un modo de vivir, organizarse, vincularse? ¿El temor, la incertidumbre? ¿La referencia vincular previa como sostén?

Reflexiones finales. La clínica nos pone a pensar y a compartir

Como en toda situación vital, en esta crisis se ponen en juego los principios del acontecer psíquico: permanencia y cambio. ¿Qué de lo histórico se continúa en lo actual y qué nuevos vínculos, qué redes pueden construirse en el presente?

Asistimos a diversos efectos tópicos, dinámicos y económicos. Cada sujeto en particular se verá requerido a un trabajo psíquico, de acuerdo a sus recursos simbólicos y sus posibilidades de hacer lazo. Presenciamos una multiplicidad de respuestas subjetivas que abarcan alternativamente aspectos corporales, oníricos, sintomáticos, desubjetivantes y creativos.

Convocamos a pensar estas manifestaciones clínicas a modo de trazos. Rescatar la cualidad lúdica en los despliegues de los adolescentes. Crear, armando bordes en la intersubjetividad. Estar ahí, expandir nuestras vivencias, poner a tono nuestra sensibilidad, experimentar. Poner el cuerpo de un modo nuevo, con restos sin inscribir, ¿a enhebrar a pres coup?

Bibliografía

Berardi, F. (2020). Entrevista: Tenemos que reinventar el placer. Revista Ñ. Ideas. Clarin.com. 15/05/2020 https://www.clarin.com/revista-enie/ideas/franco-bifo-berardi.

Del Cioppo (2019) Conferencia Virtual, en AAPPG Virtual: "Nuevas presencialidades: lo digital-virtual en los vínculos y en nuestra clínica", 11 de septiembre de 2019. https://www.youtube.com/watch?v=Zy5qqUl4iOw

Del Cioppo (2018) Conferencia Virtual, en AAPPG Virtual: "Aproximaciones para pensar la temporalidad y la espacialidad en el vínculo de pareja", 14 de noviembre de 2018. https://youtu.be/jCFyxRmaG44

Frison, R. & Longás, C. (2019) Cuerpo: ¿Soporte de la tramitación simbólica? Avatares actuales. En Anuario Temas en Psicología. Vol. 5. Facultad de Psicología. UNLP. http://www.psico.unlp.edu.ar

Rodulfo, R. (2012) Padres e hijos. Paidós, Buenos Aires.

Tomei, F. (2020). Videoconferencia. Terapia virtual con niños y adolescentes en tiempos de pandemia. Raíces. Red de Asistencia integral y capacitación específica en salud. 30 de mayo de 2020.

PSICOPEDAGOGÍA Y LITERATURA INFANTIL. LA CONVIVENCIA EN LA ESCUELA SECUNDARIA PENSADA A TRAVÉS DEL CUENTO DE CAPERUCITA FEROZ Y LOBO ROJO

Cintia Candelaria Romano [A]

Introducción

Al hablar de la convivencia en la escuela nos encontramos con un terreno difícil de precisar y acotar, por la variedad de modalidades que asume, las diversas formas en que hoy se habitan las escuelas, los diferentes modos en que cada una alcanza a tramar relaciones interpersonales, los variados escenarios que reúnen a jóvenes entre sí y con adultos, y adultos entre ellos.

Levy Daniel (1997) en un ensayo titulado "Convivencia en la escuela: la ilusión de la armonia" dice:

> Cuando hablamos de convivencia nos referimos al espacio y al tiempo en que se dan los lazos sociales en el entorno escolar; al sistema de regulación de la vida institucional, las normas, los órganos y las prácticas institucionales, que incluyen la dimensión de las personas y sus derechos, en un espacio social delimitado, con responsabilidades y tareas diferenciadas para cada uno de los actores. (p.154)

Podríamos agregar que la escuela es ese lugar donde se aprenden y se olvidan cosas, donde se aprueban y desaprueban exámenes, donde se difunden algunos saberes y donde se adquieren algunas destrezas y ciertos hábitos y normas.

Al respecto Carlos Lomas (2003) expresa:

> Es ese lugar donde no solo se enseña el conocimiento legítimo, sino también el comportamiento esperado (la obediencia a la autoridad y el respeto a las reglas del juego), donde se sancionan y se elogian unas u otras conductas, donde el valor del saber comienza y concluye a menudo en su utilidad para salvar o no con fortuna los obstáculos académicos, y donde el conocimiento apenas se percibe como una eficaz herramienta de comprensión e interpretación del mundo. En última instancia, es ese lugar donde se enseñan y se aprenden esas cosas que a veces nada tienen que ver con las cosas que ocurren fuera de las aulas. (p.21)

Así se refiere Carlos Lomas (2003) al mundo de la escuela en un libro en el que reúne un conjunto de textos literarios de autores más y menos clásicos que hablan de la vida en las aulas. Un mundo en el que existen y funcionan ciertas reglas de juego, rituales, sistemas de premios y castigos, y que incluye algunas de las tensiones y contradicciones que conlleva toda práctica social. Contiene el aprendizaje, la potencia del acceso al conocimiento, pero también sus límites, la memoria y el olvido, el disciplinamiento, la autonomía y la emancipación, la inmersión en la cultura y la disociación entre el mundo escuela y el exterior.

La pregunta por la convivencia que aquí se nos plantea es, ante todo, una pregunta interminable, que nos lleva a cuestionarnos en los modos de relación que habitamos, nos habitan tiempos de crisis. Según Larrosa Jorge (2006) dice:

> Hay una crisis de la conversación que se desliza hacia (o proviene desde) otro tipo de crisis: se trata de una fuerte rajadura de la herencia, de lo heredado, de la tradición, de aquello que es anterior, que es mayor, que excede a cualquier edad, a cualquier generación. Pero también hay una hendidura en el heredero, o temblor de un heredero que sólo puede, en vez de pa-

[A] Lic.en Psicopedagogía, Docente Universitario (UNPA-UARG).
Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Río Gallegos, Santa Cruz, Argentina. cintiaromano_637@hotmail.com

> decerla, elegir mantenerla en vida sin pasar por el trance de una aceptación de la herencia como afirmación incondicional del origen de la autoridad, del principio de la ley. (p.90)

Por consiguiente, hoy se dice que asistimos a una inversión de la lógica del saber, que ahora es el joven el que sabe, que ser joven consiste en saber ese saber. Al respecto Carlos Skliar (2006) sostiene:

> Ser joven supone el desposeimiento de la idea misma de juventud y, por eso mismo, porque no se deja atrapar en una única identidad, se produce la cancelación del futuro, la vida instalada en una cuerda floja. Se dice, además, que hay un borramiento entre las generaciones y, con ello, la disolución de la autoridad, el rechazo puntual y puntilloso a la tradición, a la memoria y a la herencia. (p.89)

De igual manera, se ha dicho que las instituciones educativas en tanto espacio de encuentro entre generaciones articula pasado, presente y futuro. Recordemos que la escuela se propuso en sus orígenes homogeneizar a la población que recibía. Ese paradigma se modificó, ya no se busca esa homogeneización, sino la inclusión a partir del respeto por la diversidad.

En palabras de Duschatzky (1996):

> El respeto a la diversidad determina nuevas condiciones de regulación de la vida escolar. La diversidad pone en tela de juicio la construcción moderna de la historia que dio origen al mito de la nación unificada, el progreso y la razón. La diversidad en la escuela es inclusión de nuevas culturas, es respeto y consideración de la particularidad de cada uno. (p.15)

Esta concepción rompe con un ideal de homogeneidad, de universalidad, de construcción de un tipo o modelo como rasgo de pasaje por la escolaridad. En esta presentación pretendemos pensar sobre el modo de concebir hoy la vida escolar y al adolescente en ese convivir que se construye en un espacio de interacción e intercambio con otros en un lugar como la escuela. La estrategia de esta reflexión seguirá la propuesta de Caperucita Feroz y Lobo Rojo, de Elsa Bornemann. Imaginar la inversión de los roles es una estrategia de la literatura para producir sentidos nuevos y preguntarnos, ¿qué sentidos se producen, cómo se aprende a vivir y a convivir cuando los roles se invierten entre las generaciones, en ese vínculo entre lo nuevo y lo viejo, lo bueno y lo malo, los frágiles y los fuertes?

Pensar en los jóvenes hoy

En la presente versión de Caperucita Roja nos encontramos con una historia donde los roles se invierten. Caperucita con sus dientes de serruchito es mala, muy mala.

Como introduce Elsa Bornemann (2016):

> En el bosque de Zarzabalanda, precioso bosque que queda bastante lejos de aquí, había una vez en la que la paz era la reina del lugar. Sus habitantes convivían felices y contentos: desde los troncos más anchos y las copas más altas hasta las hierbas más delicadas…desde los osos más corpulentos hasta la más frágil de las mariposas. Todos, felices y contentos. Las personas no habían penetrado aún en ese bosque y a este cuento habría que colocarle-ya mismo- el cartelito de "colorín colorado" si no fuera porque llegó un día en el que esa paz, esa tranquilidad del "había una vez" del principio se convirtió en "otra vez" empezó un tiempo de miedo en el bosque de Zarzabalanda. Los animales vivían felices hasta que llega una niña para arruinarles la paz, se trata de Caperucita Feroz, cazadora de lobos. (p.4)

En el cuento clásico, Caperucita se mostraba como una hermosa niña, curiosa, obediente, que cumplía con todo lo que le pedía su mamá. El personaje del lobo, era claramente el villano de la historia, lo peor de lo peor. El lobo era astuto y sabía engañar, era capaz de hacer cualquier cosa para obtener lo que deseaba, se mantenía al acecho y sabía elegir a sus presas. Cuando el lobo feroz se dio cuenta de que Caperucita Roja andaba sola por el bosque, se aprovechó de su ingenuidad e inocencia.

Sin embargo, aquí Caperuza Feroz es, como nos relata Elsa Bornemann (2016):

> Una nena parecidísima a la Caperucita del viejo cuento que todos conocemos, sí, aunque parecida solamente porque también era una nena… también usaba una graciosa caperuza

> para cubrir cabellos y espalda… y también acostumbraba atravesar los bosques… Pero mientras que la antigua Caperucita era buena como el pan, esta-la de nuestra historia- no, nada que ver. Lo cierto es que era una criatura mala, muuuy mala, remala, malísima, supermala, a la que- por supuesto- nada le encantaba más que hacer maldades. (p.10)

El que más asustado estaba, desde que se había enterado de que la Caperucita Feroz andaba recorriendo el bosque lo más campante, era el lobito Rojo de Zarzabalanda, que debía ir a la casa de su abuelita. La madre del lobo advierte el riesgo y le da instrucciones para defenderse de la niña. El lobito se encuentra con Caperucita en el trayecto y, por miedo, elige otro camino. El protagonista de esta historia no es ingenuo, como lo es Caperucita en la versión clásica, se da cuenta inmediatamente de lo que sucede, le sigue la corriente a Caperucita para salvar a su abuelita.

Una serie de ideas nos permiten pensar la adolescencia hoy en un entre generacional como una problemática que, en términos generacionales, manifiesta el vinculo entre lo nuevo y lo viejo, entre los que ya no están y los que aún no han llegado. Una Caperucita del cuento clásico que respondía a lo que la cultura adulta mantenía como jerarquía sostenida en la firmeza de un orden cultural como por la adhesión a valores culturales imperantes de la época. A una Caperucita Feroz que junto a Lobo Rojo, frente al desorden valorativo, nos anticipan que hay nuevas subjetividades de época y nuevas subjetividades en juego.

Pensar en los adolescentes, jóvenes y adultos nos invita a poner el acento en las singularidades de cada uno de ellos, en sus particularidades experiencias y trayectorias de vida y en nuestras propias miradas sobre ellos. Los niños, niñas y adolescentes y los jóvenes en singular están sujetos a las significaciones que los adultos de cada época les otorgan y a los significados que los infantes, los adolescentes y los jóvenes construyen con respecto a su propia condición.

Las relaciones entre generaciones: entre mirar desde el adulto y mirar desde el adolescente

Pensar en la relación entre adolescentes, jóvenes y adultos exige replanteos en torno a las consideraciones clásicas en las que juventud se significaba como preparación y adquisición de roles adultos. Hablamos de la edad adulta concebida como un estado caracterizado, principalmente, por la conformación de una familia propia y la obtención de un empleo asalariado. Sin duda, ese recorrido vital se ha desbaratado y desincronizado, bajo el impulso de los cambios en el mundo productivo y sociocultural.

Sergio Rascovan (2013) señala que:

> El *entre* jóvenes y adultos asumió características diferentes. La modalidad confrontativa predominó en tiempos del capitalismo industrial, mientras que la modalidad abúlica, desinteresada y apática fue propia de ciertos comportamientos juveniles en la etapa del capitalismo financiero, tiempos de derrumbe de la sociedad salarial. El pasaje de la modernidad sólida a la modernidad líquida. Así como podemos pensar lo adulto como función de sostén para el desarrollo de los procesos de subjetivación, también podemos reconocer lo adulto como representante de los poderes hegemónicos, como operatoria para sostener el sistema. Lo adulto en tiempos de Estado-nación se constituyó como principal sostén de su política domesticadora. (p.23)

En este sentido, el autor se refiere a lo joven, lo adolescente y lo adulto como parte del campo de problemáticas de la subjetividad y a que no son esencias sino que se configuran en la diferencia. Además, es importante pensar la juventud y la adolescencia como una construcción histórica y social. Pierre Bourdieu (1990) abona la idea de que las divisiones entre las edades pueden entenderse como un arbitrario cultural, es decir, una imposición de sectores dominantes, que poseen la capacidad de imponer significaciones que al mismo tiempo que encubren relaciones de fuerza, se muestran como únicas y legítimas. El mismo autor afirma que "la juventud no es más que una palabra" (p.96), con lo cual se está refiriendo al carácter simbólico de un constructo sociocultural.

Nos parece productivo pensar la juventud como un período de la vida que tiene límites variables

y que se expresa de muy diversas formas, según los contextos y los condicionamientos de cada época y cada sociedad. Margulis (1996) titula uno de sus libros, "La juventud es más que una palabra". Con esta idea, el autor, en diálogo con Bourdieu, destaca que el carácter simbólico del concepto no implica que la juventud sea una representación simbólica separada de las condiciones materiales que la producen y la significan. Por ello, afirma que la juventud es más que una palabra.

La juventud se distingue por su liminalidad. Esto implica un tránsito de experiencias *en* y *entre* los márgenes. Levi y Schmidt (1996) sostienen que, "las sociedades construyen a la juventud como un hecho social inestable, que oscila entre los límites movedizos de la dependencia infantil y aquello que caracterizan como autonomía adulta" (p.15). Es decir, piensan a la juventud como una categoría que se constituye en marcos inestables, confusos, construida simbólicamente por promesas, amenazas, miedos, sospechas, proyectadas por las miradas cruzadas en su afán de excluirla o controlarla debido, precisamente, a su posición liminal.

El antropólogo Victor Turner (1969) describió la condición liminal como un "estar ni aquí ni allá" o como estar "en medio de posiciones asignadas y conformadas por la ley, la costumbre, la convención y el ceremonial" (p. 96). Sí nos situamos en pleno desarrollo de la sociedad industrial, en la cual la escuela es una institución clave por su condición (y mandato) de crear modernidad, con ideas vinculadas al progreso eterno como valor incuestionable, se puede pensar a la juventud en términos de una moratoria, de un momento de espera.

Hubo un tiempo, que se decía que la adolescencia es lo que *adolece*, al respecto Larrosa (2000) cuando habla de la experiencia la entiende como aquello que "nos pasa, o lo que nos acontece, o lo que no llega. No lo que pasa, o lo que acontece, o lo que llega" (P.64). Por extensión cabría pensar que la experiencia de la juventud *adolece* y *nos adolece*. Nos preguntamos, ¿los jóvenes encuentran en sus adultos hoy aquellas orientaciones que le permitan enfrentar más armados los problemas que adolecen?, hecho necesario para la constitución de su aparato psíquico y su propia subjetividad.

En los personajes del cuento, podemos observar que Caperucita pasa de ser buena y obediente a ser feroz, y Lobo Rojo de ser aquel lobo en sus origenes, malo y feroz, a ser el bueno de la historia. Silvia Di Segni Obiols (2002) expresa:

Sí comparamos al adulto en sus orígenes, podemos ver que durante el siglo XIX y la primera mitad del XX, existió una fuerte homogeneidad, producto del control y la rígidez que imponía ese modelo; los padres pensaban igual que los maestros, que los pastores de las distintas iglesias, el esquema patriarcal se quebró. (p.80)

El adulto con relación a las nuevas generaciones ha perdido autoridad, no son los mismos que aquellos adultos de épocas pasadas, ya no son el modelo del adolescente. Quizás, esto nos hace pensar en que nos encontramos ante un adulto "débil". Los jóvenes, ya no son objeto de…buenos, obedicientes, como la Caperucita tradicional, son sujetos de derechos, se hacen escuchar, se expresan, hoy ellos toman la posta, son el modelo de toda la sociedad, son "fuertes" como Lobo Rojo, han logrado ocupar otro lugar produciendose así, una doble inversión de roles.

Entre generaciones: La literatura como construcción de sentido

Resulta interesante el aporte de Teresa Colomer, Teresa quien toma de Emilio Lledó (1994) la siguiente cita:

La creación de un lenguaje interior del que emerge la literatura, la consolidación de una estructura mental, el cultivo del pensamiento abstracto que es esencialmente lenguaje, la lucha por recrear continuamente en torno a los principios de verdad, justicia, libertad, belleza, generosidad, todo eso marca el camino del progreso y de convivencia. Y esto es, a su vez, cultivo y cultura de las palabras, revisión del inmenso legado escrito, que no es otra cosa que pensar con lo pensado, desear con lo deseado, amar con lo amado; en definitiva, soñar los sueños de las palabras, que duermen en el legado de la tradición escrita, de la tradición real, y que al soñarlas las despertamos y, al mismo tiempo que las despertamos, nos despertamos nosotros con ellas. (p.11)

Esta cita nos introduce en la importancia de la literatura como representación cultural del mundo de la experiencia. Desde las disciplinas englobadas en el término de "humanidades" no ha dejado de teorizarse nunca sobre la inevitabilidad del concurso de la literatura en la construcción social del individuo y de la colectividad. Como Bruner (1986) señaló, la experiencia humana sólo puede plasmarse a través de la participación en los sistemas simbólicos de la cultura y nuestra vida sólo nos resulta comprensible en virtud de esos sistemas de interpretación, a través de las modalidades del lenguaje y el discurso.

De ahí, ha surgido un acrecentado interés por las formas narrativas del discurso como sistema cultural extraordinariamente potente para dar forma a la experiencia.

Como dice Heilbrun (1988):

> Lo que importa es que las vidas no sirven como modelos. Sólo las historias sirven. Y es duro construir historias en las que vivir. Sólo podemos vivir en las historias que hemos leído u oído. Vivimos nuestras propias vidas a través de textos. Pueden ser textos leídos, cantados, experimentados electrónicamente, o pueden venir a nosotros, como los murmullos de nuestra madre, diciéndonos lo que las convenciones exigen. Cualquiera que sea su forma o su medio, esas historias nos han formado a todos nosotros; y son las que debemos usar para fabricar nuevas ficciones, nuevas narrativas. (p.37)

En *Lobo Rojo y Caperucita Feroz*, Elsa Bornemann, nos muestra a dos protagonistas de la historia en el que retrata una inversión de roles que también, nos hace reflexionar en las transformaciones del mundo infantil y juvenil, que se producen en cada época, y que se evidencian en discursos y prácticas. Resulta pertinente pensar el presente, como un tiempo de transformaciones en el que se conforman modos plurales de concebir infancias, adolescencias y juventudes en las coordenadas particulares de esta época.

Como mencionamos anteriormente, la Caperucita Feroz de este cuento, no es la misma que la del cuento clásico de los Hermanos Grimm, esa niña adorable que era querida por todo aquél que la conociera, pero sobre todo por su abuelita, y que respondía a todas las indicaciones de la madre como llevar el pastel, la canasta a su abuelita que se encontraba débil y enferma, que no debía apartarse de la ruta, y que no debía olvidar decir el saludo de, "Buenos días". Y el Lobo feroz de aquella historia, tampoco es el mismo que la retó a correr una carrera hacía la casa de la abuelita y le enseña a Caperucita los caminos al revés.

Tomemos por ejemplo la siguiente escena:

> -¿A dónde vas?- le preguntó ella al Lobo Rojo, con una sonrisa que dejaba al aire una hilera de dientes tipo serruchitos.
>
> -A…a…la…la…ca…sa de mi abueli…de mi abuelita…-contestó Rojo, mientras el corazón le hacía chiqui-trac chiqui-trac, debido al miedo que tenía.
>
> Por su parte, el corazón del lobito Negro se arrugó como una pasa de uva…¡Pero las orejas no! Por eso, pudo escuchar perfectamente la conversación entre los dos.
>
> -¿Asi que vas a visitar a la abuela? Entonces… equivocaste el camino-siguió diciendo Caperucita Feroz-. Por aquel se llega más rápido al otro lado del bosque- y la nena le indicó a Rojo el sendero más largo. Claro que Rojo sabía que por aquel camino se tardaba el doble de tiempo en llegar a la casa de la abuela, pero como estaba tan asustado, lo único que deseaba era alejarse de la Caperuza. Por eso, le hizo caso y salió disparando por allí. Siempre ocultándose, el lobito Negro también disparo, a la cola de Rojo. La nena se puso a reír y su risa era aguda y finita como picoteos de aguja de coser. De inmediato, echó a correr a través del camino más corto. (p.24)

El lobito de esta historia, Lobo Rojo, no se deja engañar facilmente, puede ver la intencionalidad de Caperuza Feroz y el peligro en el que se encuentra, si hace caso a esta niña de trenzas rubias que lo único que quiere es controlar los caminos del bosque en busca de pieles para su capa. En párrafos anteriores anticipábamos la posibilidad de pensar el presente como un tiempo de transformaciones, modos plurales de concebir infancias, adolescencias y juventudes. Puede

pensarse que las mismas buscan "ser habladas" tal como lo describe Mercedes Minnicelli (2008) cuando dice:

> Al momento en que se escriben estas páginas, no podemos desestimar el valor que representa el hecho de que hoy las infancias y adolescencias buscan ser hablada. Y ese estallido quizás se parezca a un monólogo paralelo que a la búsqueda cierta de significaciones. (p.5)

Sin dudas, la lectura de la escena relatada hace hablar, nos habla de que algo ha cambiado, y que las relaciones que se establecen en su seno entre los sujetos, y entre los sujetos, el conocimiento y la cultura forjan modalidades de pensar, sentir y ser en el mundo, permitiendo un vinculo con la tradición oral.

Convivencia escolar: ¿Desacralizar la autoridad adulta? Una mirada psicopedagógica.

Ya se ha mencionado, que la escuela se propuso en sus orígenes homogeneizar a la población que recibía. Ese paradigma vemos que se modificó; como la versión de Lobo Rojo y Caperucita Feroz donde los roles se invierten.

Ahora bien, ¿cómo pensar mejor el mundo infantil y juvenil y las relaciones de éste con el mundo adulto, en la familia y en la escuela? ¿Es posible en estos tiempos pensar en una educación sin autoridad ni sanción?. Jacquard Menent,P y Renaut,A. (2004) sostienen que la relación entre adultos y niños durante la época moderna se fue constituyendo en un verdadero proceso de laicización que fue despojando, lentamente, a la autoridad adulta de ciertos rasgos sagrados que la caracterizaba como tal. Dichos procesos de desacralización de la autoridad adulta (el autor enfatiza el lugar del padre y del marido en la pareja; pero también podría pensarse en el lugar del maestro y de la escuela) erosiona ciertas seguridades y referencias normativas que se suponían inalterables.

Estos autores dicen que "la enorme confusión en la que, actualmente, estamos inmersos en los dos espacios en los que se desarrolla la educación, es decir la familia y la escuela, procede al menos en parte de esta circunstancia ineludible" (Jacquard Menent, P., y Renault, A., 2004, p.15). En la educación nos relacionamos, en efecto, con seres ante los cuales nos encontramos en una situación de diferenciación connotada en términos de superioridad, y tenemos incluso la impresión de que no existe una educación, familiar o escolar, sin una dimensión de disimetría y sin el reconocimiento de una especie de desnivel que es el único que parece hacer posibles la autoridad y la transmisión.

Sin embargo, hoy sabemos que no podemos -ni debemos- seguir construyendo la relación adultos-niños y adultos-jóvenes en función de una supuesta superioridad natural, ¿qué pasa cuándo los adultos no pueden construir esa relación en función de esa supuesta superioridad natural? O bien, ¿cuándo lo distinto sean niños, niñas, adolescentes y jóvenes irrumpen en la convivencia, en la relación con el otro? ¿Quiénes son los frágiles o los fuertes?. En el final del cuento, a Caperuza la dejan escapar los lobitos amigos de Lobo Rojo del Bosque de Zarzabalanda, por dejar encerrada en un ropero a la abuelita de Rojo y hacer otras maldades:

> Entonces, cortaron las sogas y la dejaron escapar rumbo a su pueblo. A medida que huía de Zarzabalanda-corriendo de un modo que en vez de una criatura parecía un avión-, la Cape pudo escuchar las enojadas voces de los lobitos, amenazándola.
>
> -¡Si te vemos otra vez por estos pagos va a ser tu último paseo! -le decían.
>
> -¡Ni se te ocurra volver!
>
> Pero ni falta que hacía que se lo dijeran, porque a la Caperuza Feroz no le quedaron ganas de molestar a ningún lobito. (p.46)

Extrapolando la presente escena, a situaciones que se dan en el convivir de la escuela secundaria cuando no se acata la norma, cuando la diferencia nos representa un desafío tanto como adultos y jóvenes, podemos decir que aún hoy, vemos en el interior de las escuelas lo difícil que se hace convivir a partir de las diferencias y respetando las diversidades. Si bien en la escena de Caperuza se muestra la intención clara de dañar a los lobos mediante maldades, vemos claramente cómo la entrada de esta niña de trenzas rubias de algún modo termina irrumpiendo en la vida de los habitantes del bosque, que en un inicio "convivían felices y contentos".

Nos preguntamos, ¿acaso en las escuelas no nos hemos encontrado con escenas similares?. La diversidad plantea el valor de lo distinto, y como rasgo común, lo diverso. Somos diferentes y en eso consiste la riqueza; la ponderación de la diferencia como rasgo constitutivo es una ruptura con el afán de formación uniforme. Creemos también que, tanto la regulación de la vida escolar como las características de las figuras de autoridad que gobiernan las escuelas, han ido modificándose, adaptándose a nuevas situaciones, nuevos escenarios y diferentes sujetos. Sin embargo, también creemos que aquello que dio origen al disciplinamiento y la regulación del espacio escolar no está del todo superado. En más de una oportunidad, las representaciones de lo que debe ser la vida escolar y el ejercicio de la autoridad se asientan en modos arcaicos de manejo del poder.

Al respecto, Daniel Levy (2013) afirma:

> Para poder establecer nuevas formas de regulación de la vida escolar, nuevos modos de habitar la escuela y sus relaciones, es necesario ahondar en las representaciones que se tienen entre los jóvenes, sobre sus derechos, sobre la caracterización de la autoridad, y sobre el modo de regular la vida en común. (p.156)

O bien, como nos dice la Psicopedagoga Alicia Fernández (2000) quizás es momento de "pensar en un espacio transicional desde el aprender, ya que el aprendizaje es tiempo, es devenir" (p.175). Por eso, hoy se hace más imperioso que nunca posibilitar la escucha y la palabra a los jóvenes y los niños porque la escucha es un proceso de apertura a la diferencia, a la otredad. Escuchar es la operatoria para registrar lo que el otro esconde, niega, enmascara. Es un oír más allá de lo dicho en los decires, intentando captar la relación que el sujeto tiene con el Otro.

En este sentido, nos parece importante tomar los aportes de Perla Zelmanovich (2009) cuando dice:

> Mantener la confianza en la palabra y en el significante tiene precisamente el poder de asegurar la dimensión de lo imposible, en tanto que no hay discurso social que logre taponar el saber inconsciente. El inconsciente es un saber que habla en aquello que decimos sin querer o más allá de nuestra intención, es ese plus de significación que nos sorprende cuando el otro escucha algo distinto a lo que creíamos que estábamos diciendo; es ese efecto que se produce en el encuentro con el Otro en el que, de algún modo, "somos dichos" en lo que decimos. (p.13)

Reconocer, advertir en alguna señal la potencia del caos es cuestión de prácticas, de gestos tendientes a la producción de actos. Prácticas, actos, gestos que anidan ideas, disparan nuevos bucles de pensamiento que puedan decirnos algo más en estos tiempos, sobre el arte de aprender, de ser jóvenes, de ser adultos, de ser docentes, de convivir, de alterar nuevos modos de sentir. Entonces, ¿Qué otra cosa es convivir?.

Conclusiones

A partir de la propuesta de *Caperucita Feroz y Lobo Rojo,* de Elsa Bornemann, nos propusimos reflexionar sobre algunas escenas significativas que nos hablan acerca de la inversión de roles en esa relación *entre* las generaciones, en las nuevas subjetividades que pueblan las aulas hoy, al igual que los modos de concebir el mundo adulto que ya no se corresponden con el actual. Si bien, la relación entre las generaciones siempre ha sido inherentemente una instancia de disputas, oposición y diferenciación, las cosas han cambiado, los modos de relacionarnos y convivir también.

Los discursos que los adultos construimos sobre los chicos y los jóvenes no sólo interpretan dichas culturas, sino que también orientan nuestras acciones en las prácticas cotidianas. En este sentido, la literatura resulta una estrategia necesaria que ayuda a partir de los cuentos a entender, a reflexionar sobre el inmenso repertorio de imágenes simbólicas que nos habla de las tramas de numerosos personajes, como fórmulas para poder comprender el mundo y las relaciones sociales. Y adoptar diferentes perspectivas sobre la realidad que nos rodea, sea en el ámbito familiar y/o escolar. Por esto, nos preguntamos ¿cómo dar lugar al diálogo entre generaciones que permita la construcción de una convivencia que haga cada vez más visibles a niños, niñas, jóvenes y adultos en la escuela, en ese entrecruzamiento entre lo nuevo y lo viejo, los frágiles y los fuertes?.

Desde la función del psicopedagogo/a en las escuelas, consideramos importante mirar con otros ojos, ofrecer amparo y puentes escolares a partir de la escucha y el sostén de nuestras infancias y adolescencias, haciendo lugar a nuevas prácticas culturales en la escuela. Teniendo en cuenta la palabra de los niños, niñas y adolescentes como requisito básico para cualquier tarea de intervención, ya que las mismas nos hablan de la lógica con que éstos interpretan el mundo, conviven *con* y *entre* otros, y viven su vida cotidiana.

Como decía, Arendt (1996) en su ensayo sobre la crisis de la educación:

> La educación es el punto en que decidimos si amamos al mundo lo bastante como para asumir una responsabilidad por él y así salvarlo de la ruina que, de no ser por la renovación, de no ser por la llegada de los nuevos y los jóvenes, sería inevitable. También mediante la educación decidimos si amamos a nuestros hijos lo bastante como para no arrojarlos de nuestro mundo y librarlos a sus propios recursos, sin quitarles de la manos la oportunidad de emprender algo nuevo, algo que nosotros no imaginamos, lo bastante como para prepararlos con tiempo para la tarea de renovar un mundo común. (p.208)

Referencias Bibliográficas:

Arendt, H. (1996). Entre el pasado y el futuro. Península. Barcelona.
Bornemann, E. (2016). Lobo Rojo y Caperucita Feroz. Ilustrado por Cynthia Orensztajn. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Santillana.
Bourdieu, P. (1990). Sociología y Cultura. Grijalbo. México.
Colomer, T. (1994). La didáctica de la literatura. La educación lingüística y literaria en la etapa secundaria. Barcelona, Horsori.
Duschatszky, S. (1996). De la diversidad en la escuela a la escuela de la diversidad, en Propuesta Educativa, año 7, n° 15, diciembre, Buenos Aires.
Fernández, A. (2007). Poner en juego el saber. Psicopedagogía clínica: propiciando autorías de pensamiento. Buenos Aires. Nueva Visión.
Jacquardm A. y Renault, A. (2004). ¿Una educación sin autoridadad ni sanción?. Barcelona, Paidós.
Larrosa, J. y Skliar, C. (2006). Una lengua para la conversación. Entre pedagogía y literatura. Miño y Davila. Madrid. Buenos Aires.
Levi, G. y Schmitt, J.C. (1996). Historia de los jóvenes. Taurus. Madrid.
Lomas, C. (2003). Fragmentos para una poética escolar, en La vida en las aulas. Memoria de la escuela en la literatura, Buenos Aires, Paidós.
Margulis, M. (2008). La juventud es más que una palabra. Buenos Aires. Biblos.
Rascovan, S,. Levy, D., Korinfeld, D. (2013). Entre adolescentes y adultos en la escuela: puntuaciones de época. Ciudad Autonóma de Buenos Aires. Paidós.
Segni Obiols, S. (2002). Adultos en crisis, jóvenes a la deriva. Editorial Novedades Educativas. Buenos Aires.

BULLYING: APORTES PARA LA INTERVENCIÓN EN PREADOLESCENTES

Pamela Estefanía Robles Ridi [A], María Lordes Tapia [B], María Susana Correche [C]

Los estudios sobre el Bullying surgen en Europa en la península escandinava al final de los años 70’ y principios de los 80’, siendo Olweus quien se interesa por este fenómeno a partir del suicidio de tres niños entre 10 y 13 años.

Para emplear correctamente el término Bullying tiene que haber un desequilibrio de poder o

[A] *Lic. en Psicología. Docente e Investigadora. Facultad de Psicología. U.N.S.L. La Punta, San Luis, Argentina. pamrobles60@gmail.com*
[B] *Lic. en Psicología. Docente e Investigadora. Facultad de Psicología. U.N.S.L. La Punta, San Luis, Argentina. mlourdestapia2@gmail.com*
[C] *Lic. en Psicología. Docente e Investigadora. Facultad de Psicología. U.N.S.L. La Punta, San Luis, Argentina. mariasusacorreche@gmail.com*

de fuerza, una relación asimétrica, en donde el escolar que está expuesto a las acciones negativas tiene mucha dificultad para defenderse (Olweus,1993,2006).

Dentro del fenómeno del Bullying se encuentra un comportamiento agresivo intencional, repetitivo incluso fuera del horario escolar, una relación interpersonal que se caracteriza por un desequilibrio real o superficial de poder o fuerza. Muchas veces parece darse sin una provocación aparente por parte de la persona víctima (Olweus 1996; Solberg y Olweus, 2004).

Cerezo (2007), define al Bullying como: "una forma de maltrato, normalmente intencionado y perjudicial, de un estudiante hacia otro compañero, generalmente más débil, al que convierte en su víctima habitual; suele ser persistente, puede durar semanas, meses e incluso años" (p. 47).

Se habla de Bullying cuando se cumplen al menos tres de los siguientes criterios: La víctima se siente intimidada; la víctima se siente excluida; la víctima percibe al agresor como más fuerte; las agresiones son cada vez de mayor intensidad y las agresiones suelen ocurrir en privado (Serrano e Iborra, 2005).

El interés por trabajar en la temática del Bullying surge a partir del auge actual que presenta esta problemática, considerando la importancia que puede tener contar con estrategias de detección e intervención temprana específicas para este fenómeno.

Objetivos

- Explorar la presencia de conductas de Bullying en alumnos de Quinto Grado.
- Aplicar un programa de intervención Psicoeducativo (Pre-intervención, Post-Intervención y Seguimiento), con fines preventivos, analizando la efectividad del mismo.
- Aportar herramientas para las prácticas preventivas y de intervención en el ámbito de la educación.

Metodología

El diseño fue cuasi-experimental, de un grupo; se tomó en cuenta la variante longitudinal de medidas repetidas o intra sujeto. El tipo de estudio que se realizó fue descriptivo, comparativo y correlacional entre las siguientes etapas: Pre-intervención, Post-intervención y Seguimiento.

La muestra intencional quedó conformada por 13 alumnos preadolescentes (7 varones y 6 mujeres) cuyas edades oscilaron entre 10 y 11 años, pertenecientes a 5º Grado de un Colegio Privado de la Pcia. De San Luis.

Se aplicó el Cuestionario Multimodal de Interacción Escolar de Caballo, Calderero, Arias, Salazar e Irurtia (CMIE-IV, 2012), para evaluar la presencia de Bullying. Se intervino por medio de un Taller Psicoeducativo a través de cuatro etapas: Pre-Intervención, Intervención, Post-Intervención y Seguimiento. Se trabajaron por medio de distintas actividades los siguientes temas: Autoestima, Autoconcepto, Habilidades Sociales, Resolución de Problemas, Toma de Decisiones, Asertividad, Empatía, Reconocimiento y manejo de Emociones.

Análisis de los Resultados

El grupo (N=13), presentó puntuaciones bajas en: Comportamientos Intimidatorios (F1), Victimización recibida (F2)), Observador Activo en defensa del acosado (F4) y Observador Pasivo (F5); observándose estos bajos valores en las tres instancias (Pre-Intervención, Post-Intervención y Seguimiento), a excepción de Observador Activo en defensa del acosado (F4), el cual aumentó en la instancia del Seguimiento.

El Factor Acoso Extremo/Ciberacoso (F3), presentó una puntuación levemente por encima de la media en la instancia Pre-Intervención y Post-Intervención, y un valor promedio en el Seguimiento (Tabla 1).

Tabla 1

Estadística Descriptiva de los Factores del CMIE-IV. Obtenidos en las tres Instancias: Pre, Post y Seguimiento (N=13).

	PRE		POST		SEG	
	MEDIA	**DE**	**MEDIA**	**DE**	**MEDIA**	**DE**
F1	16,15	4,39	14,23	3,24	12,46	3,10
F2	12,38	2,84	11,92	3,15	10,77	2,52
F3	**8,92**	1,19	**8,23**	0,44	**8,08**	0,28
F4	10,92	3,04	9,46	2,88	**12,77**	3,39
F5	5,77	1,96	4,77	1,96	4,54	1,13

F1: Comportamientos Intimidatorios. F2: Victimización Recibida. F3: Acoso Extremo/Ciberacoso. F4: Observador Activo en defensa del acosado. F5: Observador Pasivo. Seg: Seguimiento.

Se utilizó la Prueba de Kruskal-Wallis en el Cuestionario Multimodal de Interacción Escolar (CMIE-IV, 2012), para analizar la existencia de diferencias de medias entre las instancias (Pre Intervención, Post-Intervención y Seguimiento).

En Acoso extremo/Ciberacoso (F3), en Observador activo en defensa del acosado(F4) y Observador Pasivo (F5), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las distintas instancias (p=0,027; p=0,007; p=0,016).

Para evaluar las diferencias de cada factor en las distintas instancias: Pre-Intervención, Post-Intervención y Seguimiento, se aplicó la Prueba de mediana de Mood. Se obtuvieron los siguientes resultados significativos: En Acoso extremo/Ciberacoso (F3), hay diferencias estadísticamente significativas entre la instancia Pre Intervención con respecto a Post Intervención y Seguimiento (p=0,042). En Observador activo en defensa del acosado (F4), hay diferencias estadísticamente significativas entre la instancia Post Intervención y Seguimiento (0,022). En Observador Pasivo (F5), hay diferencias significativas entre la instancia Pre Intervención y Seguimiento (p=0,005).

Discusión y Conclusiones

El grupo se caracterizó al comienzo, por manifestar escasos comportamientos de agresiones físicas y verbales en las interacciones con pares; predominando una actitud pasiva (no intervenir) frente a situaciones de agresión hacia un compañero. Las situaciones de victimización estaban relacionadas a los medios tecnológicos (celular, redes sociales, entre otras).

Esto nos indica que los Comportamientos Intimidatorios como provocar o agredir físicamente o verbalmente, burlarse, manipular, inventar rumores hacia un compañero, eran poco frecuentes en la muestra, continuando su disminución después de haber realizado el Taller y logrando mantenerse en el tiempo (Seguimiento). Similares resultados se observaron en aquellas situaciones que podía haber vivido algún miembro del grupo, quedando ubicado en el lugar de víctima en la dinámica del Bullying, por ejemplo, ser insultado, agredido, expuesto al ridículo y manipulado.

En el grupo, no se evidenciaron sujetos que ocuparan el rol de agresores, ni de víctimas. Por otra parte, los comportamientos orientados a intervenir en situaciones donde un compañero es agredido, buscando los recursos necesarios para que la situación se detenga, fueron bajos, tendiendo a no participar en este tipo de situaciones, antes de la intervención. Al finalizar el Taller y después de transcurrido un tiempo (Seguimiento), se observó un mayor compromiso en los vínculos entre ellos, adoptando una actitud más activa en estas situaciones.

El Ciberbullying manifestado en conductas como, haber sido agredido, amenazado o insultado por medios tecnológicos (teléfono, redes sociales, videos, entre otros), estaba más presente antes de la intervención y durante la misma. Finalizado el Taller, durante la etapa de Seguimiento este tipo de acoso disminuyó notablemente.

Se pudo observar un elevado interés en la temática del Bullying por parte de los participantes, manifestando la necesidad de seguir trabajando en actividades relacionadas con la profundización de esta problemática.

La preadolescencia es la etapa de mayor vulnerabilidad para ser víctima de Bullying o Ciber-

bullying, es importante prevenir la manifestación de conductas negativas con sus respectivas externalizaciones, junto con promover resultados positivos esperados para la comunidad escolar. Por lo tanto, los abordajes preventivos en esta etapa evolutiva son cruciales para lograr una mejor adaptabilidad de los preadolescentes con sus pares y favorecer un desarrollo saludable.

En cuanto a los objetivos propuestos, se observó en la variable estudiada una disminución efectiva a lo largo de cada una de las instancias del Taller. El grupo con el que se trabajó, según lo referido por la Institución, presentaba dificultades en las relaciones interpersonales.

El ámbito escolar es un espacio en donde pueden crearse algunas condiciones que permitan un mejor desarrollo entre sus individuos, por esto, se considera importante el desarrollo de distintas actividades orientadas a abordar las problemáticas presentes en los alumnos. Las intervenciones por medio de talleres brindan un espacio de nuevas oportunidades y nuevos aprendizajes, actuando también como generadores de factores protectores de conductas de riesgo.

Los resultados alcanzados permiten concluir la importancia de la participación en Talleres Psicoeducativos con fines preventivos.

Referencias

Caballo,V., Arias, B., Salazar,I., Calderero,M., Irurtia,M. y Ollendick, T. (2012). Un Nueva Medida de Autoinforme para evaluar la ansiedad/fobia social en niños: El "Cuestionario de ansiedad social para niños" (CASO-N24). En Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 20(3), 485-504.

Caballo, V., Calderero, M., Arias, B., Salazar, I. e Irurtia, M. (2012). Cuestionario multimodal de interacción escolar (CMIE-IV). Psicología Conductual, 20 (3), 625-647.

Cerezo, F. (2007). Conductas agresivas en la edad escolar. España: Pirámide.

Olweus, D. (1978). Aggression in the Schools: Bullies and Whipping Boys. EE.UU: Blackwell Publishing Ltd.

Olweus, D. (1986). Mobbning vad vi vet och vad vi kan göra. Stockholm, Suecia:Liber.

Olweus, D. (1993). Bullying at school: What we know and what we can do. Oxford, EEUU: Blackwell Publishers. Published in Spanish in 1997 as Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Madrid, España: Morata.

Olweus, D. (1996). The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire Mimeo. Bergen, Norway: Research Centre for Health Promotion, University of Bergen.

Olweus, D. (2004). The Olweus Bullying Prevention Program: design and implementation issues and a new national initiative in Norway. En P.Smith, D. Pepler, D. y K. Rigby (Eds), Bullying in schools. How successful can interventions be? Cambridge, EE.UU: University Press.

Olweus, D. (2006). Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Madrid, España: Morata.

Serrano, S. y Iborra, M. (2005). Violencia entre compañeros en la escuela. España: Goaprint, S.L.

EL LUGAR DEL ADULTO EN EL JUEGO DE LOS NIÑXS EN CONTEXTO DE PANDEMIA. ACERCA DEL JUGAR EN EL VÍNCULO NIÑX/ADULTO

Silvia Mansilla [A], Verónica Rossi [B]

El aislamiento social como medida preventiva frente a la pandemia del COVID-19, impactó fuertemente en las familias, sus modos de organización, sus rutinas y en especial en las formas en que tanto adultos como niñxs responden a las exigencias de "quedarse en casa".

Desde el año 2011, el equipo de investigación consolidado "Interdisciplina y Aprendizaje" de la

[A] *Lic. en Psicología- Docente. Investigadora y Extensionista de la UARG-UNPA*
Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Río Gallegos, Santa Cruz. Argentina. smansilla@uarg.unpa.edu.ar
[B] *Lic. en Psicología- Docente. Investigadora y Extensionista de la UARG-UNPA*
Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Río Gallegos, Santa Cruz. Argentina. veronicarossi328@gmail.com

UNPA-UARG viene desarrollando diferentes proyectos de investigación tendientes a comprender los modos en que los adultos despliegan sus funciones frente a los niños, niñas y adolescentes. En este sentido, a partir de la pandemia y en el marco del Proyecto de investigación *PI-29/A394-1 "El uso y validación clínica de un instrumento de indagación para niños en el campo psicológico y psicopedagógico"* se realizaron cuestionarios on-line a fin de indagar acerca de las características de las nuevas infancias y las funciones adultas en el despliegue subjetivo del niñx, siempre en referencia a los rasgos distintivos del contexto actual. Las preguntas fueron organizadas en cinco categorías de análisis: concepciones sobre las infancias, creencias acerca de la función materna/función paterna, percepciones sobre el mundo actual y su incidencia en la crianza de lxs niñxs, expectativas sobre el desarrollo de sus hijxs y modalidades de enseñanza a lo largo del desarrollo del niñx.

De las 17 preguntas que conformaron el cuestionario nos resulta de especial interés poder analizar las respuestas de los padres/madres con respecto a sus preocupaciones en la realidad actual y su impacto en a la crianza de los hijxs, y las principales demandas que los niñxs realizaron a sus figuras parentales en contexto de aislamiento social, relacionando estos análisis con el lugar del adulto en el juego de lxs niñxs.

Con respecto a las principales preocupaciones de los padres/madres sobre las situaciones de crianza, destacamos lo siguiente:

- Un número importante de respuestas se relacionan específicamente con la situación de aislamiento, en tanto que varios de los padres/madres mencionaron temores por la falta de contacto de sus hijxs con otras personas, el incremento del uso de la tecnología como consecuencia y preocupación por los efectos que puede tener una vez concluido el aislamiento social. (47%)
- Por otro lado, destacan la falta de contacto de los hijxs con sus pares y con otras personas del entorno social, acentuada en esta situación. (22%)

Estrechamente relacionado con las respuestas anteriores, los padres/madres responden acerca de las demandas que sus hijxs les realizan. Frente a esta pregunta, las principales demandas son:

- Juegos compartidos: los padres afirman que sus hijxs les piden su presencia a la hora de desarrollar un juego. (36%)
- Atención, escucha y afecto: los adultos dicen que en muchos momentos les piden atención, proporcionar interés a sus dichos o juegos. Además que necesitan y demandan demostraciones de cariño como abrazos, besos y mimos. (33%)
- Tiempo compartido: la mayoría de los encuestados sostiene que lxs niñxs les piden tiempo para estar juntos y jugar. Sostienen que este muchas veces está acotado por los horarios de trabajo. (13%)

A partir de esta información nos preguntamos ¿cómo responden/respondieron los padres/madres a estas demandas en contexto de pandemia? ¿Cómo tramitan sus preocupaciones en relación con sus funciones de crianza? ¿Qué dice este pedido de lxs niñxs que tuvieron que ser aislados para preservar su salud impidiendo o reduciendo (en el mejor de los casos) sus encuentros con otros niñxs para jugar, compartir e intercambiar experiencias?

El aislamiento social afectó los modos de organización de la cotidianeidad existentes en las familias. Los adultos, además de la incertidumbre, temores y preocupaciones, debieron hacer frente a nuevas demandas de los hijxs. Lxs niñxs debieron adaptarse a una situación inusual que los obliga a restringir sus vínculos a las personas de su entorno más próximo, relegando el encuentro con otros. Ante esta situación es necesario analizar la importancia del vínculo adultos-niñxs en relación a las principales demandas que los hijxs manifiestan: juegos, atención-escucha-afecto y tiempos compartidos.

Para aproximarnos a una respuesta consideramos tres funciones del juego en el intercambio adultos y niñxs.

Acerca del jugar entre niñxs y adultos

Donde hay niñxs hay juegos. Al jugar lxs niñxs construyen su propio mundo, expresan sus fantasías, elaboran psíquicamente los acontecimientos y circunstancias que los rodean asimilando aspectos de la realidad y transformando otros.

Si bien el juego es una actividad libre y espontánea, para su despliegue es fundamental que desde el inicio del desarrollo haya un otro u otros que habiliten tiempos y espacios para jugar. Solo de ese modo toda actividad lúdica se convierte en un juego social. En este sentido, la presencia del adulto es fundamental.

- El juego posibilita el reconocimiento.

La capacidad para jugar nace en el vínculo del niñx con el adulto en los primeros momentos del desarrollo, donde ambos se ubican en un mismo tiempo y espacio, constituyendo un acto lúdico fundamental en el despliegue subjetivo. Los juegos entre padres e hijxs son generadores de una modalidad vincular, que se constituye en una matriz lúdica que está presente en los juegos que el niñx comparte posteriormente con otros niñxs y con otros adultos.

Daniel Calmels en su libro "Juegos de crianza" (2010) , estudió al niñx y al adulto en un mismo momento de juego, analizando la importancia del juego corporal en los primeros años de vida, función que se extiende hasta la vida adulta.

Dicha importancia reside en que *"El cuerpo es producto del quehacer corporal entre el adulto y el niño. El cuerpo se construye en la relación con los otros: "en este sentido, el cuerpo no es algo autosuficiente; tiene necesidad del otro, de su reconocimiento y de su actividad formadora"* (2010, pág:11) Esta necesidad de reconocimiento en los niñxs pequeños es partir del sostén, la mirada y la voz in situ de los adultos, pero en niñxs mayores, el reconocimiento se demanda principalmente a otros niñxs que conforman su grupo de pares. En situación de aislamiento social los niñxs de más de 4 años cuyos padres/madres respondieron el cuestionario, demandan más situaciones concretas de juegos con adultos para cubrir aquellas necesidades de ser reconocidos por los otros, en tanto que sus encuentros con los pares se vieron restringidos.

- El juego permite la asimilación de situaciones difíciles posibilitando su elaboración.

Cuando el niñx juega manifiesta, expresa, muestra sus miedos e inquietudes, pero también encuentra en el jugar, los modos para reducirlos, poder controlarlos y elaborarlos, poniéndolos en actos y palabras.

Para Freud, en su interpretación del "Juego del carretel" o Fort-Da, plantea que el niñx al jugar convierte las vivencias tomando una nueva posición. *"En la vivencia era pasivo, era afectado por ella: ahora se ponía en un papel activo repitiendola como juego, a pesar de que fue displacentera" (1920, pág:8)*. Es decir, el niñx lleva a una forma activa, como es el jugar, lo que vivió pasivamente; estas vivencias displacenteras se integran en el juego transformándose en experiencias placenteras, de dominio y elaboración. (Calmels, 2018)

También Piaget sostiene: *"Los complejos afectivos se manifiestan a cada momento en los juegos simbólicos, sirven para eso, para liquidar conflictos."* (1981, Pág: 9) Al jugar, el niño realiza aquello que les es prohibido, lo que no puede hacer en la realidad (combinaciones lúdicas compensatorias), al mismo tiempo que compensa las situaciones desagradables, las asimila e intenta superarlas simbólicamente (combinaciones lúdicas liquidatorias)

Así el juego posibilita expresar, repetir algunas situaciones angustiantes para lxs niñxs tejidas con elementos propios y en estas ficciones poder apoderarse y crear algunos cambios.

Camels avanza en que los juego corporales entre padres e hijxs estimulan y actualizan los miedos básicos y en el mismo acto brindan las herramientas para elaborarlo. Temores como la pérdida de sostén o de referencia visual en los juegos de ocultarse o escondidas o los de persecución posibilitan desplegar la capacidad de movimientos y de registro de confianza en los otros y la propia.

Podemos pensar al aislamiento social como una situación de crisis que vino a romper con la

cotidianeidad y que obligó a adoptar decisiones, modificar las rutinas, y resignificar experiencias para adaptarlas a esta situación.

Para los adultos fue una situación angustiante, donde la incertidumbre se constituyó en una característica central. Igual para lxs niñxs, que vivieron la pandemia, no sólo aislados de muchos de sus afectos sino con dificultades para entender claramente la situación y percibir los malestares de los adultos.

Ante esta situación, es comprensible la demanda explícita que lxs niñxs realizaron a sus adultos significativos. Apoderarse de los "no se puede", "es peligroso", "tenemos que quedarnos en casa" requiere en los niñxs la posibilidad de contar con situaciones lúdicas que le permitieran elaborar las pérdidas, enfrentar los miedos, y poner en actos y palabras sus padeceres. Solo los adultos a través de la mirada, la escucha, la contención y la habilitación del jugar compartido pueden recrear la casa como un refugio afectivo y emocional.

- El juego permite consolidar el vínculo entre adultos y niñxs.

Siguiendo a Camels, *"El juego aparece por una necesidad de comunicarse con el niño, a partir del gesto, el movimiento y de sonidos o palabras que se repiten como iniciadoras o enriquecedoras del juego." (2010 y pág:27)*

Las primeras interacciones y comunicaciones entre los adultos y el niñx son el puntapié a darles un lugar, a que con sus recursos, balbuceos, movimientos se puedan expresar, y en ese encuentro comenzar a tejer un vínculo.

En este vínculo, el juego compartido favorece la comunicación y la interacción con el otro. Interactuar jugando con otro implica no sólo acordar y compartir sino también disentir, mostrar las diferencias. Al jugar ambos se transforman *"cambian su cuerpo, modifican su voz, varían su rostro (pasando por diversos semblantes), gesticulan de manera diferente. El juego es un espacio para lo diverso, término que nos vincula con la diversión, con el humor"*. (Calmels, 2018, Pág: 42)

Cuando el adulto juega con el niñx, es necesario que quede explícito que se está jugando, que en esos encuentros se configuran diversos escenarios, escenas y participantes/personajes y que ambos que son actores y autores de las situaciones que ahí se despliegan. Estos escenarios requieren también de un tiempo y un espacio. Esto remite a la presencia.

La presencia es fundamental, no se puede jugar "si no estoy con el otro" en el mismo tiempo y lugar. A veces, esta presencia es válida aún como observador del juego: *"el adulto que observa el jugar puede funcionar como un testigo, un otro que observa y escucha, o que interactúa sin juzgar. Dirige su mirada hacia el niño en acción. Da aliento, inspira. Interactúa en forma estimulante."*

Por otra parte, el jugar entre los adultos y el niñx se constituye en una acción en que éstos ordenan a sus padres en dos sentidos: uno, hace referencia a ordenar los sentimientos en este vínculo y el otro, en relación a cambios de roles, el niñx manda, da órdenes al adulto. Citando a Calmels *"En el juego no solo se ordenan internamente los sentimientos difícilmente aceptados como propios, sino que sobre todo se exhiben, se muestran ante diversos espectadores, entre ellos, los destinatarios principales, los adultos, en particular personas de importancia, como suelen ser los propios padres".* (2018, Pág: 43)

Para que el juego compartido adulto-niñx cumpla sus funciones es fundamental que las situaciones lúdicas sean válidas e importantes. Para que esto sea posible, el adulto debe estar en una actitud lúdica, es decir, disponible y dispuesto a generar o aceptar un tiempo y espacio en el cual se desarrolla el jugar.

Cuando el adulto, no puede asumir esa actitud lúdica, quedando anclado en la realidad, siente que el jugar es una pérdida de tiempo, por lo cual cuando juega se posiciona en un rol utilitario. Ya no es autor y protagonista, sino un recurso para el juego del otro. Asumir esta posición rígida no contribuye al despliegue del auténtico jugar compartido. El juego es una actividad libre y placentera, y esta característica es válida tanto para los niñxs como para los adultos.

También el adulto obtiene placer en el juego y la ficción.

"Freud plantea: el individuo en crecimiento cesa de jugar; renuncia aparentemente al placer que extraía del juego. Pero quienes conocen la vida anímica del hombre saben muy bien que nada le es tan difícil como la renuncia a un placer que ha saboreado una vez. Y propone un mecanismo de sustitución por el cual el adulto, en lugar de jugar, fantasea. Hace castillos en el aire; crea aquello que denominamos ensueños o sueños diurnos.Si bien este mecanismo es innegable, hay en muchos adultos una continuación del juego, sostenida en la relación con los niños." (Camels, 2010, pág: 31)

A partir de la importancia del juego en el vínculo adultos-niñx, podemos reflexionar acerca de los diversos aspectos que el aislamiento pudo tener en este vínculo. Por un lado, la mayor cantidad de tiempo compartido, pudo resignificar los modos de interactuar, estableciendo al juego como una forma valiosa de intercambio y comunicación. Pero por otro lado, no podemos dejar de reconocer las angustias, temores e incertidumbres que atravesaron a la vida adulta, y que de algún modo u otro, también pudieron incidir en los modos en que los adultos asumieron su posición y cumplieron sus funciones para el despliegue subjetivo del niñx.

Para seguir pensando...

En el particular contexto que nos rodea, el vínculo padres/madres-hijxs está atravesado por las demandas y exigencias sociales, laborales y económicas a la cual deben responder los adultos, muchas veces afectando no solo la cantidad sino también la calidad del tiempo compartido con sus hijxs. Podemos pensar que la pandemia y el consecuente aislamiento social posibilita, en cierto sentido, recuperar el tiempo compartido. En algún modo el requerimiento de "quedarse en casa" ofreció la posibilidad de mayor cantidad de tiempo con los niñxs e hizo explícita una demanda concreta de éstos a sus padres/madres.

Para los niñxs, en palabras de Winnicott, el juego tiene un valor terapéutico innegable y más aún, ante situaciones complejas como las que vivimos en la actualidad. Frente a las restricciones del contacto con los otros, los niñxs demandaron a sus padres juegos y tiempo compartidos, a modo de compensar la falta de juego con otros niñxs.

Quizás frente a esta demanda, los adultos pudieron resignificar los tiempos y espacios cotidianos dando lugar a esas ganas de jugar, de ficcionar, de interactuar y comunicarse en un lenguaje especial, obteniendo ambos placer, compartiendo momentos agradables y experiencias creativas ante el panorama desolador de la pandemia, la enfermedad y la muerte. Quizás la pandemia vino a cuestionar los modos de vincularse adultos/niñxs atravesados por la vertiginosidad y exigencias de los tiempos actuales.

Son muchos los desafíos post pandemia, pero uno es fundamental: analizar los efectos en los niñxs e intervenir como adultos para que la palabra y los juegos sigan siendo sus modos de expresión y elaboración de las situaciones, y no los síntomas. *"Saberse cuidado, saberse sostenido, pensado. Pensar en el otro. Ese es el desafío"* (Wassner. 2020)

Bibliografía

Calmels, D. (2010) Juegos de crianza: el juego corporal en los primeros años de vida. Buenos Aires: Biblos.
Calmels, D (2018) El juego corporal. 1a ed . Libro digital, EPUB. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Paidós.
Faas, Ana (2017) Psicología del Desarrollo de la Niñez. Córdoba: Editorial Brujas.
Freud, S. (1920) Más allá del principio de placer. Obras Completas (O.C.) Buenos Aires: Amorrortu, v. XVIII
Piaget, Jean (1981). "El nacimiento de la inteligencia (entrevista)", El Ornitorrinco, n°9,
Disponible en <issuu.com>.
Piaget, J. (1984) Psicología del niño. 12ma ed. Madrid: Ediciones Morata.
Waserman, M. (2008) Aproximaciones psicoanalíticas al juego y al aprendizaje. Buenos Aires: Noveduc.
Wassner, M. (2020) Entramarse en tiempos de crisis. En: https://foruminfancias.com.ar

PANDEMIA Y SALUD MENTAL DE POBLACIÓN INFANTO JUVENIL EN LOS SERVICIOS DE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL DE CABA

Maria Jimena Campos [A], Victoria Chaves [B]

INTRODUCCIÓN

En el contexto del surgimiento de la pandemia COVID-19, en el año 2020 el Gobierno Nacional Argentino declara la Crisis Sanitaria por el virus COVID - 19 creando una serie de medida que afectó a toda población Argentina: "todas las personas que habitan en el país o se encuentren en él en forma temporaria, la medida de "aislamiento social, preventivo y obligatorio",(..) no podrán realizarse eventos culturales, recreativos, deportivos, religiosos, ni de ninguna otra índole que impliquen la concurrencia de personas. (Decreto 297/2020) . Así mismo estableció la suspensión del dictado de clases presenciales en todos los niveles de educación (RES -2020-108-APN-ME). Las medidas tomadas por el gobierno tienen el fin de reducir la circulación de las personas, de manera que las mismas permanezcan en sus lugares de residencia, absteniéndose a concurrir a sus lugares de trabajo, con excepción de aquellas personas que se desempeñen en tareas consideradas como "esenciales" .

En relación a la población infanto juvenil y siguiendo las recomendación de organismo internacionales y regionales el Estado Nacional implementó las siguientes medidas: restricción de la circulación de menores de edad, restricción de la salidas de esparcimiento para estos, suspensión de clases y posteriormente implementación de clases virtuales. Las mismas, implican un quiebre en la cotidianeidad, rutina y hábitos de las personas e implican una refuncionalización en los diferentes efectores de salud para poder dar respuestas a las diferentes consecuencias del virus. La población infanto juvenil es considerada especialmente vulnerable durante las pandemias, si bien dicho rango de edad no es uno de los más afectados por la morbimortalidad del virus, se trata de una población sensible a los cambios sociales (Baldaqui *et al*, 2021); el aumento de los niveles de ansiedad, depresión y estrés, problemas de concentración e irritabilidad (Sanchez Boris, 2021) son algunos de las consecuencias que se han registrado debido al contexto actual.

ANTECEDENTES

Se han realizado numerosas investigaciones en relación a los efectos de la pandemia en la población alrededor del mundo, si bien aún es muy pronto para sacar conclusiones a largo plazo diferentes profesionales han investigado en relación a la consecuencias de la misma.

En un artículo acerca de los cambios en la dinámica de los dispositivos de salud mental en el hospital Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona, Badalqui *et al* (2021) encuentra que en la diferentes etapas de la pandemia los dispositivos tuvieron que adaptarse con el fin de brindar la asistencia requerida y disminuir las posibilidades de contagio; por ejemplo en los centro de salud mental la atención comenzó a ser telefónica o a través de videollamadas, con respecto a las internaciones agudas por psiquiatría se prohibieron los permisos de salidas y las visitas se redujeron a un solo familiar por persona durante un tiempo acotado. En lo que respecta a la población infanto juvenil, la sala de internación de salud mental para dichas edades fue cerrada durante el momento más agudo, para luego ser abierta como sala para pacientes COVID (Badalqui *et al,* 2021). Los autores hacen referencia a una disminución significativa (37,9%) en la demanda de atención por urgencias psiquiátricas durante las primeras semanas de la emergencia sanitaria. A

[A] *Psicóloga. Jefa de residentes del Htal Tobar Garcia. CABA. Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CABA. jima_c@hotmail.com*
[B] *Lic. en Psicologia, Residente de Htal Tobar Garcia. CABA. Argentina. victoriachaves1993@gmail.com*

medida que fue mejorando la situación sanitaria en Barcelona los servicios y profesionales de la salud mental fueron incorporándose a sus actividades ya sea de manera presencial o virtual, ayudándose los con las diferentes tecnologías para poder llegar a los pacientes de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil (Badalqui *et al,* 2021).

Psiquiatras de Barcelona (Pacchiarotti *et al*, 2021), hacen referencia a que durante el pico de la pandemia en España varias especialidades se vieron obligadas a reconfigurar su salas de internación, por ejemplo en un centro de salud la unidad de internación psiquiátrica infanto juvenil con 21 camas fue reconvertida en una unidad COVID, mientras que la admisión de paciente psiquiátricos adultos se redujo un 50 %. Por otro lado, el sector de urgencias psiquiátricas fue convertido en una sala para pacientes terminales de COVID que no eran candidatos para la unidad de terapia intensiva (Pacchiarotti *et al,* 2020). A pesar de todo lo anteriormente mencionado dichos autores encuentran una disminución en la demanda de los pacientes psiquiátricos.

En este sentido, en un artículo acerca del rol de la internaciones por salud mental en el hogar durante la pandemia, se hace referencia a que debido al riesgo de que una sala pueda tener que reconvertirse en una Unidad COVID y debido al riesgo del contagio intrahospitalario los pacientes internados por salud mental habían sido dados de alta tempranamente, corriendo el riesgo incluso de una recaída (Wiley, 2020).

En relación a esto, la OMS, a través de una encuesta realizada encuentra que el 61% de los servicios de Salud Mental fueron interrumpidos, así como también que muchos de ellos fueron afectados por el traslado, la modificación o el cierre de salas de internación, restricciones en los servicios de rehabilitación y la reconversión de la atención ambulatoria a la teleconsulta (Ardilla Gomez *et al*, 2021) siendo la atención en salud mental acotada a los casos agudos. En este línea cabe destacar un análisis estadístico realizado por Crespo *et al* (2020) acerca de la atención en salud mental infanto juvenil, en donde los autores encuentran que antes de la primera internación, un 42% de dicha población no había realizado ningún tipo de tratamiento previo, mientras que un 33% realizaba tratamiento hace menos de un año, en su mayoría solo por algunas semanas (Crespo *et al,* 2020).

Ardilla Gómez *et al* (2021) por su parte, realiza una serie de entrevistas en el territorio Argentino, principalmente en Santa fe en donde encuentra que el 49% de los entrevistados refirió una disminución en la demanda, la cual fue atribuida al miedo de las personas a contagiarse (Ardilla Gómez *et al*, 2021). En el caso de los servicios de rehabilitación encuentra que la atención fue reducida al mínimo, limitándose la misma a comunicaciones telefónicas y/o entrega de medicación; con respecto a los neuropsiquiátricos expresa que un principio la demanda disminuyó por el medio al contagio y las nuevas restricciones,sin embargo esta fue variando en el tiempo (Ardilla Gomez *et al*, 2021). En cuanto a los criterios de internación, los mismo fueron más estrictos con el fin de prevenir los contagios (Ardilla Gomez *et al*, 2021)

Faraone e Iriartb (2020), analizan el impacto de la pandemia en el sufrimiento psíquico de las personas en la Ciudad de Buenos Aires y encuentran que con respecto a la atención interdisciplinaria en los hospitales monovalentes la misma disminuyó y se limitó a la entrega de medicación, sin intervención de otras especialidades. Así mismo señalan , que la dificultad para trasladarse de los diferente usuarios, hizo que los mismos vayan a retirar su medicación a los centros de salud, sin poder acceder su tratamiento psicoterapéutico (Faraonea y Iriartb, 2020).

IMPACTO EN LOS JÓVENES

Dentro de las primeras medidas tomadas por el gobierno para controlar la propagación de virus estuvieron el cierre de las instituciones educativas en todos los niveles, el cierre de los centros recreativos, la suspensión de toda actividad física individual o grupal, la prohibición de las reuniones sociales,entre otras, recluyendo a la mayoría de la población a sus hogares, lo que supone un gran cambio en la vida los niños niñas y adolescentes.

En un estudio realizado en China, se encontró que el miedo a contagiarse y enfermar, sumado a la incertidumbre aumentó la sintomatología ansiosa y depresiva de la población infanto juvenil

(Castillo, 2021). El autor pone el acento en los efectos psicológicos del afrontamiento de situaciones desconocidas, y destaca la mayor vulnerabilidad que tienen los colectivos de menores con trastorno mental para presentar una agudización o descompensación de su cuadro. Esto lo atribuye a los factores estresantes de la pandemia así como también , a las dificultades del sistema sanitario colapsado, y al miedo de las personas a salir de su hogar demorando así la consulta por salud mental (Castillo, 2021).

Por su parte, Pedreira Massa (2020) analiza las consecuencias somáticas y emocionales del confinamiento en los menores de edad, donde encuentra que desde lo somático, se remarca la tendencia a la obesidad, encontrando dos factores principales para ello: la disminución de la actividad física, la actividad sedentaria ligada a las nuevas tecnologías y a una hiperfagia, asociada a alimentos ricos en hidratos de carbono. Esto tiene que ver con que la pérdida de hábitos, y los estilos de vida no saludables que afectan el ciclo de sueño-vigilia, que en el caso de pacientes de salud mental puede descompensar los cuadros (Galiano Ramirez *et al*, 2020).

Desde lo emocional se destaca la expresiones de desasosiego y malestar afectivo-emocional y vincular, sobre todo en contextos de precariedad (Pedreira Massa, 2020). Una investigación realizada por Save the Children en España durante los meses de confinamiento, concluyó que un 25% de las 2.000 familias de bajos ingresos sufrieron niveles altos de angustia, y que sus hijos tenían miedo, angustia y preocupación sobre la situación de las familias (UNICEF, 2020).

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación descriptiva, en donde se tomaron las estadísticas del hospital (Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Infanto Juvenil "Dra. C. Tobar García") en relación a las prestaciones y admisiones que se realizaron en las distintas partes de la institución durante el 2019 y el 2020. A la vez, se entrevistaron a 16 profesionales de distintos servicios del hospital (muestreo por saturación) a quienes se le preguntó respecto por los cambios en el proceso de atención, en la demanda y en la organización de los servicios desde el comienzo de la pandemia.

RESULTADOS

Tabla N°1: Estadística de prestaciones del 2019 y el 2020 (Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García)

		2019	2020	% Diferencia con respecto al 2019
Consultorios externos	Admisión	818	171	79
	Prestaciones	43400	17640	59
Internación	Ingresos	342	152	55
	Egresos	335	198	40
Hospital de Día	Admisión	68	17	75
	Prestaciones	69127	44725	35
Guardia		25161	17187	31

Tabla N°2: Cambios registrados durante el 2020

Cambios Registrados	*Internación*	*Hospital de Día*	*Consultorios Externos*	*Guardia*
Demanda	55% menos de ingresos y 40% menos de egresos	75% menos de admisiones u 35% menos de prestaciones	79% menos de admisiones y 59% menos de consultas (psicología y psiquiatría)	31% menos de consultas por guardia
Proceso de atención	-Internaciones más cortas -Permisos de salida suspendidos para evitar circulación en la sala -Visitas a través de videollamada	-Menos días de asistencia de los pacientes (de 3 días a 1 por semana o cada 15 días en caso de ser necesario) -Cancelación de talleres de niños -Reducción de talleres, y los que se sostuvieron de púberes y adolescentes fueron por videollamada -Teleconsulta con profesionales -Asistencia cada 15 días para retiro de medicación	-Asistencia de padres cada 15 días para retirar recetas o asistencia con el paciente para consulta cada 2 semanas -Videollamada de control por parte del profesional en caso ser necesario o que el paciente pudiera sostenerlo	-Seguimiento intensivo de pacientes que necesitaban comenzar tratamiento
Organización de los servicios	-Unidad Transitoria de Aislamiento para aquellos pacientes que recién se internaban y debían permanecer 14 días aislados. -División por grupos y rotación semanal de profesionales	-División por grupos de profesionales y rotación de los mismos -Admisiones cerradas	-División por grupos de profesionales y rotación de los mismos -Admisiones cerradas, solo derivaciones de la guardia para tratamiento urgente -Reubicación de profesionales a otros servicios	-División de profesionales por grupo y rotación

Los datos en la tabla N° 1 expresan la cantidad de prestaciones por servicio durante el 2019 y durante el 2020. Allí, se puede observar que los servicios que menos diferencia tuvieron con respecto al 2019 fueron la guardia e internación, ya que los cuadros que allí se atienden son urgentes y agudos. Mientras que consultorios externos, por el perfil de pacientes que tienen (estabilizados o crónicos) asistieron menos a consultas ya que sus patologías permitían que el paciente asista con menos frecuencia o que se realizaran consultas por videollamada. Hospital de día en cambio, presenta mucho menos admisiones que en el 2019 (se explica porque se cerraron las mismas y solo se admitieron casos particulares) aunque las prestaciones no se redujeron tanto (la atención y los grupos continuaron en forma virtual)

La tabla N° 2 expresa los cambios que ha habido durante el 2020 en la atención en salud mental en el hospital referida por profesionales. En general, fue necesario incorporar la teleconsulta en los casos en los que se pudiera (dificultades de acceso a wifi por parte de las familias o falla en el internet en la institución) para dar respuesta a la atención de pacientes, ya que con las restricciones de circulación y el hecho que la mayoría de los pacientes eran de provincia de buenos aires (Crespo *et al*, 2019) se dificultaban las consultas presenciales.

Por otra parte, la única vía de entrada era a través de la guardia ya que las admisiones en consultorios externos estuvieron cerradas, lo cual explica porque la diferencia entre 2019 y 2020 en la guardia fue menor que en otros servicios. En consultorios externos, se continuó la atención de pacientes pero citandolos cada 15 días para reducir la circulación, y manteniendo los profesionales la teleconsulta en aquellos casos que se pudiera, situación que explica la reducción de las prestaciones.

En hospital de día, también se cerraron las admisiones (las derivaciones son de internación o de consultorios externos) pero se continuaron algunos talleres y consultas virtuales, motivo por el cual la atención se redujo aunque no en tanta medida.

En internación, también hubo menos porcentaje de prestaciones ya que se propiciaron los seguimientos intensivos diarios por guardia, a la vez que se generó un cuello de botella en la UTA (8 camas) donde los pacientes debían pasar 14 días antes de ingresar al servicio.

DISCUSIÓN

Estos resultados coinciden con las investigaciones realizadas en otras instituciones en otras ciudades del país y del mundo.

Al igual que en la investigación de Baldaqui *et al* (2021) en Barcelona, en el presente estudio los resultados indican que la atención de pacientes trató de ser por videollamada, en las salas de internación se limitaron los permisos y las visitas, la demanda asistencial se redujo notablemente por el miedo al contagio, los talleres grupales presenciales se suspendieron y pasaron a ser online, y los profesionales se dividieron en grupos para evitar contagios.

Esto mismo fue encontrado en la investigación que Ardilla Gomez *et al* (2021) realizaron en el país, donde también la asistencia de pacientes disminuyó por las restricciones de circulación y por miedo al contagio, la teleconsulta fue priorizada a la hora de trabajar con pacientes ambulatorios mientras que la atención presencial fue reservada para casos urgentes. A la vez, en los dispositivos de rehabilitación, se redujeron las consultas a modalidad individual y a atención telefónica, suspendiendo la tradicional actividad grupal que los caracterizaba. Los autores (Ardilla Gomez *et al,* 2021) también refieren que en los hospitales psiquiátricos, se redujo la demanda de atención y los criterios de internación se hicieron más estrictos, a los fines de reducir el riesgo de contagio de los pacientes internados.

Estos resultados se relacionan con lo descripto en el apartado anterior, en donde la creación de la UTA y los estrictos criterios de internación a los fines de prevenir contagios en la salas de internación fue uno de los cambios realizados en el 2020, los casos urgentes se siguieron de manera presencial ya sea por guardia o consultorios externos, el resto de los casos se siguieron cada 15 días o bien de manera remota, los talleres grupales de hospital de día pasaron a modalidad virtual en caso de ser posible y los padres eran quienes asistían a buscar medicación en los casos que pudieran trasladarse.

En líneas generales, el comienzo de la pandemia durante el 2020 generó que muchas familias temieran salir con los niños y adolescentes ya que la información que circulaba hablaba sobre la vulnerabilidad de esta población y el desconocimiento de los efectos del covid en ellos. Esto hizo que muchas personas dilaten cualquier tipo de consulta médica o psicológica. Esto se evidencia en los resultados obtenidos en este estudio, donde disminuyeron en líneas generales las consultas.

En lo que respecta a la población infanto juvenil y su salud mental, la misma es considerada especialmente frágil durante estos contextos, la pérdida de los hábitos y del contacto con pares hace que los jóvenes sean más propensos padecer sintomatología ansiosa o depresiva, a presentar dificultades en el sueño y en la concentración y en algunas ocasiones ciertos cuadros psicopatológicos pueden a agudizarse. Es por este motivo que se hace importante repensar las modalidades de atención por salud mental infanto juvenil a través de otros medios virtuales para favorecer que todos tengan acceso a la misma y no se agraven patologías pre existentes o bien prevenir aparición de sintomatología de cualquier tipo.

Referencias bibliográficas

Ardilla Gomez, S., Rosales, M. L., Fernandez, M. A., Velzi Diaz, A., Matkovichm A. y Agrest, M. (2021). Impacto de la pandemia por Covid 19 en los servicios de salud mental en Argentina. Revista Argentina de Salud Pública, 13 (supl covid 19), e26.

Baldaqui, N., Morer, A., Calvo Escalona, R., Plana, M. T., Lazaro, L., Baeza, I. (2021). Efectos de la pandemia COVID-19 en los dispositivos de salud mental infantil y juvenil de un hospital general. Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil. Vol 38 (1), pp 31-39. DOI: 10.31766/revpsij.v38n1a5

Castillo, R. P. y Pando Velasco, M. F. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España:cuestiones y retos. Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil. Vol 37 (2), pp 30-44. DOI: 10.31766/revpsij.v37n2a4

Crespo Kaul, H., Folgar, M. L., Muñoz Genestoux, R. (2019). Todas las rutas llevan a… Descripción transinstitucional de internaciones de niños, niñas y adolescentes en hospitales públicos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista Salud mental y derechos humanos en la infancia y adolescencias (1) 223-236
Faraone, S. e Iriart, C. (2020). Salud mental, políticas públicas y trabajo vivo en acto: la pandemia como analizador de la falta de cumplimiento de la ley de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Revista Debate Público, 10 (20), pp 41-52.
Galiano Ramirez, M. C., Pardo Rodriguez, R. F., Mustelier Becquier, R. G. (2020). Salud mental en la infancia y adolescencia durante la pandemia covid 19. Revista Cubana de Pediatría, 92 (sup. especial), e1342.
Harcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia covid 19. Rev Peru Med Exp Salud Pública, 37 (2), pp 327-334.
Sanchez Boris, I. M. (2021). Impacto psicológico de la Covid 19 en niños y adolescentes. Medisan, 25 (1), pp 123.
Pacchiarotti, J., Anmella, G., Fico, G., Verdolini, N. y Vieta, E. (2020). A psychiatrist's perspective from a Covid 19 epicentre: a personal account. BJpsych Open, 6, 108, pp. 1-7. DOI: 101192/BJO2020.83
Pedreira Massa, J. L. (2020). Salud Mental y Covid 19. Salud Mental y Covid 19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y salud pública. Rev Esp Salud Pública, 94 (16), pp- 1-7
Ugarte, M. J. y Dagnino, P. (2020). Cuarentena por pandemia covid 19: efectos en la salud mental infanto juvenil y en el estrés parental. Memoria Congreso Internacional de Psicología. Universidad Cuenca del Plata.
Unicef. (2020). Salud mental e infancia en el escenario de la Covid 19: Propuestas de Unicef España.
Wiley, J. (2020). The role of mental health home hospitalization care during the Covid 19 pandemic. Acta Psychiatrica Scandinavica. 141, pp 479-480. DOI: 10111/acps.13173

UN MODO DE HACER CON EL PADECIMIENTO

Mónica Rodrigo [A]

"La clínica… es lo que se dice en un psicoanálisis y concierne a lo real en tanto es lo imposible de soportar".
Jacques Lacan. "Apertura de la Sección Clínica".

La entrada del sujeto en el lenguaje se imprime como una salida de "lo natural" en tanto instinto. Será la palabra la que subvierta algo esencial en el hablante: es necesario que la satisfacción de las necesidades tengan que pasar por la demanda, demanda que se dirige al Otro, que debe pasar por el Otro y que viene del Otro.

Es fundamental decir entonces que somos afectados por la palabra, en tanto esta repercute en el sujeto teniendo efectos: el síntoma.

Desde el psicoanálisis el punto de partida está en el reconocimiento de que hay una sola estructura: la del lenguaje y la inscripción en esa estructura da a la expresión del síntoma el estatuto de una formación de lo particular. Podemos sostener entonces, que "la estructura del lenguaje es la invariante de la que procede la sobredeterminación del síntoma" (GARCIA; 2004).

Síntoma que nos instala directamente en el campo de la clínica, en el campo del padecimiento. En cada sujeto siempre habrá lo que no encaja, lo hablante del cuerpo, lo que motiva a que hablemos de él.

Un recorte clínico nos ayudará a pensar lo que estoy intentando plantear:

Evelyn es llevada a la consulta por guardia por intento de suicidio. Tres meses antes, debido a que sus padres encontraron cortes en sus brazos, había iniciado tratamiento psicológico: luego de una pelea con su "chico", ella lo dice de este modo, regresó a su casa, fue a su habitación y se cortó.

Con respecto a lo sucedido con el corte en la muñeca refiere "Una semana antes ya venía pensando en cortarme, me pelee con mi chico y ahí detonó todo", "mi fin era irme de acá, de mi

[A] Psicóloga. Docente UBA. Hospital Tobar García. CABA. Argentina. moni.rodrigo@hotmail.com

mundo, matarme…" "no sé porque me encierro en mí misma, me auto flagelo, desde los 12 años me corto los brazos, las piernas y la panza".

Cuenta que lo que pasó con Lucas fue la gota que rebalsó el vaso: "habíamos quedado en encontrarnos, yo me demoré y él se fue".

"Para mis amigos… para todos, yo siempre estoy bien, me pongo la careta y siempre estoy feliz. No quiero que la gente que quiero se ponga mal por mí o sufra. Cuando me corté me puse mal, pensé en mis viejos, no les puedo hacer esto".

"No sé porque me pasa esto… es como una adicción, no lo puedo controlar".

En las entrevistas Evelyn hablará continuamente de sus "*cicatristes*" dice: "el problema es mío… muchos chicos están peor que yo… yo voy al colegio, tengo amigos…pero no me puedo controlar. Una vez que me corto siento que me descargo… me calma pero no me gusta verme así, me miro al espejo y no me gusta, pero no dejo de hacerlo.

No sé ¿porque me pasa esto? Tengo un tema existencial, no tengo ganas de vivir pero eso no es de ahora".

El hablar le permite dar lugar a la escritura, escribe poemas y letras de canciones, e inmediatamente me las ofrece para que las lea.

Algunos de sus escritos:

Flagelos

"No hay nada más lindo que un par de tajos y mucha bronca, un viejo celoso y un novio rompe bolas.

Lo más bello del sufrimiento, lo que te da valor para hacerlo.

Es por eso que traigo cicatrices en la piel, las regalo, podes llevarlas si queres.

Es por eso que me gusta decaer.

Aunque muchos me señalan demente a mis ojos soy toda una valiente.

Mientras muchos lloran por un golpe en el pie, yo me río y me la aguanto porque aprendí a guardar mi llanto. Un rasguño para mí no es nada y eso lo veras si te fijas en mis marcas.

Me gusta el sufrimiento, lo sé estoy pirada, me gusta andar tirada desangrándome en mi cama, me gusta que estén atentos a mi todo el día, que la gente siempre mire y pregunte por mis marcas.

Sé que estoy tocada, algo loca y revirada*, me gusta andar tirada desangrándome en mi cama, que la gente en mis brazos retenga la mirada y que mi novio rompe bolas nunca se entere de nada".*

Con los poemas aparecen las canciones "escribo las letras y después las musicalizo. Las canciones se me pegan y no me las puedo sacar de la cabeza".

"Penas que matan".

Lucas vuelve una y otra vez. En los recuerdos, en la música. "Pienso en Lucas todo el tiempo, creo que lo nuestro es enfermizo. Al comienzo era bueno, cariñoso y después nos fuimos separando, discutimos más".

Comienzan los permisos, en el ir y venir, Lucas… va y viene.

"Lucas me mandó un mensaje de texto, me preguntó como estaba, me contó que está con otra… viste cuando todo se te derrumba, sentí que me falló!

- Le digo que las cosas y las personas fallan.
- Eso no lo soporto! El dijo que me iba a esperar.
- Te espero lo que pudo.
- Poquito.

Soy muy celosa, te diría que demasiado. No me banco que el que está conmigo mire a otra. Es mío! Eso es un poco enfermo no? Me pasa con todo pero más con los hombres.

No tengo medida: es todo o nada!"

Evelyn habla de su familia "vos sabías que mi tío paterno se quiso cortar las venas por amor… a veces me pasa que me despierto vacía, con la cabeza vacía y siento el ruido de mi respiración".

Comenta que su amigo Matías fue a visitarla, "Matías, te acordas? el que se enojó conmigo porque yo me lastimaba y me exigió que comience un tratamiento. Vino a verme, me preguntó cómo estaba…y me contó que su novia lo había engañado. Estaba triste… pero esa noche se fue a jugar al pool con los amigos… Pensé mira vos como mata las penas!!! Me sorprendió!"

Digo: - Hay diferentes modos de matar las penas!

El recorte nos permite pensar que es a partir de la internación que Evelyn puede comenzar a hablar de lo que le pasa, habla de los cortes, de algún modo…los cortes son invitados a hablar: aparecen en las palabras, luego en sus escritos y en las canciones que inventa.

El corte se presenta como solución sintomática ante la angustia, ante lo que siente en relación al Otro, a lo que ella interpreta como desaparición del Otro, es así que el corte viene a fijar, a acotar, a limitar la angustia que aparece en esa coyuntura.

Cuando hay padecimiento en el ser hablante, se encuentra afectado el sentimiento de la vida en su juntura más íntima, es en la medida en que se convoca a hablar al síntoma que el mismo ira perdiendo consistencia (en el mejor de los casos). El devenir del tratamiento de Evelyn nos lo muestra.

Citaba al inicio del trabajo a Lacan preguntándose ¿qué es la clínica psicoanalítica?... respondía "lo que se dice de un psicoanálisis": lo que se dice de un psicoanálisis sólo sucede bajo transferencia.

La transferencia introduce cierta detención en el movimiento de empuje, que vía el trabajo de historización permitirá establecer un ordenamiento, modo de abrochamiento que cumple la función que falta en lo simbólico.

Será la presencia del analista la que detiene allí el empuje, alojando al sujeto.

El psicoanálisis, como clínica de la singularidad, es una experiencia de saber sobre lo más singular de cada sujeto: su síntoma, su padecimiento, pero también su modo de invención para responder a lo real de la angustia.

Bibliografía consultada:

ASOCIACION MUNDIAL DE PSICOANALISIS (2015): "El cuerpo hablante". Sobre el inconsciente en el siglo XXI. Ediciones Grama.
GARCIA, G. (2004): "El tiempo del síntoma". Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador.
LACAN, J. (1981): "Apertura de la Sección Clínica" en Ornicar? Nro. 3.
LACAN, J. (1953): El Seminario. Libro 11. Los conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires. Editorial Paidós.

E., CONSTRUCCIÓN DE UNA FICCIÓN NECESARIA

Julia Stepanenko [A]

Todo relato es, por definición, infiel. La realidad no se puede contar ni repetir.
Lo único que se puede hacer con la realidad es inventarla de nuevo.
TOMÁS ELOY MARTÍNEZ, *Santa Evita*

E., de 11 años de edad, fue llevado por su madre a la unidad sanitaria en busca de tratamiento psicológico para su hijo. Dicha madre refiere estar preocupada ya que él dice que su vida "es una vida de mierda" (sic), que "prefiere morirse" (sic), que "para qué nació" (sic), frases que no le parece que se correspondan con las de una persona de su edad. Nota que hace dos años que su hijo quiere estar en la cama, a partir de que empezó a subir de peso, que antes era un chico que

[A] Licencia en Psicología. Residencia PRIM Moreno. La Plata, Buenos Aires, Argentina. juliastepanenko.lp@gmail.com

"trepaba por todos lados" (sic), sin poder ubicar algún suceso que determine los cambios relatados. No queda claro qué la lleva a consultar en este momento. Sin embargo podemos preguntarnos, en los términos que plantea Miller ¿con qué piedra se encontró E. hace 2 años?

El psicoanálisis implica una apuesta al sujeto, por tanto más allá de lo dicho por la madre, se apostó a una escucha de E., a la vez que surgió la pregunta sobre si sería él quien sufre o era su madre quien hacía de él un problema.

E. refirió sentirse preocupado por las peleas de su madre con su pareja, a quien ve como un padre. Este hombre se encuentra actualmente internado por consumo problemático de sustancias. La madre manifiesta que ha echado de la casa a su pareja por episodios de violencia, que él está sufriendo las consecuencias de la droga, la enfermedad de su familia (ella se nombra como una "adicta en recuperación").

E. expresa que se siente cansado y no puede desahogarse, que necesita un espacio para poder hablar. Cuenta que para desahogarse juega, habla con un amigo o se va a su habitación, y allí piensa qué pasaría si nadie se peleara: "estarían todos bien" (sic). Refiere que pone cara de contento para "fingir" (sic) y que sus amigos lo hacen olvidar de lo que le pasa.

E. dice que los pensamientos que tenía se le fueron pasando pero que estuvo "reprimiendo" (sic) hasta poder asistir a la sala, que tuvo un sueño sobre un suceso ya acontecido: su padrastro estaba en la ventana de rodillas pidiendo entrar a su casa porque su mamá lo había echado. Me cuenta un poco sobre este padrastro, refiere que lo quiere porque le enseñó a jugar al fútbol, por lo tanto E. le enseñó a este hombre un juego sobre asesinos que hacen el bien, para devolverle el favor.

Le pregunto a E. por su papá biológico y me cuenta que éste era un borracho que golpeó a su mamá cuando él era bebé, mientras E. se encontraba en los brazos de ella. Es gracias a una invitación por parte de su abuela paterna que se reencuentra con su padre biológico hace tres años atrás aproximadamente, E. estaba enojado porque pensó que su padre no lo quería porque no le enviaba mensajes. A partir de ese momento restablecen su relación. Este suceso coincide con el momento en que su madre refiere que E. quiere estar en la cama y comienza a subir de peso. ¿Qué lugar tienen en su vida este padre y esta abuela?

E., a partir de la primera entrevista, empieza a escribir su historia animé, historia que irá desarrollando y complejizando a lo largo de cada encuentro. La misma tiene como protagonista a un joven huérfano que puede convertirse en humo, poder asignado por unos personajes llamados "conductores" (sic), pero él quiere volver a ser una persona normal que hace grafitis. En principio plantea que estos conductores son monstruos, pero luego manifiesta que algunos pueden ser malos y otros buenos. El protagonista descubre que el policía que lo arrestaba por hacer grafitis de mal gusto es su hermano. Quiere que al protagonista al final le guste ser monstruo y que tenga más poderes para proteger a los buenos de los malos, aunque se le plantea un problema: el protagonista debe decidir entre ser malo y salvarse con culpa porque perjudicaría a su familia, o ser bueno y decir que es conductor, situación por la cual lo arrestarían pero salvaría a su familia.

A E. escribir lo distrae, él se pone triste porque toda su familia tiene problemas. Al preguntarle cuáles son estos problemas, le cuesta responderme aunque luego me cuenta que en su casa había peleas y gritos porque su padrastro "no hacía nada" (sic) y su mamá "se ocupa de todo" (sic), una vez tuvieron que llamar a la policía por los incidentes generados. Expresa que la escritura de esta historia es un secreto, que sólo sabemos de su existencia la familia de su papá y yo, pero que no quiere contarla en su casa por miedo a que no le guste a su mamá, ya que a veces a ella no le gustan ciertas cosas que él hace. E. quisiera, al terminar su historia, hacer copias y venderlas.

Posteriormente el niño me cuenta que su hermano menor le quemó su historia, situación por la que estuvo muy enojado y retó a dicho hermano, ante lo cual su hermano mayor le pegó a E. Expresa que tendrá que escribir de nuevo su historia, aunque tiene otra versión en lo de su papá. A partir de este momento, empieza a traer a las sesiones las peleas entre él y su hermano mayor, se enoja con él con facilidad, se pegan "piñas, patadas y cabezazos" (sic). Refiere que se enoja

de ira porque tiene "mucho guardado" (sic) y que cuando tiene ira no puede escribir. Con el correr de las sesiones me pide jugar: se pone un sombrero de bombero, yo hago de una periodista que lo entrevista, él relata cómo apagó el incendio. Luego armamos un puente para que pasen unos muñecos que se pelean. Al final de la sesión me dice que fue muy divertido.

Refiere que siente "más o menos" (sic) porque las cosas que le pasan son por su culpa, como que se pegue con su hermano y se enoje sin razón, que también se peleó con su mejor amigo, que recurre a la violencia y no sabe "de dónde saca eso" (sic). Me pide jugar nuevamente, elige el juego de mesa del ladrón y el policía: un ladrón le roba a un perro pero un policía lo salva. Los juegos suelen tratar sobre personajes buenos y malos, salvar al que sufre y sobre familias.

Escribir su propia historia

A partir de restablecer la relación con su padre tras años sin verse, momento bisagra, es posible hipotetizar que E. tropezó con una piedra en el camino, un obstáculo que marca, en lo mismo, algo distinto. Ese acontecimiento coincide con el momento en que el niño empieza a engordar y a querer estar recostado en su cama. Como plantea Miller, "todo ser hablante tiene un camino más esencial, único, que recorre mientras continúa siendo hablante, es el camino de su palabra. Pero el camino que le permanece invisible, inaudible, desconocido, es también la piedra de su camino de palabra"[1], es en la cura analítica donde el ser hablante percibe estar en el camino de su palabra, camino en el cual hay una piedra.

En principio mis intervenciones se caracterizaron por la indagación, ofreciéndole a E. un espacio en el que pueda hablar y contar sus problemas, ante lo cual comienza el despliegue de un relato sobre su familia. El niño, en un principio, se refiere a su padre biológico como un borracho violento, lo cual deja en evidencia el consentimiento al relato de su madre. Resulta interesante para reflexionar al respecto que la palabra familia proviene del latín *famulus* que significa esclavo, sirviente, sometido. El sujeto es esclavo de la familia y de su discurso, tal como lo plantea Lacan: "creemos que decimos lo que queremos, pero es lo que han querido los otros, más específicamente nuestra familia, que nos habla"[2]

La versión de su padre proveniente de su madre empieza a tambalear tras encontrarse con un padre con el que puede jugar y contarle su historia animé. A su vez, su padrastro, quien según su madre no hace nada y también es un violento, cumple para E. una función paterna: el niño refiere que lo quiere mucho, que este hombre lo cuidó y le enseñó a jugar al fútbol. Es posible que a E. se le haya presentado un dilema: ¿o él o su familia? ¿o el discurso del Otro del lado de la madre o el discurso de él sobre la nueva versión del padre?

Es gracias a la apertura de un espacio analítico que E., tras la primera entrevista, comienza a escribir "*su* historia animé". Equivocando el "su" podemos preguntarnos de qué historia está hablando, si nos está contando una historia inventada de personajes desconocidos o es su propia historia singular. Lo invito a ir armando y/o contarme los avances en su historia en cada encuentro, él accede a lo segundo. Dicha historia, relatada anteriormente, es protagonizada por un joven huérfano que descubre que su enemigo es su hermano, y se le presentan ciertos problemas en los que el protagonista tiene que elegir entre él o su familia, entre el bien y el mal. Se presenta aquí el tratamiento de un conflicto: su madre le dice que los hombres (padre y padrastro) son malos, pero él se encuentra con otros, buenos, que le brindan amor, le enseñan, lo cuidan, lo alojan. Es así que E. se encuentra con el malentendido. Para que se transmita el malentendido de lalengua que constituye el inconsciente es necesario que "se reparta entre dos parlantes que no hablan la misma lengua y se completan para la reproducción de un malentendido"[3] Que los dos parlantes no hablen la misma lengua implica un malentendido del verbo, son dos mediodecires inconscientes que se malentienden y transmiten un imposible de decir. También se trata de un

1 *PMiller, J-A (1998) El hueso de un análisis, Ed. Tres Haches, Bs As.*
2 *Lacan, J., Seminario 23, "El sinthome", Paidós, Buenos Aires 2006, p 160.*
3 *Lacan, J., El malentendido, inédito*

malentendido de goces del Uno y del Otro: no hay relación sexual. Por tanto la familia se presenta como quien transmite la verdad de que no hay relación sexual y como un espacio en el que se juega la estructura de lenguaje y el marco de goce.

El niño crea una ficción que nace de los malentendidos de lalengua. La ficción familiar es necesaria, nunca deja de escribirse, ya que le da sentidos a lo imposible, a lo que nunca deja de no inscribirse del sexo. En un análisis el sujeto recorre las ficciones para revelar finalmente la impotencia de éstas frente a la opacidad de lo real. Bien plantea Claudio Godoy que la ficción tiene una función de marco, que facilita y obstaculiza el acceso del sujeto a los objetos fuera de él. Por tanto nos encontramos ante el proceso del armado de un fantasma, el cual es la respuesta ante la pregunta por el deseo del Otro (*¿para qué nací?*), pero también es modo de acceso a una satisfacción para el sujeto, que traduce la forma repetitiva de gozar. Se presenta como defensa ante lo real pero es también la única puerta de acceso para el sujeto del deseo, funciona como un guión que establece las posiciones del sujeto y su modo de lazo con los otros.

A partir de la construcción y relato de esta ficción, que dura varios encuentros, se producen dos movimientos: por una parte, el niño quiere terminar su historia para hacer copias y venderlas, las cuales dejarían de ser un secreto del que sólo estamos anoticiados su padre y yo, situación imposibilitada tras la ruptura de sus escritos por parte de su hermano menor. Por otro lado, ya no viene a contar las peleas de otros (madre, padre, padrastro), sino las peleas entre él y su hermano mayor, peleas que comienzan a ser tratadas en su historia, en la cual el protagonista y su hermano son enemigos. Este es el movimiento más importante, ya que E. *empieza a hablar de él.* A partir de acá se desdibuja ese niño “apagado y triste” para abrir paso a un sujeto lleno de ira que no sabe qué hacer con un real que lo desborda y que incluso le quita su recurso simbólico: no puede escribir. Ante mis preguntas sobre el por qué de su ira, refiere que no sabe de dónde saca esa violencia, ante lo cual podemos hipotetizar que es de la creencia del relato de la madre. Al indagar sobre estos puntos, se muestra reticente y empieza a pedirme jugar en las sesiones.

E., en las últimas sesiones, abre camino a un espacio lúdico. El juego es otra forma de elaborar las peleas e “incendios” familiares, es un recurso que mediante su buen uso se puede aprovechar en el dispositivo analítico, ya que lenguaje y juego se conectan, por un lado, tienen un costado que está del lado del semblante, del lado de lo simbólico que tiende a captar lo real. Por el otro, sirven para producir un goce, o tal como lo plantea Freud en “Más allá del principio del placer”, para producir una ganancia de placer de otra índole.

Aún no es posible concebir la ira de E. como un síntoma, ya que si bien la pasa mal, no lo divide subjetivamente, sino que se presenta en él la pura fuerza de la pulsión y algunos s1 sueltos. Para Lacan, desprenderse de un síntoma es la única demanda verdadera para dar inicio a un análisis, ya que la analizabilidad está en función del síntoma y no del sujeto. Por tanto, considero como dirección de la cura la transformación de esta ira en un síntoma analítico, el cual es la estructuración significante-libidinal. A nivel significante es la determinación del campo de la cultura (Otro) y a nivel libidinal es una satisfacción pulsional, satisfacción en el cuerpo. Es analítico porque se formaliza bajo transferencia tocado por la interpretación analítica y promueve una demanda de análisis.

Bibliografía

-Bassols, M. Famulus. En Lacan XXI Revista Fapol Online. En http://www.lacan21.com/sitio/
-Cazenave, L (2017) La familia en el ciberespacio. Recuperado en http://www.asuntosdefamilia.com.ar/es/template.php?file=Boletines/Asuntos/007/Liliana-Cazenave.html
-Esqué, X. Ficciones familiares y real en juego. En: Psicoanálisis con niños 3. Buenos Aires; Grama Ediciones.
-Godoy, C (2017) La familia, ficción necesaria; tradiciones, secretos. Recuperado en http://www.asuntosdefamilia.com.ar/es/Conversaciones/01/Claudio-Godoy.pdf
-Leserre, A. Una lectura de Notas sobre el niño. Cuadernos del ICdeBA 17. Bs As; Grama Ediciones; 2015.
-Miller, J-A. Dos dimensiones clínicas: síntoma y fantasma. Buenos Aires; Manantial I y II; 2007.
-Miller, J-A. El hueso de un análisis. Bs As; Ed. Tres Haches; 1998.
-Quinet, A. Las cuatro condiciones de análisis. Avellaneda; Ed. Atuel-Anáfora; 1996.
-Salman. S. El juego, aparato de goce. En: Psicoanálisis con niños. Los fundamentos de la práctica. Buenos Aires; Grama Ediciones; 2004.

J-MAMÁ: HACIA UN OTRO MÁS SOPORTABLE

Lucía Giudici [A]

"(...) en cada análisis de niños, es preciso verificar cómo el sujeto niño(sn) se articula en relación al sujeto femenino(sf), con su falta fálica, y cómo se inscribe el niño en esa relación."
Laserre, A "Una lectura de Nota sobre el niño"

¿Cómo es J. para los otros?.

A mediados de julio de 2017, comienzo a atender a J., en ese entonces tenía 8 años y concurría a tratamiento con otra psicóloga de la misma Unidad Sanitaria (quien realizó la derivación) desde los 4 años. El motivo de consulta inicial se efectuó debido a que "no hacía caso" (sic), no controlaba esfínteres y se escapaba de la casa abriendo la puerta solo y saliendo a la calle. La demanda de dicho tratamiento se efectúa por el Servicio Local, dada la intervención de la policía en una oportunidad.

F., la mamá, respecto al comportamiento de su hijo afirma que actualmente lo ve mejor, "no tenemos de que quejarnos" (sic). Remarca la diferencia entre el J. de antes y el de ahora: "Antes se escapaba a la calle, pegaba, mordía, tiraba las cosas" (sic), ahora lo describe como un nene que "no hace renegar, puedo hablar sin que me conteste, lo puedo sacar a pasear. Antes me ponía re mal él, ahora estoy re contenta porque ni lo reto" (sic). Ella afirma que antes de comenzar tratamiento "no sabía cómo tratarlo" (sic) y que todos le decían que J. era así por celos, sin embargo, dice no saber por qué podría haber estado celoso en ese entonces. A lo largo de la entrevista reflexiona que el "problema fue cuando la hermana nació" (sic).

Por otro lado, se observa cierta singularidad en la presentación de F., pareciera tener dificultades para comprender algunas preguntas respecto a la historia de su hijo, sus gustos, sus miedos, respondiendo "no entiendo" y finalmente diciendo "vive feliz, nada lo pone triste. Todo el tiempo se está riendo" (sic). A la mayoría de las preguntas hechas suele decir "bien..."(sic) , aunque sea incoherente con lo preguntado y difícilmente puede armar un relato o historizar.

¿Cuál es la demanda de esta madre en el momento en que J. estaba en tratamiento conmigo?, ¿Alguna vez la hubo o será que hay que construir una?

Por su parte, el equipo de la escuela, menciona que actualmente J. está más tranquilo, tolera quedarse en el aula sin escaparse, pero está "estancado con los conocimientos" (sic). Ahora "toca la cola" (sic) y dice "cataratas de malas palabras" (sic), tanto a los directivos como a sus compañeros, pero no pueden ubicar frente a qué las dice o en qué contexto. Por otro lado, la escuela maneja la hipótesis de un posible retraso mental de F. y de situaciones de violencia familiar por parte del padre, quien no se ha presentado nunca a entrevistas con la escuela ni a entrevistas durante el tratamiento.

Durante los encuentros conmigo J. tiene un discurso desordenado, muchas veces incoherente; en todas las entrevistas deja entrever que no sabe qué día es o cuándo tiene que volver, a veces dice que debería estar en la escuela (tiene horario reducido), que mañana cuando vuelva va a traer un juguete, que ayer cuando vino estaba X juguete y ahora no...

Así mismo, si bien se le propone que elija entre todos los juguetes una cantidad limitada para jugar y establecer un orden, insiste en querer buscar en todas las cajas, sin ningún objetivo aparente. Al comienzo del tratamiento juega con animales, va sacando uno por uno de la caja y ubicándolos en la mesa, pero no verbaliza o responde preguntas, está abstraído en ese trabajo, luego desarma todo violentamente y lo tira. Por lo general los personajes suelen ser él y un papá, que

[A] *Lic. en Psicología. PRIM Moreno, US Cortés. La Plata, Buenos Aires, Argentina. lucia_giudici@hotmail.com*

andan en una moto volando por todo el consultorio sin destino. A J. también parece preocuparle encontrar las partes que le faltan a los juguetes o procede a tapar los huecos de algunos juguetes con juguetes más chicos.

Por otro lado, con la profesional anterior, tenía la posibilidad de llevarse un juguete con la condición de traerlo en el próximo encuentro, de no ser así, no podía retirar otro hasta que lo devuelva. Esta modalidad se respeta en todos los encuentros sucesivos conmigo. Sin embargo, frente a sus olvidos de traer los juguetes, intervengo proponiendo que puede llevarse anotado en el papel con el turno el nombre del juguete, él menciona que podría pegar dicho papel en la heladera para usarlo como recordatorio.

¿Cómo es el Otro para J.?

Todo hijo tiene un lugar en el fantasma materno como objeto a, pero su estatuto es diferente si existe o no la mediación de la función paterna. En el análisis con niños, es importante ubicar en qué posición respecto al deseo materno está el niño. J. Lacan afirma que lo que está en juego es la respuesta del niño a ese lugar que se lo convoca. En tanto se posiciona como sujeto de la enunciación o lo hace realizando el objeto del fantasma materno. Ambas son respuestas diferentes, en una hay un distanciamiento a raíz de una respuesta singular, en la otra queda capturado por el objeto que el Otro le propone ser, saturando la falta. Lacan en "Dos notas sobre el niño" afirma que la respuesta singular o la realización a raíz del consentimiento, son un contrapunto: la respuesta implica una lógica de no identidad y abre el intervalo para la existencia del sujeto, haciendo aparecer un rasgo distintivo que lo diferencia del niño propuesto por el Otro.

En el primer encuentro conmigo J. dice que sabe escribir su nombre y escribe "J.", posteriormente agrega mamá, quedando escrito "J.mamá" sin separación alguna. Manifiesta que le gusta dibujar y hace una casa que "está embrujada, tiene garras y está triste" (sic), pregunto por qué y responde "porque no la dejan dormir" (sic). Le propongo que antes de irnos busquemos una forma de que esté contenta y dice entusiasmado que le va a tapar los dientes y hacerle pies sin garras. Debido a la apariencia de la misma (de un rostro) indago si tiene nombre y dice "casa embrujada" (sic), inmediatamente se corrige y afirma "casa bonita" (sic) y pide que escriba "él es el vigilante de la casa" (sic).

Ante la desorganización del relato y la suposición de él de que yo conocía a su familia, le aclaro que no sé quiénes son y busco indagar cómo está compuesta, sin embargo, en una oportunidad responde "mi mamá no me deja decirte con quien vivo, se va a enojar" (sic), le recuerdo el secreto profesional e insiste afirmando que tiene "buen odio" (sic) mientras mira a la puerta, ya que su madre estaba esperando del otro lado. Voy a la puerta, tapo la cerradura con la mano y hablando bajito le vuelvo a decir que él puede contar cualquier cosa, le pregunto por qué él no quiere contarlo, a lo que responde que quiere hacerla feliz. Ante este Otro que se presenta tan omnipotente y omnipresente, ¿Qué lugar para la falta?

Lacan ejemplifica el deseo materno representado por la boca de un cocodrilo. Esto supone un enigma, che vuoi?, sin respuesta en un principio, una presencia angustiante de un deseo que no dice qué desea. El niño que ocupa el lugar de objeto a tapona la pregunta con su ser y cuerpo, corriendo el riesgo de ser devorado por el deseo enigmático si la boca se cierra. En el Seminario V define la ley materna como "incontrolada, despótica" y el niño se somete a ella como "súbdito". Lo esperable es que esta ley caprichosa esté articulada para pacificarse y se presente la ley de la ley. El cocodrilo en su boca tiene un palo: el falo, evitando que se cierre y devore al objeto ubicado allí. Con el palo el niño puede responder al enigma de manera diferente, "hay en ella el deseo de Otra cosa distinta que satisfacer mi propio deseo (...)" (Lacan;1957:188). J.A. Miller al retomar las dos notas dice "la madre sólo es suficientemente buena si no lo es demasiado (...)" (Miller,1998), es decir, que más allá de ser madre, pueda estar la X presente y desear como mujer. En este caso considero que J. está ubicado como objeto del fantasma de la madre. La consecuencia de esto es una unión dual, sin separación ni mediación del significante del nombre del padre: "J.mamá". En la psicosis el niño se encuentra ubicado en el lugar de objeto a del fantasma ma-

terno: "se convierte en el "objeto" de la madre y su única función es entonces revelar la verdad de este objeto" (Lacan, 1969:56), es decir, el niño satura la falta materna al identificarse al objeto. En esta línea me pregunto ¿Se podría hipotetizar como forma de rechazo de la falta, los momentos en los que llenaba los agujeros de algunos juguetes con cosas, como la función de tapón que él hace con la falta de la madre?

Así mismo, no solo se puede abordar esta posición de objeto en la psicosis a la luz de las teorizaciones de los Seminarios IV y V, sino también de las operaciones lógicas conceptualizadas en el Seminario XI, de Alienación y Separación. En la psicosis hay alienación, pero no hay separación. No hay extracción del objeto a. El sujeto se aliena al lenguaje, se inscribe en la cadena significante del Otro y se esclaviza. La separación supone la constitución de un deseo propio, se libera de la esclavitud iniciando su búsqueda deseante. En la psicosis hay agujero porque se recorta el objeto a pero no se extrae ni se simboliza la falta. No es buscado ni demandado al Otro porque "lo tiene en el bolsillo". La no extracción implica que el objeto a se encuentra positivizado: el Otro puede escuchar aún con la puerta cerrada. La intervención se dirigió entonces a negativizar el objeto, señalando que a través de la puerta no podía vernos ni escucharnos (hay que tener en cuenta que F. lo veía a través del vidrio de la puerta del aula para controlar que se porte bien mientras él estaba en clases).

Es interesante que cuando se indaga sobre pérdidas significativas en la vida del niño, la madre responde que ya han fallecido 3 abuelos. "No le dijimos nada a él pero él solo se dio cuenta" (sic). Sin embargo, cuando J. habla de su familia menciona a estos abuelos ya fallecidos como si estuvieran vivos. Me pregunto por el lugar de la familia. Teniendo en cuenta que ésta debe brindar al comienzo sentidos para ser apropiados y de los cuales luego separarse para poder elaborar la ficción propia, entonces, ¿se podrá pensar que esta familia no facilitó sentidos para que él pueda ficcionar respecto a lo que ocurrió con los abuelos?, ya que según J. la respuesta que le brindaban a sus preguntas era *"no meterse en cosas de adultos" (sic).* A raíz de esto se podría explicar la falta de recursos para historizar perdiendo las coordenadas simbólicas.

A.R. Najles invita a pensar con qué objeto consultan los padres, cuál es el niño del Otro y E. Laurent plantea "el estudio de los avatares de la sexualidad femenina como lo preliminar al análisis de los niños" (Laurent;2003:2). Cuando F. habla de su hijo da la sensación que habla de una mascota, un objeto domesticado: el de antes y el de ahora. ¿Por qué no registra un malestar en el hijo? ¿Es el objeto que tapona el que no posibilita ni pregunta ni demanda de parte de ella?

Más avanzados ya, J. manifiesta estar feliz porque la madre le dijo que se había portado bien en la escuela y había hecho los deberes, pero cambia de ánimo mostrándose aterrorizado cuando empezamos a leer un cuento donde había una abeja. Dice que le da miedo, no puede referir por qué. Ese día encuentra una caja y simula que es una boca, me persigue con ella hasta que me muerde y se ríe. Sanciono que me duele, viene y me acaricia. Después agarra varios peluches y los muerde con esa boca, la secuencia se torna agresiva, se enoja y tira varias veces la caja con un peluche contra la pared hasta que la rompe. Antes de irse dice que quiere dibujar y realiza un "monstruo cazador que come nenas y mujeres. A mi papá, a vos y a mí no. Es mi amigo" (sic). Este monstruo (una casa con rostro) está enojado y lo pone contento comer huevos en un plato y así pasa a ser un "monstruo bonito" (sic).

Si habría que especular sobre qué versión del Otro se arma J., ¿quién lo goza?, ¿de qué goza y de qué forma? Bocas, casas y monstruos terroríficos que devoran. Omnipresente, intrusivo, vigilante. Parecerían ser los adjetivos que caracterizan a ese Otro que no está barrado, al punto que irrumpe como un Real en el juego. ¿Será que el irse de la casa era un primer recurso para sustraerse y escaparse de éste?

El artista que hace magia.

J. expresa que su papá "es artista" (sic) y que él también quiere serlo. Tomo esta afirmación en otro encuentro cuando le propongo que dibuje y firme sus obras de arte como un artista, juego que lo entusiasma, pidiendo el color que necesita, que le lave los pinceles mientras él trabaja o que le ayude a pintar.

En una oportunidad le enseño un juego de magia donde tenía tres vasitos, una bolita y había que adivinar dónde estaba. Intercambiamos turnos para realizar magia y después propone él esconderla en distintos lugares del consultorio, haciendo que yo me tape los ojos y la busque, con las indicaciones de frio-caliente. En uno de los últimos encuentros, es J. el que sorpresivamente dice que sabe un truco de magia, me hace cerrar los ojos y esconde una bolita en sus manos para que adivine dónde está, incluso disimuladamente la tira al piso y me hace elegir entre dos manos vacías, riéndose ante mi fracaso y sorpresa por sus engaños.

¿Un nuevo Otro para J?.

Progresivamente el juego cambia, ya no solo dibuja bocas, sino que aparecen representadas por juguetes, me dice que sabe hacer magia y me engaña con las bolitas. También al comienzo de cada sesión cuenta que se portó bien en la escuela, sin que le pregunte qué hace allí habla sobre una compañera, su maestra, etc. Los temas que trae al espacio son variados, pudiendo sostener el sentido en lo relatado y ordenándose más en el discurso.

En la última entrevista, comienza diciendo que se portó bien en la escuela y no dijo malas palabras, luego toma un juego de ajedrez y divide las piezas en dos grupos, uno para mí y otro para él. Ambos grupos tienen una mamá, un papá y una hija. El juego se despliega del siguiente modo, los personajes interactúan entre sí y sus piezas constantemente roban a "mi hija". El papá que fue robado va a pedir que la devuelvan y en algunas ocasiones la devuelve y en otras niega la petición. Durante esta escena cuenta que cuando era chico una vez se escapó de su casa pero sabe que no tiene que volver a hacerlo. Así mismo, cuando ve que uno de mis personajes está castigado por decir malas palabras dice que solo los grandes pueden decirlas, los nenes no, y pone en penitencia a sus personajes también por haberlas dicho.

Luego de varios meses de tratamiento, dado que su psicóloga retomaba la atención, le anuncio que tiene la posibilidad de decidir si quiere volver con ella o seguir tratamiento conmigo, primero responde con las dos y luego de aclarado que tiene que decidir porque con las dos no se puede, decide volver con la profesional anterior.

Aunque el nombre del padre no este por estructura, hay que armar una suplencia que funcione como muleta que le sirva de apoyo. En el marco de las entrevistas empieza a recurrir a otro tratamiento para este goce en más, utilizando un recurso que tal como él lo denomina proviene del padre: dibujar.

Bajo tratamiento, el otro comienza a barrarse, por ejemplo, a través del juego de magia, juego que introduzco pero que J. lo retoma de manera activa en otro encuentro. También el objeto a comienza a velarse en este juego, poniendo en acto el ver y el no ver, algo que pareciera que hasta el momento con la madre no se propiciaba. El otro ahora puede ser burlado, engañado, no lo sabe todo, no es omnipotente.

Se trata, desde diferentes aristas, de hacer un tratamiento del goce en más, un goce desregulado puesto en evidencia, por ejemplo, en relación a la metonimia de los juguetes que estaba muy presente al comienzo. Se empieza así a instalar una legalidad: no todos los juguetes se pueden usar o llevar, no con las dos psicólogas, anotar qué juguete se lleva para no olvidarlo.

Lo anteriormente desarrollado hace que a modo de hipótesis me pregunte ¿Podrá ser que llevarse juguetes es una operación que le permite no solo la extracción de algo al Otro, sino también sustraerse de encarnar él el lugar de objeto? Si bien no hay suficiente información,

Acerca de la transferencia

Si en la psicosis se pone al Otro en el lugar de saber, completo, esto podría volverse una complicación a nivel transferencial. Por lo tanto hay que estar advertido de eso y correrse para limitar y guiar las intervenciones.

Me pareció interesante la forma en la que se fue elaborando la transferencia. En un comienzo, las intervenciones apuntaron a ordenarlo, regulando la cantidad de juguetes a usar. A raíz de la supervisión, comprendí que para J. era una desconocida, que tal vez para él era necesario volver a recorrer el espacio y conocer los juguetes que ya conocía pero ahora conmigo. Empecé a pensar

que tantas preguntas que le dirigía obturaban y parecían producir en él reticencia más que apertura.

Durante el trabajo conmigo, la posición en la que me pone fue modificándose, al tener en cuenta no ubicarme como el Otro gozador que todo lo sabe (lugar donde parecía ponerme más de una vez) me barraba, por ejemplo mostrando mi falta de conocimiento sobre la organización familiar.

Por lo tanto, las intervenciones buscaron instalar algo de la falta y limitar el goce, poniéndolo a él como portador de un saber hacer, un conocimiento. Es así que J. finalmente puede aceptar perder algo: elegir entre una de las dos psicólogas. Al mismo tiempo, se puede observar cierto movimiento respecto de la pérdida al introducirla en el juego con el hijo que falta. Por otro lado, su posición de objeto devorado vira a sujeto que devora, trabajo de elaboración activa, donde es él el que se podría pensar que realiza lo que en otra situación vivió pasivamente.

¿Será que esto fue abriendo el espacio, como dice Lacan, para que J. aparezca como sujeto, uno que puede empezar a hablar de él de manera espontánea sin que se le pregunte?

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

Álvarez, Patricio.(2008) "Hacia una clínica del estrago"
Collazo, Cecilia E.(2013) "Psicosis y autismo infantil"
Daumas, A; Stiglitz, G.(2009) "Psicoanálisis con niños y adolescentes 2: Políticas, prácticas y saberes sobre el niño"
Flesler, Alba.(2011) "El niño en análisis y las intervenciones del analista"
Goldber, S; Stoisa E. (2007)"Psicoanálisis con niños y adolescentes : lo que aporta la enseñanza de J. Lacan"
Indart, Juan C.(2014) "Un estrago de la relación madre-hija"
Lacan, Jacques.(1969) "Dos notas sobre el niño"
Lacan, Jacques.(1957)"Seminario V: Las formaciones del Inconciente"
Laurent, Eric.(2003) "Hay un fin de análisis para los niños"
Laserre, Anibal.(2015) "Una lectura de Nota sobre el niño"
Miller, Jacques-Alain.(1998) "El niño, entre la mujer y la madre"
Najles, Ana R.(2008) "Problemas de aprendizaje y psicoanálisis"
Ortiz Ramírez, Mario E. "Cap 3: Las Dos notas sobre el niño de Jacques Lacan: un comentario intratextual"
Solano-Suárez, Esthela.(2014) "Leer el síntoma en el niño"
Tendlarz, Silvia E. (2009)"Psicosis: Lo clásico y lo nuevo"
Tendlarz,S; Álvares Bayón,P.(2013)"¿Qué es el autismo?: Infancia y psicoanálisis"

LA CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO EN LAS ADOLESCENCIAS Y SUS VICISITUDES EN TIEMPOS DE LAZO SOCIAL INTERVENIDO

Ariana Marina Muñoz [A]

Construcciones que hacen cuerpo

Cuando pensamos en las adolescencias tenemos que tener en cuenta los distintos procesos que intervienen. En principio, es un momento de duelos, reelaboraciones, reinscripciones, posicionamientos nuevos. Hay 3 duelos fundamentales que se imponen y que será muy variable la forma en que cada adolescente los transita. El duelo por la posición infantil, los padres de la infancia y el cuerpo de la infancia. La configuración del cuerpo y cómo se desprende de aquel de la niñez será un camino sinuoso y el cual nunca termina, pero el cuerpo infantil con todas sus características y organización libidinal no vuelve, al menos de forma constante.

En principio y tomando la enseñanza de Lacan, nos aproximamos a la idea de que un cuerpo es una construcción, no es algo que "viene dado", se va constituyendo como producto de otro orden, como si fuera una segunda instancia. Esto a su vez está condicionado por el discurso. En

[A] Lic. en Psicología. Municipalidad de Lanús (Salud Mental). CABA. Argentina. mmz.ariana@gmail.com

este caso, es el lenguaje el que puede dar cuenta de ese cuerpo que, a pesar de sus órganos, solo al nombrarlos y nombrar sus funciones pueden ser significados.

Partir desde la idea del cuerpo como construcción, nos para en el principio de este trabajo. Son los significantes y el acceso a un orden simbólico los que dan forma al cuerpo y su articulación con el discurso lo que habilita al sujeto a tomar posición sobre él.

Este tomar posición puede implicar diferentes vicisitudes, equívocos y búsquedas errantes; pero sobre todo, como en todos los aspectos subjetivos, no es definitivo.

Entonces, es necesario hacer lugar a un interrogante, ¿qué sucede en este contexto de pandemia donde el discurso predominante es la muerte?

Y se introduce de esta forma el contexto actual. Cuando esta situación de epidemia, comienza a atravesar al mundo entero, desde principios de 2020, cada uno de los colectivos debió arreglárselas con sus herramientas para llevar adelante esta situación. Sin embargo, con las adolescencias sucede que es un momento en donde todo el sistema de significaciones se encuentra endeble y en reconstrucción, por lo que tendremos que prestar atención y pensar en cómo esta particular situación se entrama y qué consecuencias puede llegar a tener a nivel psíquico.

En lo que respecta a este proceso de reestructuración psíquica que implican las adolescencias, hay por un lado una revaloración y por el otro un descarte, de todo lo vivido hasta el momento. Cada una de estas personas contará con una estructura que le permitirá reformar, "desechar" o construir lo que ya había sido hecho.

Cuando se piensa en lo referente a la construcción del cuerpo en esta etapa, no solo se hace referencia a los primeros años y las primeras inscripciones libidinales como base, sino también a cómo se articularán éstas en un cuerpo adolescente o púber, en el que advienen constantes y profundos cambios.

En este sentido, es fundamental que pueda haber identificaciones con nuevos objetos con quienes compararse, diferenciarse, etc. Para esto, se necesita de la interacción con el entorno social.

Con los cambios corporales, se evidencia una imagen corporal de sí que se presenta como cambiante y en constante construcción. Y es posible, que dentro de este proceso y en sus avatares, el cuerpo sea un "blanco fácil" de atacar cuando "por dentro" todo se presenta endeble.

Aquello a lo que le falta ser simbolizado puede hacerse presente a través de marcas que, muchas veces, se visualizan en la corporalidad. La ineficacia del sistema verbal hace necesaria la manifestación de aquellas "marcas psíquicas" en el cuerpo.

No obstante, como se mencionó al principio, el cuerpo es una construcción que se encuentra atravesada por el discurso. Ahora bien, es necesario entonces, identificar algunas cuestiones del discurso actual. La enfermedad como principal riesgo, no muy lejano, referentes adultos amenazados como población vulnerable (donde la muerte deja de ser una fantasía, para convertirse en un peligro real), el lazo social como principal factor de transmisión; en contraposición, la distancia como mejor método de prevención (hasta la llegada de la vacuna), el futuro incierto y en jaque, por una situación que lejos de ser imaginada, desborda el discurso con pocas posibilidades de que pueda ser tramitado en el corto plazo.

Posiblemente, esta situación se entrame en cada psiquisimo de tantas maneras diferentes posibles como personas. No obstante es un acontecimiento que a nivel disruptivo se instaló y modificó la vida cotidiana, teniendo clara injerencia en los procesos subjetivos.

El lazo social intervenido

El lazo social se encuentra intervenido en relación a las restricciones vividas como efecto de la pandemia, a la utilización del barbijo y a la distancia necesaria como medida de cuidado. Esto se trasladó también a los consultorios. Los centros de atención disponibles para las "urgencias" y las urgencias subjetivas tratando de trabajarse con distancia física o virtualidad.

Estas situaciones afectaron directamente a las adolescencias, donde el contexto social debe presentarse como facilitador y sostén del narcisismo; desde que comenzó la pandemia es un riesgo del cual deben apartarse. Sin embargo, cuando de a poco algunas cuestiones retornaron la mo-

dalidad presencial, se pudo escuchar de algunos adolescentes la sensación "rara" de tener que volver a acostumbrarse a esto. Como si algo ya se hubiera configurado con este discurso de la distancia social.

En este constante "acomodamiento" entonces encontramos adolescentes aislados, viviendo de noche y durmiendo de día, tratando de "escapar" del mundo adulto, sin ganas de hacer nada ni de relacionarse.

Es decir, aquellos pares que funcionan como sostén en la salida exogámica, durante mucho tiempo, y aun ahora en algunas ocasiones, se encuentran muy lejos o mediatizados por las redes sociales. A los que busca parecerse pero también diferenciarse, ya no eran tan reales, sino más bien virtuales. El vínculo se encuentra mediatizado, por las redes, por la virtualidad pero también por el miedo. El miedo de que sea contagiante, con las consecuencias que eso traería.

Un aspecto a tener en cuenta es que el fantasear con la muerte de los progenitores o cuidadores (cuestión que forma parte del psiquismo adolescente), actualmente puede generar especial angustia, frente a la posibilidad real de que esto ocurra. Así como también, la formación de un proyecto (tan importante como gradual) queda sometida a la incertidumbre.

Volviendo a la cuestión corporal, ese otro par al que necesita le falta el contacto, la comparación, el enamoramiento, el tacto. Ese nuevo objeto al que requerirá identificarse no puede ser tocado ni besado ni erogenizado.

Encontramos entonces adolescentes que son corporalidad. En soledad y aislamiento no tardan en manifestarse las dificultades para verbalizar y tramitar. Lo característico de la adolescencia se ve incrementado por el contexto y las cuestiones anteriormente mencionadas.

Se observaron y aún se observan aislamientos a modo de ensimismamiento y encierro o manifestaciones que buscan obturar aquello que angustia. Así sucedió en la situación de María, paciente de 17 años. Su madre me llama manifestando una clara connotación de urgencia, para comentarme que su hija había consumido "una pastilla" que le había dado su amigo, y que esto la había dejado en un estado de somnolencia por varias horas. En trabajo posterior de reconstrucción de la situación con la adolescente, esta pastilla había sido "recomendada" por su amigo, como método efectivo para mitigar un gran dolor que ella sentía por la pérdida de su mascota.

Entonces, qué sucede cuando los espacios de expresión se ven obturados o mediatizados. Y, mucho más, cuando el discurso que circula es el exitismo y la satisfacción inmediata, sobretodo en un contexto de futuro incierto. Qué pasa con las adversidades en la construcción de un cuerpo, con el amar, el ponerse en riesgo, en actuar aquello fantaseado en la niñez, en la posibilidad de "despegarse" de las identificaciones endogámicas para poder encontrar nuevos objetos.

Todos estos procesos se vieron afectados, y la construcción de cuerpo, principalmente implicó parecerse o diferenciarse a un otro que no solo no es posible tocar, sino que por mucho tiempo, solo se pudo ver a través de una pantalla que mostraba lo mejor de él o solo la parte "linda". Intercambios virtuales atravesados por el yo ideal, y con muchas herramientas para que esto sea así (filtros, Photoshop, recorte de la realidad). Aquel encuentro buscado como herramienta de encuentro de uno mismo, en este contexto complejizó aún más la vincularidad, que ya por su naturaleza es compleja.

Todo lo mencionado debería interpelar tanto nuestra práctica (que también se vio intervenida), como nuestra escucha. Poder ir incorporando estas vivencias en el discurso nos posiciona como facilitadores de elaboración y tramitación y nos permite acompañar las adolescencias advertidos de cómo la situación actual social puede tener injerencia en los procesos de construcción subjetiva del cuerpo y en la clínica.

Bibliografía

Janin, B. (2008). Encrucijadas de los adolescentes de hoy. Cuestiones de infancia, 12, 17-31.
Janin, B. (2012). Inscripciones psíquicas primordiales. Escrituras y reescrituras. Cuestiones de infancia, 15, 16-26.
Soller, C. (1937). El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO EN QUE SE TRABAJA VÍA TELEPSICOLOGÍA UTILIZANDO UNA INTERVENCIÓN SISTÉMICA Y UN SISTEMA DE RETROALIMENTACIÓN BASADA EN EL CLIENTE

Gregorio Martín Traverso [A]

Descripción del caso clínico.

La familia "G" solicita atención psicológica para "A" en un programa de una facultad perteneciente a una universidad nacional, el cual se encuentra inserto en el marco de uno de los hospitales universitarios de la misma institución. Según describe la familia, "A" es un niño de 9 años que tiene miedos nocturnos desde el año 2018, a raíz de una situación de robo con tiroteo que se escuchó en la calle. La familia se encontraba dentro del domicilio en ése momento. Sólo pudieron escucharse los ruidos del arma detonada y verse desde la ventana una persona en el piso de la calle, la cual se estaba cubriendo (no se encontraba herida). Alrededor de "A" había varios familiares que reaccionaron con alarma y comentarios al respecto. Desde ese entonces a la fecha del primer encuentro vía el programa, "A" duerme en la cama de sus padres; cualquier ruido que suene en casa de los vecinos o en la calle enciende su respuesta de alarma, y genera la interacción de "A" con su mamá, papá y su hermana de 17 años que finaliza en el paso de su cama a la de ellos. Esto solía ocurrir a la hora en que todos los integrantes de la familia incluyendo "A" se iban a dormir, alrededor de las 23hs. Las preocupaciones mayores de ambos padres eran dos: una, la imposibilidad de "A" de dormir en su cama siendo éste el mayor problema a resolver y dos, la pérdida de autonomía en varias actividades que antes podía hacer "A" estando en la casa, por ejemplo, esperar solo en casa cinco minutos mientras "M" iba a comprar al mercado o salir a hacer alguna compra después del horario del atardecer. Habían hecho una consulta en 2019 en otro sector del mismo hospital, los habían atendido dos veces y luego les habían informado que los llamarían para derivar con otro profesional. Ese llamado nunca se produjo y luego en marzo de 2020 se declaró el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (B.O., 2020) que restringió la circulación de personas. Al momento de recibir a la familia, las preocupaciones tenían tres años de instalación en la familia.

La familia G. está compuesta por "M", la mamá de 42 años; "P", el papá de 64 años, "H", la hermana, de 17 años, hija de "M" con una pareja anterior y "A", único hijo biológico de "M" y P". La red se amplía con mayor cantidad de hijos e hijas de cada uno de la pareja parental en anteriores uniones matrimoniales, personas ya entradas en la adultez que tienen sus familias a la vez.

Las posibilidades generadas gracias a la telepsicología.

Según los autores Traverso y Salem Martínez (2020a; 2020b) La Telepsicología es una herramienta con más de 20 años desarrollo en el mundo enmarcada dentro de la telesalud y se ha expandido para quedarse debido a la pandemia de Covid-19. Ha permitido la atención psicológica facilitando el acceso remoto de familias disminuyendo tiempos de viaje, la exposición a las probabilidades de transmisión y propagación del virus y la utilización de recursos económicos para llegar a los antiguos lugares de atención. Además, en un contexto, el de nuestro país, donde casi 113 mil personas han fallecido según el observatorio de la John Hopkins University publica al día de la fecha de presentación de este artículo para su evaluación (2021) la práctica justifica su utilización mediante una regulación clara.

[A] Psicólogo Clínico. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. CABA. Argentina. gregoriotraverso@gmail.com

Esta regulación (APA, 2013; Canadian Psychological Asociation, 2017; Campbell et. al., 2018; Campbell y Norcross, 2018) en líneas generales indica las condiciones en que se puede llevar a cabo la práctica, y plantea las limitaciones en las cuales podría resultar inconveniente, por lo que al evaluar el o los problemas presentes en quien consulta es importante realizar un diagnóstico que permita detectar las condiciones favorables y desfavorables con la finalidad de hacer una derivación en caso de no poder realizarse la teleconsulta. Para el caso de esta familia los criterios de admisibilidad estaban dados desde la evaluación del equipo de admisión del programa y reconfirmados durante la realización de la primera videollamada.

Los primeros resultados diagnósticos arrojaban que además del miedo, se habían producido cambios en los hábitos de crianza de la familia relacionados con los horarios destinados a higiene de sueño y uso de dispositivos tecnológicos, los cuales podrían haber estado relacionados con el problema puntual del miedo en el niño y el dormir en la cama de ambos padres incidiendo en su mantenimiento (Oliva, 2020; Reina, 2020; Wainstein, 2020a; Wainstein, 2020b).

Intervención Sistémica y evidencia de resultados de la misma.

Una vez evaluado el problema, se seleccionó una intervención sistémica que fue creada hace treinta años la cual se llama "externalización de síntoma" (White y Epston, 1991). La misma consiste en una maniobra discursiva de parte del o de la profesional de la salud en que trata el problema como "fuera" de la persona y de su familia, generando consecuencias en el funcionamiento de ésta como si tuviera un comportamiento autónomo que la perjudica. Se realiza mediante preguntas o pseudo afirmaciones que la familia va contestando afirmativa o negativamente sobre la incidencia de este "problema exterior" teniendo dos ventajas, la sensación de aumentar la capacidad de manipulación del problema por parte del niño y su familia al "separarlo" de la identidad del niño; y la disminución del sentimiento de culpabilidad en el niño al perder la sensación de que ya no es él quien les genera malestar a sus padres (White y Epston, 1991; Wainstein, 2006).

Esta intervención, según Carr (2019) cuenta desde el año 1998 con la evidencia de resultados suficiente sobre su eficacia que la mantiene vigente aún al año de publicación de su último metaanálisis. El desafío en este caso se presentaba sobre la pregunta de si podría llevarse a cabo estando mediatizada por los dispositivos tecnológicos que posibilitaban la atención psicológica virtual de la familia.

Junto con ese desafío, se encontraría la dificultad de los horarios de higiene de sueño que describiría la familia y coinciden con los autores citados anteriormente (Oliva, 2020; Reina, 2020; Wainstein, 2020a; Wainstein, 2020b).

En sí misma, la intervención consistió en dibujar el miedo (una silueta con forma de señor que empuñaba un arma, y que se encontraba fuera de la casa) y ponerle un nombre, el cual el niño designó como "El Miedo" después de algunas modificaciones. Una vez construido "El Miedo", la familia se puso a trabajar como un equipo para poder disminuir su incidencia en todo el ámbito familiar. Allí fue que aportaron el siguiente dato: "A" solía estar despierto desde las 06hs de la mañana y solía acostarse a las 23hs junto con toda la familia. "Si una le quita el celular a las 20hs, se queda dormido de inmediato… El se la pasa usando el celu o mirando tele con nosotros hasta las 23hs que es la hora a la que nos acostamos todos", refirió "M" y consustanciado por "P" y "H". Este dato sirvió para incluir una prescripción directa (Wainstein, 2006) a la familia en que se le pediría a "A" que deje de usar los dispositivos a las 20hs, y pudiera iniciar sus horas de sueño a esa hora en su cama, independientemente de si a las 0hs se despertaba y se pasaba de cama. La familia llevó a cabo esta indicación y ante el traspaso de cama, "M" se puso firme en indicarle que regresara a su cuarto y su cama. De ese modo "A" comenzó a dormir en su cama toda la noche, y "El Miedo" comenzó a "achicarse", en palabras de "A" en la incidencia sobre malestar de su familia, permitiendo mayores momentos de alegría. También surgió la posibilidad de que otros miedos disminuyeran como los miedos a los ruidos fuertes de los escapes de las motos; de que el niño ganara mayor independencia en actividades instrumentales de la vida diaria como vestirse a la mañana solo, buscar su propia ropa en el armario sin que su mamá se enoje por la desprolijidad

que produce; son ejemplos de lo que el niño y su familia ha comentado en las últimas dos entrevistas. El proceso terapéutico lleva en total nueve entrevistas por el momento y la familia "G" persiste en su lucha contra "El Miedo".

El monitoreo del tratamiento vía un sistema de retroalimentación basado en el cliente.

Para llevar adelante el trabajo con la familia y monitorear el proceso terapéutico se decidió incluir como herramienta un sistema de retroalimentación por parte del cliente (SCF, por sus siglas en inglés) del cual se cuenta con una licencia para su uso por parte del profesional, en el marco del trabajo en una fundación del ámbito de CABA que tiene convenio con una carrera de especialización de la misma facultad que opera el programa en el cual se atiende la familia. El sistema (Sparks y Duncan, 2018) monitorea el curso del proceso terapéutico y la alianza terapéutica, entendida ésta última según la definición de Bordin, quien la define como el grado de encaje entre el profesional y el paciente de los objetivos que se pactan, las tareas que se proponen y el vínculo emocional (Bordin, 1978, citado en Botella y Corbella, 2011).

Dicha herramienta, según Sparks y Duncan (2018) poseé una numerosa cantidad de características como poderse llevar a cabo de manera remota con construcción de gráficos de manera automatizada y al instante; sintetiza las tres variables de evaluación del estado del cliente de Lambert (1986), quien fuera el iniciador en solicitar retroalimentación a sus pacientes, agregando una variable de estado general; combina en un ensamble ecléctico ideas significativas de la terapia familiar como el pragmatismo centrado en el problema del Enfoque Interaccional del Mental Research Institute; la activación de los recursos del cliente de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones de de Shazer; y la co-creación de significado de los Sistemas de Dialogo Colaborativo de Anderson y Goolishian; "no suscribe ninguna teoría o enfoque exclusivo; es ateórico y puede aplicarse desde cualquier orientación teórica, aunque muchos de sus componentes esenciales se inspiraron en la historia e identidad de la terapia familiar" (p. 19).

Toda la propuesta de este sistema de retroalimentación está avalada y condice con la necesidad impuesta desde la APA (2006) de incluir en los procesos terapéuticos sistemas de evaluación de los resultados de la psicoterapia.

Conclusiones y discusión.

En este trabajo se realizó la ilustración de un caso clínico que se está llevando a cabo de manera remota, en donde se implementó la intervención sistémica de la "externalización de síntoma" (White y Epston, 1991; Wainstein, 2006), la cual se encuentra apoyada por la evidencia de resultados recolectados favorables en su utilización desde el año 1998 según Carr (2019) y que en esta situación en particular pareciera ajustarse favorablemente a la resolución de problemas en la familia. También, se monitorea el tratamiento y el efecto positivo de la intervención vía un sistema de retroalimentación basada en el cliente (Sparks y Duncan, 2018). Se hacía referencia a que el proceso terapéutico se estaba llevando a cabo vía telepsicología, lo que en concordancia con lo propuesto en algunas publicaciones (Campbell y Norcross, 2018; Campbell et. al. 2018; Traverso y Salem Martínez, 2020a; Traverso y Salem Martínez, 2020b) se facilitó el acceso a la toda la familia de tener atención psicológica en el contexto de un programa hospitalario, ahorrando traslados, tiempos de viaje y recursos económicos utilizados en el transporte público. Asimismo, la regulación propuesta por la APA (2013) brinda un marco de referencia para evaluar la pertinencia o impertinencia de realizar un tratamiento en forma virtual. Además, el uso de un sistema de retroalimentación basado en el cliente permitió monitorear que el progreso del proceso terapéutico fuera en la dirección de la obtención de salud por parte de la familia que está en consulta. Inspirado por la conferencia de Barry Duncan (2021) dictada en el pasado mes de mayo es que quien escribe se animó a incluir la herramienta como soporte de la atención virtual en este proceso terapéutico debido al impedimento de realizar la terapia de manera presencial.

En cuanto a puntos en discusión y en línea a la propuesta de este Congreso, es quizás una oportunidad aumentar la difusión de la regulación ética de la telepsicología para conocer sus al-

cances y limitaciones frente a los problemas de la gente. Además, se ha vuelto indispensable frente al impacto generado por la pandemia de Covid-19 y que está informado en Oliva (2020), Reina (2020), Wainstein (2020a) y Wainstein (2020b); sucede que no se trataría de un formato aplicable a todas las situaciones de salud mental que pueden padecer las personas, ya que en la misma regulación se especifica la necesidad de estar "disponible" para realizar una consulta cara a cara (Campbel et. al., 2018; Burgoyne y Cohn, 2020). Otra oportunidad se presenta con la inclusión de sistemas de retroalimentación basada en el cliente (Sparks y Duncan, 2018) porque servirían para monitorear que el tratamiento que se está llevando a cabo fuera eficaz y útil en lo que la persona dice necesitar. Por otra parte, ante su utilización en el caso de esta familia y de otros consultantes, se ha tratado de ir recopilando observaciones para discutir si es posible su inclusión ya que como aspectos favorables, quien escribe ha detectado que se trata de una herramienta útil para organizar un foco de trabajo y ayudar en la selección y acuerdo de prioridades de trabajo terapéutico.

Bibliografía

American Psychological Association, (2013). "Guidelines for the practice of telepsychology", American Psychologist, 68 (9). 791– 800. http://dx.doi.org/10.1037/a0035001

APA. Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. American Psychologist, 61, 271–285.

Boletin Oficial (2020) "Legislación y Avisos Oficiales. Primera Sección". Decreto Nº 297/2020.

Burgoyne, N., y Cohn, A. S. (2020). Lessons from the Transition to Relational Teletherapy During COVID□19. Family Process.

Campbell, L. F., Millán, F. A., y Martin, J. N. (Eds.). (2018). A telepsychology casebook: Using technology ethically and effectively in your professional practice. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000046-000

Campbell, L. F., y Norcross, J. C. (2018). Do you see what we see? Psychology's response to technology in mental health. Clinical Psychology: Science and Practice, 25(2), 1–5. https://doi.org/10.1111/cpsp.12237

Canadian Psychological Association. (2017). Ethical guidelines for psychologists providing psychological services via electronic media. Retrieved April, 1, 2009.

Carr, A. (2019). "Family therapy and systemic interventions for child□focused problems: the current evidence base", Journal of Family Therapy, 41(2), 153-213.

Duncan, B. (2021) "Cómo ser mejor terapeuta". Conferencia de Barry Duncan dictada para la Facultad de Psicología, Área de Posgrado, de la Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=FEKgURymulA

John Hopkins University (2021). "Coronavirus Resource Center".https://coronavirus.jhu.edu/map.html

Lambert, M. J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), Handbook of eclectic psychotherapy (pp. 436–462). New York: Brunner/Mazel

Oliva, L. (2020) "Coronavirus. Después de la cuarentena, ¿cambiarán nuestros hábitos sociales?", en diario La Nación. Recuperado de: https://www.lanacion.com.ar/sociedad/coronavirus-despues-cuarentena-cambiaran-nuestros-habitos-sociales-nid2347317/

Reina, L. (2020) "Crianza light. Los límites, horarios y hábitos que la cuarentena aflojó", en diario La Nación. Recuperado de: https://www.lanacion.com.ar/lifestyle/crianza-light-los-limites-horarios-habitos-cuarentena-nid2408389/

Sparks, J. A., & Duncan, B. L. (2018). "The partners for change outcome management system: A both/and system for collaborative practice". Family process, 57(3), 800-816.

Traverso, G., & Salem Martinez, T. (2020a) Uso de la de la telepsicología como abordaje en el contexto de pandemia. Regulación. Consideraciones. Posibilidades para la clínica con orientación sistémica. In XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Traverso, G, & Salem Martínez, T. (2020b) "Telepsicología en Pandemia". Revista Sistemas Familiares Y Otros Sistemas Humanos, 36 (1), 38-49.

Wainstein, M. (2006) Intervenciones para el cambio. JCE.

Wainstein, M. (2020a) "Sistemas, familias, parejas, en tiempo de pandemias". Recuperado de: https://www.uba.ar/noticiasuba/familias.pdf

Wainstein, M. (2020b) "Impacto de la pandemia sobre personas, familias, parejas y crianza". En Enciclopedia de Salud Mental. Recuperado de: http://www.enciclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?idt=111&idtt=59

White, M. Y Epston D. (1991) Guías para una práctica de la terapia familiar
sistémica. Gedisa.

Watzlawick, P.; Jackson, D.; Beavin, J. (1968) Teoría de la Comunicación Humana. Herder.

ADOLESCENCIAS Y MARCAS EN EL CUERPO SOBRE EL FENÓMENO DE LAS AUTOLESIONES

Antonella Rossi [A], María Paula Gigliotti [B]

Introducción

La adolescencia es un momento crucial del desarrollo protagonizado por grandes cambios, crisis y búsquedas personales, donde cobran especial importancia el cuerpo, la definición y diferenciación personal, los vínculos con los pares y la idea de un proyecto a futuro. Estas transformaciones conllevan gran sufrimiento para los jóvenes, en un contexto que no siempre ofrece referencias saludables para acompañar estos procesos.

La aparición recurrente de autoagresiones en la clínica de adolescentes se inscribe en una realidad donde la marca en el cuerpo no puede ser leída despojada de su dimensión psicosocial, interpelando nuestra posibilidad de notar al sujeto y lo no simbolizable de su sufrimiento. A continuación, nos aproximamos a pensar a las adolescencias hoy y las manifestaciones autolesivas observadas reiteradamente en consultas clínicas: sus características, modalidades, funciones y enlaces posibles en relación a otras problemáticas del campo de la salud mental.

Adolescencias hoy

La experiencia del proceso adolescente es muy variable en cada persona, cultura, comunidad y momento histórico. Si bien inicia siendo un hecho biológico, protagonizado por el crecimiento del cuerpo y la acción de las hormonas sexuales sobre el mismo, a su vez, está inmerso en un complejo proceso psicosocial de cambios que parecen requerir rápida resolución (Quiroga, 1999 – Blos, 1989).

Su tránsito implica una elaboración vinculada a la subjetivación y definición personal, como así también a la aceptación de un cuerpo que se ha transformado y a un nuevo modo de estar con otros y manifestar la afectividad. Por ello no es posible pensar en edades para delimitarla de modo tajante, ya que su extensión varía en función de los tiempos de cada sujeto para afrontar esta tarea vital.

En consonancia con autores como Moral Jiménez (1997), Funes Artiaga (2003) y Fize (2007) hablaremos entonces, de múltiples adolescencias y juventudes.

En las últimas décadas, en la mayor parte del mundo occidental hubo una tendencia a ampliar la participación comunitaria de los y las adolescentes, reconociéndolos como sujetos de derechos y convocándolos a potenciar el sentimiento de pertenencia (Balardini, 2000)

Anteriormente, las representaciones asociadas a la adolescencia tenían una connotación ampliamente negativa, vinculando a los jóvenes con conductas erráticas, descontrol, problemas, consumo, delincuencia, ejercicio sexual precoz, entre otros aspectos.

Como sociedades, a partir de este enfoque hemos comenzado a dejar atrás el énfasis estigmatizante que conducía a la consideración de la adolescencia como problema social, para presentar a los y las adolescentes como actores estratégicos, y a la juventud como un sector social flexible y abierto a los cambios, capaces de asumir un papel protagónico en su presente, construir democrática y participativamente su calidad de vida y aportar al desarrollo colectivo (Fleixa, 2006). No obstante, para que todo ello sea posible, no sólo se precisa de la participación de las adolescencias, sino también de referentes adultos que habiliten las mismas.

Un aspecto central de las adolescencias hoy es el rol de la tecnología en los modos de ser, hacer, sentir y expresarse, ya presente en todo su desarrollo, ofreciendo accesibilidad permanente

[A] *Lic. en Psicología. Cent 35 -Ministerio de Educación TDF AIAS, Dirección de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Río Grande. Río Grande, Tierra del Fuego, Argentina. antonella.rossi88@gmail.com*
[B] *Lic. en Psicología. Dirección de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Río Grande. Río Grande, Tierra del Fuego, Argentina. mpaula.gigliotti@gmail.com*

a la información y la comunicación (Tapscott, 1998; Feixa, 2006) La globalización que alcanza a los medios masivos de comunicación, ofrece una virtualización del tiempo que permite vivir en un continuo de microrrelatos y microculturas. Maffesoli (2000) hablará del nomadismo actual, para presentar la errancia del destino incierto al poder migrar por diversos ecosistemas materiales y sociales permanentemente y a voluntad.

Balaguer (2010 – En: Fandiño Parra, 2011) marcará que el zapping, la navegación y la exploración, constituyen formas de estar en el mundo en la actualidad, donde es posible generar pausas y cortes en el tiempo, al igual que fragmentar las imágenes, los diálogos y las ideas, creando una "realidad" en la que no hay comienzos, desarrollos y finales claramente delineados, sino más bien un tipo diferente de continuidad de relatos y sucesos que suele desconcertar y aturdir.

El proceso adolescente transcurre entonces, tanto en un plano de realidad material como de virtualidad, donde las coordenadas ordenadoras de tiempo-espacio son completamente diferentes. La complejidad de estas circunstancias multiplica las oportunidades para los y las adolescentes, como también los desafíos y en ocasiones la situación de vulnerabilidad.

Frente a la difícil tarea de atravesar las crisis vitales, encaminar las búsquedas personales, asimilar, revisar, replantear los sentidos sociales, culturales e históricos, en este contexto donde el tiempo, los vínculos y las referencias – pilares de la identidad- se están reinventando, muchas veces el cuerpo expone aquello que los y las adolescentes no logran simbolizar.

Las autoagresiones

El cuerpo ocupa un lugar importante en torno al proceso adolescente. Protagoniza los cambios de la pubertad, enlazándose como referencia frente a otras transformaciones en torno a la identidad, la imagen corporal, la afectividad, las relaciones con otras personas, el modo de experimentar placer y de tomar decisiones para la diferenciación personal. La imagen de los y las adolescentes retrata esa búsqueda única – que a veces logra compartirse por identificación con un grupo al que pertenecer- en sus colores, su vestimenta, el uso o no de tatuajes, piercing, etc.

Entre las manifestaciones en el cuerpo que los y las adolescentes presentan en la clínica psicológica, una muy recurrente en los últimos años ha sido la aparición de distintas formas de autolesiones.

Las autoagresiones - o conductas autolesivas- son actos deliberados donde una persona se produce daño a sí misma, afectando tejidos corporales, frecuentemente a partir de cortes o quemaduras (Aguero y cols., 2018) Cabe aclarar que no tienen una finalidad suicida, ni constituyen un trastorno psicopatológico en sí mismas, no obstante pueden presentarse en diversos cuadros clínicos (Villaroel y cols., 2013). En este sentido, una investigación de Farber y cols. realizada en 2007, concluyó que el 50% de las manifestaciones autolesivas están vinculadas a un trastorno mental, lo que pone de relieve su valor clínico hasta descartar otros riesgos o considerarlas en el marco de un abordaje terapéutico.

Su incidencia ha aumentado en los últimos años, constituyendo un importante problema de salud pública, sobre todo en mujeres y durante el proceso adolescente, donde se observa mayor prevalencia (Cornellà i Canals, 2009; Villaroel y cols., 2013; Arce Pamo, 2015; Zaragozano, 2017; Aguero y cols., 2018).

Aunque lo más extendido en la consulta clínica es la presencia de cortes en la piel ("self-cutting"), sus modalidades son variables, incluyendo además: quemaduras, golpes, arrancarse mechones de pelo, punciones, arañazos, entre otros (Zaragozano, 2017).

Pueden generar daños leves, moderados e incluso severos, presentándose como comportamientos estereotipados, compulsivos y en otras ocasiones, impulsivos (Simeon y Favazza, 1995). Habitualmente en los adolescentes con autoagresiones reiteradas, coexisten episodios de impulsividad y conductas planeadas o anticipatorias, incluyendo el *aprovisionamiento* de objetos cortantes, el *camuflaje* de heridas, el *cuidado de las heridas* (higiene y curaciones*)*, y la *evaluación del riesgo al* autolesionarse (Aguero y cols, 2018)

Mitos sobre las autoagresiones en adolescentes

Existen una serie de mitos o creencias erróneas, que se escuchan reiteradamente en las consultas clínicas y recuperamos a partir de la propia experiencia profesional, sobre todo por parte de las familias que acompañan a los y las adolescentes al espacio psicoterapéutico. Entre ellos destacamos:

- *"Son intentos de suicidio"*

Al implicar las autoagresiones modos de hacerse daño a sí mismos, muchas personas consideran que son intentos de suicidio o que son el paso previo y necesario para esto ocurra. Tanto en los abordajes clínicos como en las investigaciones sobre el tema, se destaca que las prácticas autolesivas no implican intencionalidad suicida y si bien el daño producido por las mismas es variable, en la mayoría de las oportunidades los y las adolescentes expresan incluso haber considerado evitar lesionar zonas o estructuras vitales (Aguero y cols, 2018)

- "Todos los adolescentes lo hacen"

Si bien el fenómeno de las autolesiones es más prevalente en adolescentes, en ningún caso es una expresión esperable propia del tránsito por la adolescencia en sí. Por lo tanto, NO todos los y las adolescentes lo hacen. Por el contrario, lo que sabemos es que la mayoría no lleva a cabo esta práctica. No obstante, este momento de la vida puede operar como un período de mayor vulnerabilidad subjetiva para que se desencadene la autolesión. Si bien se presentan aproximadamente en un 4% de la población general, en esta etapa se estima que alcanzan de un 13-29% según diferentes estudios (Villaroel y cols., 2013; Zaragozano, 2017; De Maio y cols., 2019)

- "Solo quiere llamar la atención"

Las autoagresiones en la adolescencia no pueden reducirse a un capricho personal, al aburrimiento, o a un modo de convocar a otra persona. Sus motivaciones, no siempre consientes ni simples de discernir para los y las adolescentes, pueden estar vinculados a diferentes procesos subjetivos que resumiremos a continuación.

Retomando nuestra experiencia clínica en diálogo con una revisión del material bibliográfico, podemos resumir entre los procesos subjetivos vinculados a las autoagresiones, los siguientes:

1. *Como manifestación de sufrimiento*: asociado a la imposibilidad de expresar un padecimiento por medios simbólicos. El dolor emocional se comunica de modo no verbal, visualmente a través de marcas en el cuerpo (Zaragozano, 2017).

2. *Como modo de auto-regulación emocional*: cuando un estado emocional negativo e intenso, como tristeza, enojo, soledad, desesperanza, supera las capacidades de afrontamiento de un sujeto, la autoagresión operaría como "vía de escape", permitiendo pausar provisoriamente el sufrimiento psíquico y ofreciendo sensaciones transitorias de bienestar y alivio (Klonsky, 2007; Zaragozano, 2017; Aguero y cols., 2018). Se asocia a la sensación de recuperar el control (Zaragozano, 2017; Le Breton, 2019) y la posibilidad de gestionar una situación emocional. Esta modalidad se destaca en los jóvenes que atraviesan estados de vulnerabilidad que viven como amenazantes.

3. *Como modo de pertenencia a un grupo de pares en oposición al mundo adulto*: las autoagresiones ocurren en estos casos mayormente en contextos grupales, como ritos de iniciación o identificación con pares, facilitando procesos identificatorios vinculadas a la construcción de la identidad y autonomía (Aguero, 2018) En la mayoría de las ocasiones éstas son marcas más superficiales, que no ocurren fuera de la situación grupal y no se extienden como práctica regular en el tiempo.

4. *Como marca en la diferenciación subjetiva*: frente a la crisis identitaria, las heridas en el cuerpo en estas ocasiones operan como signo de identidad, un modo de incluirse en el mundo en la búsqueda de sentido a la existencia (Le Breton, 2019)

Cabe señalar que estos procesos no son excluyentes entre sí, presentándose asociaciones posibles entre ellos en un mismo sujeto en el marco de un abordaje clínico. Los primeros apartados se centran en la comunicación y autoregulación emocional, mientras que los últimos, en la función

de la marca en relación a la propia persona o a los demás, operando en diferentes niveles psicodinámicos.

El rol del contexto

El rol del referente adulto y de vínculos con otros significativos afectivamente parece estar asociado a la aparición de autoagresiones en la adolescencia. Las condiciones que ofrece el grupo familiar al adolescente para su desarrollo y vínculos son de vital importancia respecto a las estrategias que desarrolla para lidiar con las situaciones que se le presentan (Sujoy, 2009)

En un contexto social caracterizado por vínculos frágiles y transitorios, donde son recurrentes las sensaciones de invisibilidad entre adolescentes, la búsqueda de un otro significativo en quien confiar por fuera del hogar, se torna aún más compleja.

Sobre todo en aquellos casos en que la autolesión se presenta con mayor severidad, el rol del contexto debe ser un eje de intervención necesario para el proceso terapéutico.

En este sentido, Ferradás (2013) advierte que muchos de los casos diagnosticados como psicopatología adolescente tienen su origen en reacciones y estrategias de supervivencia de niños y niñas frente a un entorno parental de maltrato, desamparo y vulnerabilidad. Figuras parentales vividas como amenazantes, intrusivas o descalificadoras, implican para el adolescente un entorno carente de un otro fiable, donde Doctors (2007) propone a la auto-lesión como modo de regular un estado subjetivo en una persona que ha aprendido a no esperar una facilitación considerada de los demás.

Por otra parte, merece una mención la recurrencia de adolescentes con autolesiones, que atravesaron situaciones de abuso sexual en la infancia o en la adolescencia misma. Doctors (2007) advierte que el abuso sexual infantil es la forma más extrema de violencia emocional, enfatizando en aquellos casos en que éste se produce intrafamiliarmente, generando experiencias donde el sujeto crea la expectativa de que el dolor emocional debe ser tramitado en soledad, siendo uno de los factores de riesgo que contribuyen al establecimiento de una vulnerabilidad a la auto-lesión. La dificultad de elaborar la intrusión de una sexualidad adulta, como así también el frecuente "pacto de silencio" que obliga a las víctimas a callar, precipita la búsqueda de otras estrategias para intentar procesar lo que ocurre. En ocasiones la culpabilidad de la situación recae sobre quien sufre los abusos, sometiéndose a prácticas de autocastigo como las autoagresiones.

Finalmente, cabe señalarse que las investigaciones existentes y recuperadas sobre el rol del contexto y en particular, las vivencias de violencias y abusos sexuales siguen siendo escasas y muchas veces circunscriptas a espacios clínicos, limitando la profundización sobre el conocimiento integral del fenómeno.

Conclusiones

Las autolesiones en la adolescencia son un problema de salud pública que atraviesa la clínica psicológica e interpela la función del adulto en el contexto actual en sus posibilidades de alojar y acompañar este proceso de crecimiento y desarrollo; como así también de construir una comunidad más saludable, empática e inclusiva en conjunto con las juventudes.

En tanto manifestación de un padecimiento que no logra simbolizarse de otra manera, la autolesión debe ser leída en función de su rol en la subjetivación y dentro de

cada proceso psicodinámico en particular. No implica la misma severidad y compromiso clínico y psicosocial, la aparición de autolesiones circunscriptas sólo a espacios grupales que aquellas que se instalan en la subjetividad estableciendo un signo de diferenciación personal en un momento de crisis identitaria, o aquellas que se presentan asociadas a la culpa o la necesidad de autocastigo.

El conocimiento de sus modalidades, características, el rol del contexto en su aparición y en su continuidad en el tiempo, así como de las creencias erróneas en torno al tema, posibilita pensar abordajes psicoterapéuticos que alojen, que retomen los vínculos significativos y los referentes de cada adolescente en dicho proceso.

En un contexto social de pandemia donde se ha multiplicado el uso de nuevas tecnologías,

cabe la pregunta por el rol de la virtualidad y las características de los vínculos que este espacio promueve entre adolescentes. ¿Son éstos considerados como vínculos frágiles, superficiales y transitorios por los propios adolescentes? ¿Podrían impactar en la práctica de autolesiones? ¿O bien podrían, al contrario, constituirse como factores protectores en el marco del aislamiento? Consideramos fundamental que la experiencia clínica permita despuntar nuevos interrogantes para el diseño de propuestas de investigación sobre este fenómeno en diálogo permanente con las circunstancias históricas, sociales y culturales.

En el mismo sentido, ante la frecuencia de reportes clínicos donde la autolesión se asocia a otras problemáticas psicosociales de mayor complejidad como situaciones de violencias, abuso sexual, negligencia y/o abandono en el desarrollo infantil/adolescente, subrayamos la importancia de promover instancias de investigación a partir de espacios comunitarios, que permitan profundizar el estudio del tema y habilitar nuevas preguntas en torno al mismo, entendiendo que la investigación que se limita al espacio clínico no logra exponer la dimensión real del fenómeno.

Un mayor conocimiento de la temática permitirá el rediseño de instancias de prevención y promoción de la salud, además de construir información valiosa para acompañar el proceso adolescente desde ámbitos clínicos, educativos y comunitarios.

Fuentes

1. Agüero, G.; Medina, V.; Obradovich, G. y Bernera, E. (2018) Comportamientos autolesivos en adolescentes. Estudio cualitativo sobre características, significados y contextos. Arch. Argent. Ped.,116, 6, 394-401.
2. Balardini, S. comp. (2000) La participación social y política de los jóvenes en el horizonte del nuevo siglo, Clacso, Buenos Aires.
3. Blos, P. (1989) Psicoanálisis de la Adolescencia, México: Joaquín Mortiz.
4. Braconnier, A. (2010) La adolescencia hoy: ¿el fin del desarrollo?. Cuad. de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente, Núm. 49, Págs. 39-47
5. De Maio, A. y cols. (2019) Autoagresiones en adolescentes atendidos en un hospital de alta complejidad.Rev. Med. Infantil, XXVI, 262 – 266.
6. Doctors, S. (2007) Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia. Aperturas Psicoanalíticas 27. En: http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=60
7. Erikson, E. (2000) El ciclo vital completado, 2a. ed. Paidós, Barcelona.
8. Fandiño Parra, Y. J. (2011) Los jóvenes hoy: enfoques, problemáticas y retos. Rev. Iberoam. Educ. Sup., 2, 4, 150-163.
9. Farber K, Jackson C, Tabin K, Bachar E. (2007) Death and annihilation anxieties in anorexia nervosa, bulimia, and self-mutilation. Psychoanal Psychology 24, 289-305-366.
10. Feixa, C. (2006) Generación XX. Teorías sobre la juventud en la era contemporánea. Rev. latinoam. Cs. Soc., niñez y juventud, 4, 2, Manizales
11. Ferradás, E. (2013) Adolescencia, hoy. Ed. AEAPG. Bs.As.
12. Fize, M. 2007, Los adolescentes, México: Fondo de Cultura Económica.
13. Funes Artiaga, J. (2003) ¿Cómo trabajar con adolescentes sin empezar por considerarlos un problema? Papeles del Psicólogo, vol. 23, núm. 84, enero-abril, 2003, pp. 1-8, Madrid.
14. Intebi, I. (2013) Abuso sexual infantil. En las mejores familias. Granica, Buenos Aires.
15. Klonsky ED (2007) Non-Suicidal Self-Injury: An Introduction. J Clin Psychology, 63, 1039-1043.
16. Klonsky y Moyer (2008) Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. The British Journal of Psychiatry . 192, 166–170.
17. Krauskopf, D. (2003) Participación social y desarrollo en la adolescencia. 3a. ed. San José: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
18. Le Breton, D. (2019) La piel y la marca. Acerca de las autolesiones. Rev. Topia. Disponible en: https://www.topia.com.ar/articulos/piel-y-marca-acerca-autolesiones
19. Levinsky, D (2000) Adolescencia, reflexiones psicoanalíticas. Lumen, Buenos Aires.
20. Maffesoli, M. (2000) Nomadismo Juvenil. Nómadas (Col), Núm. 13, octubre. 151-159. Universidad Central Bogotá, Colombia.
21. Moral Jiménez, M. V. y Ovejero Bernal, A. (2004) Jóvenes, globalización y postmodernidad: crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. Rev. Papeles del Psicólogo, Vol. 25, Núm. 87, 72-79
22. Sujoy, A (2009) Los cuerpos marcados. En: Marcas en el cuerpo de niños y Adolescentes. Janin y Kahansky. Noveduc. 107-117
23. Tapsccot, D. (1998) Creciendo en un entorno digital. Madrid, Mc Graw-Hill. Cornellà i Canals, J (2009) Patologías psiquiátricas prevalentes en la adolescencia. Pediatr Integral, XIII, 3, 241-251.
24. Ulloa Flores, R.; Contreras Hernández, C.; Paniagua Navarrete, K. y Figueroa, G. (2013) Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. Rev. Salud Mental, 36, 417-420.
25. Vallejo Samudio, A. y Granados Corrales, B. (2017) Autoagresión y autoconcepto en adolescentes violentadas sexualmente: Una mirada descriptiva. Psicopsp., 16, 1, 80- 90.
26. Villarroel, J. y cols. (2013) Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Rev. chil. neuro-psiquiatría. v51, 1. Santiago.
27. Zaragozano, J. (2017) Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. Univ. de Zaragoza, Bol. Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47, 37-45.

LO SOCIAL, LO INSTITUCIONAL Y LA ADOLESCENCIA

Sofia Meligeni [A]

Introduccion

En el presente escrito es mi intención compartir con ustedes algunos interrogantes suscitados durante mi rotación por el dispositivo de Internación de un Hospital de Niños situado en la República Argentina. Mi pasaje por esta experiencia hospitalaria estuvo signada por dos trágicos acontecimientos que sin duda han atravesado profundamente mi lectura clinica de experiencia: el contexto actual de pandemia y el suicidio, en pleno suelo hospitalario, de una adolescente en seguimiento por el equipo de internación del que en aquel momento formaba parte.

Me resulta ineludible preguntarme por el vínculo posible entre estos dos eventos; reparar en las consecuencias que el estado de emergencia sanitaria implicó para el sistema de salud me parece, ahora, una tarea obligada. Qué efectos produjo la suspensión y posterior reestructuración de los espacios formales de intercambio entre profesionales? Es posible pensar que el desmantelamiento de todos los dispositivos grupales de contingencia frente al trabajo con adolescentes graves no afecte la calidad/efectividad de la asistencia?

En el presente trabajo me centraré en la dimensión del vínculo entre pares en la adolescencia como una variable imprescindible a tener en cuenta en esta clínica ya que los intercambios entre semejantes constituyen una base de sostén y apuntalamiento para los procesos psíquicos implicados durante este momento. Será en el terreno intersubjetivo donde los adolescentes situarán -o no- la contienda desde la cual dar batalla a la crisis emergente aunque, entiendo, la cuestión se debatirá, luego, entre una fina línea entre la autonomía y la desprotección. En este sentido, intentaré abordar también las coordenadas del marco institucional hospitalario, sus alcances y su estado de afectación por el contexto de pandemia que amenaza justo en el corazón de su mayor potencia: el trabajo con otros.

Los días previos

Los protocolos de distanciamiento, impuestos por el contexto de pandemia, erradicaron todos los dispositivos de asistencia grupal que durante años quienes trabajan en este hospital han desarrollado para propiciar la transición adolescente ofertando espacios de intercambio con pares en un encuadre cuidado y terapéutico.

Los talleres, la sala de juegos, las asambleas de pacientes, todo se encontraba en suspenso, dejando a los profesionales librados al trabajo con pacientes graves sin recursos de apoyo que contemplaran la trascendental dimensión social adolescente.

Recuerdo que la semana previa al suicidio se respiraba un clima de urgencia al interior del equipo de Internación. El dispositivo se encontraba ampliamente superado en su capacidad máxima de asistencia. La sala saturada de adolescentes que se revelaban incontrolables al manejo de los pediatras, quienes se confesaban atónitos frente a las manifestaciones mortíferas que se sucedían en paralelo entre nuestros pacientes.

Vuelve a mi mente el imperioso pedido de una de las médica de la sala, durante el último pase antes de un nuevo fin de semana largo, solicitando con desespero que suspendamos la admisión de pacientes "tengo la sala llena de adolescentes, por favor. Ya no sé qué hacer para separarlos" suplicaba.

Es que las agrupaciones entre los jóvenes concluían en escenas de desborde, autolesiones y pedidos desesperados hacia el equipo de guardia (tanto de los médicos de la sala como de los propios pacientes). La preocupación crecía dentro del equipo de profesionales que aquí trabajamos, despertando un sentido de alerta que tardaba en encontrar respuesta.

[A] Psicóloga. Hospital J.M Ramos Mejia. CABA. Argentina. sofi_meligeni@hotmail.com

Lo cierto es que las manifestaciones individuales de padecimiento se intensificaban luego de los encuentros entre pacientes, poniendo en riesgo la integridad y la vida de estos adolescentes que agrupados en un pequeño grupo de seis no lograban encontrar un sostén que tornara más soportable el sufrimiento. Más bien diría que habiendo encontrado, por fin, un espacio de pertenencia sólo podían absorber del mismo el carácter desolador y tanático de aquello que los vinculaba.

Resultaba estremecedor escuchar que los relatos, las descripciones de mundo interno, las ideas autolesivas y los cortes autoinflingidos, todo, se presentaba intercambiable, móvil, y con esa fuerza de determinación que acarrea lo lábil o inconsistente. Algo de lo impredecible, de lo ilegible, de lo incontrolable sobrevolaba.

Este panorama no tardó en ser percibido por los profesionales de planta del servicio de salud mental, quienes comenzaban a apresurarse por restituir los espacios de asamblea de pacientes, ubicando el carácter regulador de estos encuentros al permitir traer al circuito terapéutico aquello que discurría a ciegas por los pasillos externos.

Es recién en esta instancia de mi rotación que comienzo a preguntarme por la dimensión del lazo social en la adolescencia, advirtiendo ao vivo su clara potencia. Las herramientas clínicas desarrolladas en mi experiencia con adultos se verificaban insuficientes al evaporarse en el intervalo de las sesiones con mis pacientes, entretiempo que transcurría en camarada para este grupo de adolescentes.

Componentes discordantes con el discurso previo, indiscutiblemente tomados de otros, emergían en sus relatos y se mostraban impermeables a ser interrogados, conmovidos, abandonados. ¿Qué pasaba en el interludio de los encuentros?¿Qué estatuto darle a estos componentes?¿Por qué en tan poco tiempo adquirían tanta potencia?

Adolecer de soledad

En palabras de Juan Mitre, la adolescencia se define como aquel momento subjetivo donde lo real de la pubertad (el despertar pulsional) conmociona los semblantes en los que se sostenía el sujeto, donde lo viejo se pone a prueba y donde - en el mejor de los casos - algo resiste. Pero también se necesita algo nuevo (2014).

La conmoción se origina cuando las modificaciones del cuerpo producen una fractura en el cuerpo infantil, lo que deriva en la emergencia de un sentimiento de extrañeza imposible de traducir en palabras. Se trata del encuentro con un punto de agujero en la significación. Por lo tanto, suele ser un momento de profunda desorientación en el cual se desestabiliza el sentido en el que el niño se venía sosteniendo.

El procesamiento inicia con el agotamiento de los suministros acumulados a lo largo de la infancia. Esta prescripción de recursos y operatorias impulsa la renovación de los montajes narcisistas, en un intento de adecuación a una nueva ecuación de demandas internas y externas. (Cao, Marcelo Luis 2021).

La avidez incorporativa que despierta este vaciamiento acuñó, en la obra de Missenard, la elocuente expresión de *urgencia identificatoria* para definir el estado que el psiquismo adolescente presenta en su normal anormalidad. La porosidad identificatoria que se desprende de este estado de crisis impactará en el territorio de los vínculos precipitando las más fugaces identificaciones con las que éstos se conducirán en su larga marcha hacia el desprendimiento simbólico de la familia de origen. Esta urgencia por nuevas identificaciones es la que promoverá su vertiginoso tránsito por los bordes, con opción al deslizamiento a sus respectivos desbordes. Se trata para todo adolescente de encontrar nuevos semblantes que le permitan orientarse; razón por la cual el lugar del semejante se constituirá como esencial entendiendo que no es sin los otros, sin el rodeo por ciertos otros, que algo de la transformación subjetiva puede advenir.

Será, entonces, en el espacio compartido de cooperación y aprendizaje -si este existe para el adolescente- donde se podrán crear, ensayar e intercambiar los nuevos semblantes con los que protagonizar cada uno su papel en la comedia de los sexos supliendo ese desconocimiento radical desde el cual se debe partir. (Córdova, Carlos, 2012). Mucho se habla de la adolescencia como un

tiempo de reviviscencias, revisiones y resignificaciones, pero me gustaría centrarme en la potencia subjetivante de las producciones novedosas que pueden -o no- en el terreno de los vínculos entre pares articularse . Es cierto que hay mucho por revisitar, pero hay tanto más novedoso por habitar, construir y significar. Lo esperable es que se genere un embandamiento con el grupo de pares que permita la construcción de nuevos modelos amasados con otros auxiliares, con "el grupo" en tanto lo que consolida y unifica.

Siguiendo con estas teorizaciones, se podría hipotetizar que el aislamiento constituye uno de los riesgos psíquicos más severos en la adolescencia y que en los casos en los que nos encontremos con pacientes severamente comprometidos en el lazo social el tratamiento deberá asumir funciones concretas de apertura al mundo de los otros.

Me detengo en este punto porque los adolescentes que habitualmente atendemos en este hospital, y principalmente aquellos cursando una internación por riesgo para sí mismos, suelen portar múltiples experiencias que dan cuenta de un lazo social resquebrajado; ya sea por la situación social que deriva en marginación o dificultad para el cuidado en el ámbito de la familia, como por el atravesamiento de escenas de rechazo en el campo de los pares, incluso en una gran mayoría de pacientes encontramos largos historiales de acoso escolar. A este estado de aislamiento se le suma la propia situación de internación que ahora avanza sobre un territorio ya devastado erradicando los pocos espacios de pertenencia logrados. Y ni que hablar de la importancia de considerar el estado de situación actual, en el que los protocolos Covid han arrasado con los soportes institucionales que podrían ofertar amparo como ser la escuela, los clubes, los hospitales de día, etc.

Teniendo en mente, entonces, que se necesitará todo un rodeo por el campo de los otros a los fines de lograr un adecuado pasaje desde el desmantelamiento hacia el posterior recambio representacional, de ninguna manera se tratará de intentar controlar lo gregario adolescente insistiendo en "separarlos", sino de juntar esfuerzos entre profesionales para generar espacios de intercambio ricos en componentes subjetivantes. Habrá que tener presente que el adolescente quedará congelado en sus posibilidades si la apropiación de nuevos lugares donde ser y ejercer siguen vacantes a razón del aislamiento.

Al decir de Kaes, *la historia del sujeto es la historia de sus apuntalamientos*, y el tránsito por el hospital, a mi gusto, tiene el sentido de una apuesta a que un nuevo registro apuntalante pueda agregarse, virando el desenlace de la historia. Pero dependerá de que no sea el hospital lo que quede como huella, sino aquello que allí se encuentre.

Efecto de Lectura

Entiendo que aquello que comenzaba a surgir entre los pacientes era el inicio de un diálogo posible entre pares, endeble, primario, un intento de búsqueda de soporte y respuesta frente al vaciamiento/padecimiento. Se comenzaban a vislumbrar signos de que uno de los mecanismos de reorganización del narcisismo durante la adolescencia estaba en proceso: vincularse con otros construyendo una realidad imaginaria compartida, una ilusión grupal de fusión y completitud, de reencuentro con la unidad narcisista originaria perdida. (Nestor Córdova, 2014) Desde este marco de lectura, el empuje hacia el embandamiento entre pares respondería a una lógica saludable de funcionamiento adolescente.

No obstante, para que los vínculos que los adolescentes habían logrado construir estimularan una producción creativa en cuanto a la construcción de la subjetividad, era crucial que cierto reconocimiento de la alteridad del otro fuera posible.

A la inversa, lo que creo sucedió en este agrupamiento fue que no se pudo trascender la inicial ilusión de fusión y los vínculos se agotaron en la repetición porque cada uno de los pacientes vio en el otro sólo la proyección de sus propios contenidos.

La operación falló. Creo que nuestra parte de la operación falló, o mejor dicho, quedó a mitad de camino. Lo cierto es que, como resultado del proceso terapéutico, nuestros pacientes habían logrado dar el salto desde el aislamiento inicial hacia el armado de una escena social de la cual

recibir ayuda y soporte. Pero faltaba un marco regulatorio que permitiera trabajar sobre la diferenciación y la transcripción de lo aportado por los otros.

Pienso en lo ridiculo de una frase que rondaba en mi cabeza los últimos días antes de la tragedia "hay demasiadas interferencias entre los pacientes", no podía parar de repetirla ni de decirla en voz alta cada vez que conversaba con mis colegas sobre el terror que me generaba el campo fenoménico que se abría frente a mi cara.

Mi reacción intuitiva frente a la aparición del mecanismo propio de la adolescencia fue, ¿impedirlo?

Es que durante esos días sólo se respiraba urgencia, y no de la identificatoria propia de los adolescentes, una urgencia que era nuestra. En realidad, no "nuestra", era de cada uno de nosotros, por separado, eran múltiples urgencias desarticuladas.

Cada uno de los profesionales arbitrando medios para evitar la catástrofe, cambio de camas mediante, en medio de una lucha activa por el desfinanciamiento de la salud pública que implicaba *hacer falta* en los espacios de trabajo.

Claro me queda ahora que las "interferencias" no eran de los pacientes, sino de

los profesionales que atravesados también por una lógica sanitaria mortificante no podíamos garantizar una contención que brindara a estos adolescentes una sensación de continuidad más allá de la experiencia de ruptura. Es que a razón de los protocolos de distanciamiento impuestos por el Covid-19 se dificultaban los espacios de encuentro entre profesionales, los dispositivos grupales no funcionaban, las instituciones de soporte para la externación tampoco, y parte de la energía estaba depositada en luchar contra un estado que descuida a su personal en pleno frente de batalla. Los que estábamos funcionando como células aisladas éramos nosotros, y nuestra respuesta partió del miedo que la soledad (a nosotros también) nos genera.

Conclusión

Es la primera vez en la historia de este hospital de niños que un paciente se quita la vida en el mismísimo suelo que debía brindar amparo y cuidado. Y por supuesto que, sin importar la desmentida que exista sobre este tema, siempre existe la posibilidad de este trágico desenlace cuando se trabaja con pacientes extremadamente graves. Despues de todo, el suicidio es una de las causas de muerte más prevalentes durante la adolescencia.

No obstante, creo que cuando un evento de esta magnitud se produce por primera vez dentro de una lógica de funcionamiento operante desde hace décadas, es mínimamente necesario ensayar una relectura. Sin ánimos de encontrar relaciones de causalidad directa, y alejándome de miradas culpabilizantes, creo necesario realizar un análisis situacional de lo acontecido. Y, al pensar en lo situacional, me resulta imposible descentrar el foco de la situación de pandemia que nos atraviesa. Como sistema de salud, como profesionales, y como personas.

Luego del suicidio de nuestra paciente, sus compañeros de internación develaron que entre ellos circulaba un "secreto". Refirieron no estar del todo sorprendidos por lo acontecido, e incluso una de ellas expresó que le pareció llamativo que hubiera decidido quitarse la vida el mismo día que la protagonista de aquella película que unos días antes les había recomendado (y que había suscitado algunos llamados de guardia por la angustia que generó en los otros pacientes). De todo esto que sucedía, no habíamos tenido noticias hasta este momento. Recuerdo que una de las pacientes al enterarse del fallecimiento arremetió contra nosotros de esta manera: "Ahora vienen todos los días del fin de semana, pero, ¿dónde estaban cuando los necesitábamos?

¿Dónde estábamos? Esa pregunta resuena en mi cabeza. Estaba claro dónde estaban ellos, agrupándose en una búsqueda salvaje por encontrar sostén y acceso a los logros intersubjetivos que pudieran cimentar la subjetividad en proceso. En cuanto a nosotros, estábamos algo desorientados luego de haber perdido los soportes institucionales que antes permitían acceder a las operatorias grupales que se generan entre los adolescentes. Creo que el círculo se cerró sobre sí mismo al no mediar la posibilidad de que lo grupal, lo institucional y lo social estén comprometidos en la solución de la crisis adolescente. Un indicio de esta deducción se representa en en las frases

que quedaron como remanentes "va a haber otro suicidio", "se nos va a volver a tirar una paciente" cada vez que los profesionales nos sentimos desbordados, nosotros, por percibirnos solos frente a la atención de una urgencia que sólo puede abordarse en red.

Bibliografía

Aberastury, A. (1971). La adolescencia normal. Buenos Aires, Argentina, Paidós.
Berardi, FB. (2020) STOP! COVID-19: ¿volver a la normalidad? Buenos Aires,
Argentina, Ediciones El psicoanalítico.
Cao, M. Luis (1999): "El trabajo de la intersubjetividad en psicoanálisis con adolescentes". Revista de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. Tomo XXII, Nº1. Buenos Aires, 1999.
Cao, M. Luis. (2009). La condición adolescente. Buenos Aires: Edición argentina Wainstein, S. y Millán, E. (2000). Adolescencia, una lectura psicoanalítica. Buenos Aires: El megáfono.
Cao, M. Luis. (2013). Bordes y desbordes adolescentes. I coloquio Internacional sobre culturas adolescentes, subjetividad, contextos y debates actuales. Teatro SHA, Buenos Aires, Argentina.
Córdova, Néstor (2019) Figuras de la Grupalidad Adolescente. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/056_adolescencia2/material/fichas/figuras_grupalidad.pdf
Duschatzky, S. y Corea, C. (2020). Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones
Grassi, Adrián y Córdova, Nestor (2010) Entre niños, adolescentes y funciones
parentales. Psicoanalisis e Interdisciplina. Buenos Aires, Argentina, Editorial
Entreideas
KAES, RENE (1979): Crisis, ruptura y superación. Cinco. Bs. As., 1979.
KAES, RENE (1993): El grupo y el sujeto del grupo. Amorrortu. Buenos Aires, 1995.
Missenard, Andre (1971): "Identificación y proceso grupal". El trabajo psicoanalítico en los pequeños grupos. Siglo XXI. México, 1972.
Mitre, Juan (2014) La adolescencia: esa edad decisiva. Una perspectiva clínica
desde el psicoanálisis lacaniano. Buenos Aires, Argentina. Grama Ediciones.

LA FUNCIÓN SUBJETIVANTE DE LA LITERATURA INFANTIL EN LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA

Elva Beatriz Sendra [A], Graciela Aurora Leguizamón [B]

"Para algunos, leer es simplemente comprender lo que está escrito.
Pero también leer es el placer de sumergirse en un mundo ficcional, el permiso para apartarse de la cotidianidad, la invitación a imaginar, la ocasión de recordar, la incitación a fantasear, el detonante para cuestionar, el motivo para asombrarse, el riesgo de comenzar a dudar, el espejo para reconocerse, el peligro de darse cuenta, la magia de descubrir, el acontecimiento para extrañarse".
Gustavo Cantú

El presente escrito tiene la intención de rescatar el valor de la literatura infantil en la práctica clínica psicoanalítica, sin dejar de puntuar que dicha producción literaria se enmarca en concepciones que se tienen y se han tenido sobre la infancia.

También cabe destacar que, desde diferentes campos disciplinares, se la aborda como una alteridad e incluso, a través de los tiempos, con preconceptos o prejuicios. Generalmente, se la considera por los efectos que la infancia provoca en los ámbitos de la salud (desde el campo de la medicina, la fonoaudiología y la psicología entre otros saberes que se ocupan de la infancia), de

[A] Docente - investigadora. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, Capital. Argentina. ebsendra@hotmail.com
[B] Docente - investigadora. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, Capital. grlegui62@gmail.com

la educación, del arte y de lo social. Estos ámbitos adoptan diferentes parámetros, sobre todo los que norman a la infancia y que obedecen a la ideología o concepción que se tiene sobre las niñas y los niños tendientes a lograr la adaptación de las/os mismas/os al medio ambiente que las/os rodea.

En este sentido, la lectura de "El corral de la Infancia" (Montes, 1990) nos permite incursionar sobre la tendencia que ha habido en diferentes épocas, a tomar la infancia desde perspectivas y prácticas de control. La práctica de poner en "corral" a la infancia se ha hecho en todos los tiempos, con el fin de dominar a la misma mediante la pedagogía del control, de corte represivo. La autora también hace alusión a nuestra historia, a la etapa más oscura y terrorífica de la última dictadura en Argentina. Actualmente, el auge de ese control se alcanza desde las neurociencias a través de la medicalización de las niñas y los niños con el objeto de que se ajusten a no sé qué ideal de niñez. (Jerusalinsky. 2013).

Otro modo de negar la existencia de las infancias, plurales y diversas, se hace a través de la tipificación que los manuales de categorización de patologías realizan, donde la subjetividad queda reducida a siglas y números.

Entendemos a la infancia como un albor irreductible y desconocido al que se le atribuyen velos angelicales, cuando no, demoníacos, aspecto este último que ha sido muy explotado por el género de terror en la industria cinematográfica. Consideramos que se le superponen velos, justamente, por la pretensión de saber sobre aquello que se presenta como enigma (Larrosa. 2000) y por no poder soportar no saber. Ante el horror que provoca no saber, se ha intentado encorsetar a la infancia porque ese otro, como alteridad, tan diferente y no, al adulto provoca incertidumbres, eso la torna insoportable y se apela a especulaciones atinentes a controlar eso que no puede saberse.

Dentro de la literatura infantil, parten de categorías binarias para pensar el control y lo hacen desde la defensa del realismo versus la fantasía. Junto a estas proposiciones, existen otros posicionamientos que toman como categoría el saber desde la vertiente de la comprensión del texto sobre una actitud reflexiva e imaginativa, haciendo una clara alusión a las posiciones que puede adoptar un/a lector/a. (Bereciartua – 2015).

Respecto de la posición realista en contraposición a la fantasía, consideramos que sus argumentaciones contienen una falla basal porque esa pretendida realidad es construida por cada ser humano y no existe el pretendido realismo, al contrario, los que sostienen esta categoría lo hacen desde un ideal de realidad a la que los seres humanos no accedemos, ni aún consolidándose una sociedad sobre gobiernos totalitarios que tienda a concebir un pensamiento único, uniforme. Esta pretensión de realismo se constituye como un imposible porque la literatura ha demostrado a la humanidad su dimensión libertadora.

También desde el psicoanálisis afirmamos que el pretendido realismo es una ilusión ya que sabemos que la realidad es fantasmática y como tal está mediatizada por el deseo y el campo pulsional irreductible.

Reflexionar sobre la literatura infantil representa un recorrido interesante, teniendo en cuenta a los autores que han estudiado y teorizado sobre el tema, quienes logran cernir algunas definiciones que orientan a pensar la literatura como un medio idóneo para transmitir saberes y que, además, tienen el poder de producir subjetivaciones. No sabemos si es correcto el verbo "producir" o si es correcta la afirmación, mejor podríamos decir que la literatura azuzando la imaginación, la fantasía, le da lugar a un sujeto, para que emerja y salga a la caza de significantes que lo representen.

En el ámbito de la clínica con niños y niñas la literatura infantil en sus diversas formas: cuentos, fábulas, historias, paradojas y moralejas interesan sobremanera a la mayoría de la población infantil, no a todos desgraciadamente. Hay niños que no pueden refugiarse en esos mundos fantásticos por carecer de una investidura lenguajera suficiente, quedando desnudos, simbólicamente, a expensas de sus impulsiones.

En cambio, cuando en el campo de la clínica, podemos utilizar este recurso, literario, implica

una apuesta, porque jugando con los relatos desconocemos los efectos que provocaran en nuestros pequeñas/os analizantes, que se destacan por la agudeza de sus lecturas que, además, les ayuda a revelar y anudar los conflictos, complejos, temores y deseos que tienen tomada su subjetividad, que los mantiene en el mutismo y que sabemos son la condición productora de sufrimientos.

Así la literatura infantil sirve de pre-texto para brindar el colchón simbólico- imaginario donde anclar estas vivencias que en estado mudo se dejan ver. Es importante rescatar este aspecto, que es de suma importancia, en la clínica psicoanalítica con niños porque abre el juego para que la dimensión pulsional se ponga a jugar, valga la redundancia, y permita que se inscriba simbólicamente un significante para que advenga un sujeto.

Esa mudez muestra la cara del objeto a que Lacan denominó: voz. Esta se caracteriza por su mudez, que pide entrar en el circuito Simbólico – Imaginario para que entre a jugar el sujeto de deseo entre el significante y la imagen, para que pueda tomar forma de palabra y mediante el habla se transforme en un decir. Esto implica una transformación subjetiva por cuanto la apropiación de significantes salvan la dignidad de sujeto de un hablante ser, al decir de Roberto Harari (2007). En este punto es muy valioso el aporte de un nuevo género literario llamado el libro álbum, trabajado por Gloria Bereciartua (2015).

Desde otro punto de vista la literatura se ha caracterizado por brindar significantes que brinden expresión y amparo al estado de *hilflosigkeit*, desamparo primordial, que caracteriza a los seres humanos como la especie más indefensa que habita el mundo. No solo esta indefenso ante el mundo que lo rodea sino también ante el mundo pulsional y de los deseos que lo habitan. Se debaten entre deseos incestuosos de carácter eroto - agresivos. Domeñar esos deseos no es tarea fácil y es por el proceso de simbolización que puede tener un efecto pacificante, por la entrada del significante. Esta doble faz de las pulsiones hace que el niño se debata entre la pulsión de vida y de muerte. Estas pulsiones dan vida a representaciones de seres monstruosos o angelicales de sí mismo. Es muy importante que se mezclen estas pulsiones, porque esa mezcla permite el avance de la vida.

Sobre los efectos de la lectura en nuestros pequeños - grandes lectores, nos percatamos que, algunos cuentos dan vida a esos seres defectuosos que nunca llegan a ser del todo malos o del todo buenos, aunque algunos otros cuentos, sí animan a seres despiadados, entonces el/la pequeño/a lector/a pronto descubre que el rencor y la falta de amor, si bien es importante reconocerlos como propios, son letales para el alma y advierte que darles curso o encaminarlos por el deseo, el color y el amor permite el avance en la vida. Otros relatos dan cuenta que, sin orden y organización no se llega a ningún lado, en fin, podríamos decir que también brindan enseñanzas. Generalmente los escritores transmiten que los protagonistas tienen una relación ambivalente con la figura de autoridad, se debaten conflictos en relación a la figura paterna, otra vez entre el amor y el odio, que prime una u otra moción no es sin consecuencias en la vida del niño/a. Esto nos conduce a pensar que, la relación que establecen algunos autores oponiendo el realismo a la fantasía es por lo menos cuestionable o inservible, por cuanto una escritura cualquiera escapa a la voluntad del escribiente porque su escrito es constituido por cada lector.

A modo de conclusión podemos afirmar que la literatura, en la clínica psicoanalítica, le brinda al hablante ser una vía idónea para dar cauce a los complejos y deseos de carácter incestuosos, es una acogida en el campo Simbólico-Imaginario. Nos animaríamos a afirmar que hace las veces de la función del padre Simbólico, esta función es la que comanda el significante del Nombre-del-Padre. (Lacan 2015). La inscripción de este significante es fundamental porque es el garante de la existencia del sujeto de deseo. La función del padre Simbólico hace referencia a esa terceridad que rompe el espejismo dual imaginario, de falsa completud que anima el goce mortificante anulando la emergencia del sujeto. En lugar de hacerse un lugar en el campo del Otro, el sujeto queda engullido por un Otro consistente, sin barrar.

Para cerrar este escrito tomare prestadas las palabras de Gustavo Cantú: "...el leer está siempre

atrapado en una encrucijada: por un lado, interpretar lo escrito según los cánones establecidos y de acuerdo con la preceptiva que establece lo permitido y aceptado; y -por otro lado- restaurar el lenguaje en su riqueza, ambigüedad y polisemia, que llevan a la producción singular de sentidos".

Bibliografía:
Bereciartua, G. (2015) "El Libro Álbum, como Objeto Cultural Significativo de Intervención en la Clínica del Lenguaje con Niños". Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario. Argentina.
Bereciartua, G. (2015) "Imaginación y Actividad Creadora en la Infancia desde la Teoría de Lev Vygotsky". (Documento sin referencias bibliográficas).
Cantú, G. (2011) "Lectura y Subjetividad en el Diagnóstico Psicopedagógico". Noveduc. Buenos Aires – México.
Harari, R. (2007) "Palabra, Violencia, Segregación y otros impromptus psicoanalíticos" Catálogos. Buenos Aires - Argentina.
Jerusalinsky, A. (2013) "Gotitas y Comprimidos para Niños sin Historia. Una pedagogía post-moderna para la infancia". Ensayos y Experiencias.
Lacan, J. (2015). Seminario 5 "Las formaciones del inconsciente" Paidós. Buenos Aires – Argentina.
Larrosa, J. (2000) "Pedagogía Profana. Estudios sobre lenguaje, subjetividad, Formación" Cap. 8 "El enigma de la Infancia" p. 166. Ediciones Novedades Educativas. Buenos Aires – México 1º edición.
Montes, G. (1990) "El Corral de la Infancia". Fondo de Cultura Económica. México.

AFÁN POR ENTENDER

Melisa Ladavaz [A]

Introducción:

El presente trabajo se dispone a realizar un recorrido por la clínica de los adolescentes. A partir del encuentro con esta población es que diferentes interrogantes suscitaron la necesidad de recurrir nuevamente a los libros y dilucidar la intersección entre la teoría y la práctica. Si bien es sabido que no existe un encastre perfecto entre ambas, se puede pensar que releer los textos una vez vivenciado el encuentro con un paciente, produce un efecto de saber distinto que en su primera lectura. En este sentido, se considera que los obstáculos de la práctica y sus interrogantes pueden funcionar como motor para la producción de nuevos saberes.

Partiendo de estos presupuestos, es que se propondrá el análisis de los trabajos psíquicos que demanda la adolescencia como etapa vital, así como el acompañamiento -mayor o menor- que provee la familia en este momento. Para finalizar, se puntuará la posición del analista, y posibles intervenciones oportunas para los casos expuestos.

Gritos, silencios y peleas

Haciendo foco en los adolescentes que concurren al consultorio con demandas dirigidas y específicas se rescata a modo de ejemplo los dichos de un paciente: "la psicóloga fue la primera que me escuchó, y que me entendió" (sic). Pensar la adolescencia como el pasaje necesario entre el infans y el adulto, obliga al joven a renunciar a su lugar de niño/a amparado en sus padres, para comenzar a abrirse camino propio. Sin embargo esta operatoria requiere de cierto margen deagresividad. En palabras de Winnicot (1971) crecer es un acto agresivo. Así, Winnicot nos brinda la cara positiva de confrontarse con el otro, en este caso los padres.

Es interesante pensar que en el momento en el cual los chicos intentan desprenderse de los mandatos filiales -muchas veces de modos intempestivos y muchas otras veces no- puede existir cierta dificultad para poder realizar esta separación. Así se puede reflexionar como un mismo enunciado "no me entienden" es vehiculizado por presentaciones clínicas muy distintas. En algunos casos presenciamos adolescentes que van de acting en acting mostrando su padecer, y muchas

[A] Residente psicóloga. Hospital J.M Ramos Mejia. CABA. Argentina. meli.ladavaz@gmail.com

otras veces observamos jóvenes muy retraídos, caídos de su posición deseante, sumergidos en sus sábanas, no logrando ubicar sus propios gustos, ni su propia voz.

Es importante destacar las dos vertientes que puede adquirir la agresividad, cuando aparece en demasía para consigo mismos y/o otros, y cuando podemos presumir que existe un déficit que imposibilita el tránsito "esperable" de este período. En esos momentos, se puede presumir que se pone a prueba el lugar que los chicos/as ocupan para sus padres. El interjuego entre el amparo y el desamparo retorna en esta instancia. El asesinato simbólico de los padres puede, muchas veces, generar angustia ya que conlleva un riesgo: perder esos objetos de amor. Los adolescentes leen las señales de sus padres en distintas direcciones. Por ejemplo, una paciente decía "no confía en mí, me saca el celular, ni me pregunta para qué lo uso" (sic).

Manifestando su queja, y al mismo tiempo enunciando la falta de diálogo que existía, el desconocimiento de la madre por sus propios gustos.

Por otro lado, otra paciente refería: "si me saco una mala nota voy a defraudar a mi mamá". Se puede pensar que esta paciente medía el amor de su madre en función de ser una niña inteligente y condecorada.

En ambos casos, las jóvenes interrogan qué lugar tienen para sus padres ahora que han dejado de ser niñas. La disputa entre dejar de lado una posición infantil donde el amor filial está asegurado, y el coraje de atreverse a tomar una otra posición, pone en juego la respuesta del otro parental. En palabras de Olguin (2018): "esta separación implicaría no sólo abandonar las figuras parentales de la infancia, sino también, abandonar este espacio de transición y tramitación en donde se pueden mantener ambos posicionamientos." (pág.769) Es allí donde es interesante pensar las diferentes posibilidades que adquiere ese otro al que se interpela. Como mencionamos previamente para que se pueda acceder a la confrontación necesaria, se requiere que se acepte la alteridad.

La otra arista

Otro punto a abordar en esta clínica son los familiares. Muchas veces aparecen padres y madres, referentes familiares, desbordados por situaciones extremas.

Cuentan en palabras escenas vividas con sus hijos/as con gran monto de angustia acompañadas de expresiones de desesperación. Casi como buscando una brújula en el analista, esperan recibir una guía para solucionar sus problemas en relación a sus hijas/os.

Por otro lado, también pueden llegar a la consulta referentes familiares desimplicados, sorprendidos de encontrarse en un consultorio médico. Adultos que no han podido ver las problemáticas ni advertir que el adolescente está sufriendo, o atravesando alguna dificultad.

En los dos casos, queda claro la importancia de la figura adulta que acompaña al joven en su necesidad de diferenciarse y lograr un proceso de autonomía. Cómo van a poder transitar el camino, cuánto se involucran, y cuánta disponibilidad tienen para realizar movimientos tanto subjetivos como en la dinámica familiar, torcerá la balanza hacia un posible progreso del adolescente. Koremblit de Vinacur (2021) establecen: "la adolescencia también pone a prueba la capacidad de transformación de los padres"(pág. 73).

Una madre decía: "ya no se que hacer, lo único que me queda es amenazarla con castigos"(sic). En contraposición, otra decía: "no entiendo por qué le pasa esto, siempre le dimos todo lo que quería" (sic). Es posible observar en ambos extractos, como los padres también se ven atravesados por sensaciones y sentimientos de extrañez en esta etapa vital.

Para hacer frente a ello, se puede resaltar que uno de los ejes principales para sostener los espacios de conflictividad puede ser rescatando la figura de la alteridad, en la cual se admite el ser oponentes sin necesidad de ser enemigos. Esta postura favorece la confrontación generacional, la cual según Bleichmar (2008), asegura cierta asimetría indispensable. Según la autora, se trata de la función y no del poder, y una vez más volvemos a la idea de las dos posturas iniciales. Se trata que alguien encarne una posición otra para con el adolescente, de lo contrario, Winnicott (1971), expresa que si los adultos abdican, el adolescente se convertirá en adulto de forma prematura.

Pensar los espacios de confrontación, así como la figura de la alteridad, habilitan a que el joven

comience a pensarse como un otro distinto, permitiendo el devenir subjetivo y separado de los dichos, mandatos e historias filiales. En los casos en que esto falla, se puede hipotetizar que se presencia adolescentes que carecen de significados propios y de límites claros con los otros.

En este sentido, un trabajo posible en los consultorios es el de propiciar que estas operaciones puedan realizarse, interviniendo tanto en los adolescentes como en los padres, y favoreciendo los espacios intermedios donde los enfrentamientos, peleas y discusiones puedan ser llevadas adelante en pos de un desarrollo psíquico saludable.

El tercero

¿Cómo trabajar con la demanda de entendimiento, tanto del paciente como de la familia?¿cómo intervenir ante el llamado de auxilio de todos los actores?

Hipotetizando una posible salida a estos vericuetos, es que se desliza la idea de una apuesta por un proceso de trabajo. Habilitar la noción de proceso, invita a frenar la catarata de derrumbe que se viene dando en esas familias e inaugura el intento por conmover y cuestionar alguna de esas posiciones dadas. A su vez, se puede pensar el análisis, el encuentro con un analista, como un campo fértil para la simbolización y la tramitación de las operatorias propias de esta etapa vital que han estado obstaculizadas por un tiempo. Pensar que el tratamiento viene al lugar de motor y ajuste de los engranajes que han estado friccionando negativamente para el desarrollo del adolescente, facilita que el analista ceda un espacio para que el joven exponga sus penares, los elabore, y devenga sujeto autónomo.

Pensando desde esta lógica, se entiende que llega a la consulta un chico/a que manifiesta dificultades para atravesar este período sólo con sus padres. El analista en este sentido, es llamado a ocupar un lugar distinto, siendo llamado a un lugar tercero. Las manifestaciones clínicas demuestran que los recursos simbólicos operando hasta el momento en esa familia resultan insuficientes, por lo que Horstein (2013) explica el lugar del analista como un lugar tercero de escucha. En esta misma línea Rassial (1999) explicita que el analista debe maniobrar entre la búsqueda de autonomía del joven y los efectos que ésta genera en sus referentes. Es decir, se puede pensar en una posición intermedia y mediadora, pesquisando las dificultades propias de cada posición en cada uno de los actores intervinientes.

Liliana Grandal y Marina Faulkes en el libro "Entre niños, adolescentes y funciones parentales" (2010) proponen la función del analista como un puente, para acercar al paciente con sus referentes, sosteniendo a ambos para que puedan realizar sus propios movimientos. Por su parte, Grandal (2010) resalta el registro del analista sobre la enunciación. Explica que el analista que tiene presente lo que queda por fuera de las palabras dichas, lo que se transmite de forma inconsciente, posee la potencialidad para operar sobre síntomas y manifestaciones y contribuye a la puesta en sentido de lo enigmático de dichas presentaciones.

En resumen, la clínica con adolescentes tiene la particularidad de requerir el constante pivoteo del analista para lograr intervenir sobre las particularidades de cada sujeto que compone la familia. La complejidad que ello impone para afrontar "la transferencia a un grupo donde se entraman los procesamientos psíquicos intra, ínter y transubjetivos" (Soler, 2010, pag.102)

Conclusión

Como saldo del presente trabajo se concluye la imperiosa necesidad de trabajar con el adolescente y con la familia a la par. Habiendo escuchado repetidas veces la frase: "solo pido que me entiendan" de distintas formas por parte de los jóvenes, es que se la escucha como un grito, un llamado al otro para constatar qué lugar tienen en sus vidas. Resaltando más que el enunciado, la posibilidad de leer allí un mensaje encriptado, es que se sentencia la apertura de un tiempo de espera. No apresurarse a entender, para sí alertar el lugar al que se convoca al analista.

Donde un joven grita, o calla, que alguien lo escuche, la ética del psicoanálisis propone poner en suspenso los prejuicios y saberes, y obliga a explorar y abrir interrogantes sobre lo expresado. Una misma frase no dice nada del padecimiento singular, sin embargo invita a pensar que les está pasando a esos jóvenes, y qué respuesta se les dará.

Referencias
Aberastury (2002) El mundo del adolescente. Revista Fepal (Septiembre 2002)(159-163) http://www.fepal.org/images/2002REVISTA/espanol/aberastury.pdf
García Badaracco, J. E. (2006b). De sorpresa en sorpresa. Inédito.
Grandal, L. Faulkes,M (2010) Retoños del trabajo clínico en la intersubjetividad. En Grassi, A y Córdova, N (Ed), Entre niños, adolescentes y funciones parentales: Psicoanálisis e interdisciplina. Ed. Entreideas.
Grandal, L. (2010) La familia, cuna de sentidos. En Grassi, A y Córdova, N (Ed), Entre niños, adolescentes y funciones parentales: Psicoanálisis e interdisciplina. Ed. Entreideas.
Horstein, M (2013)Con la navaja del padre. Revista uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (117): 104-128 https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201311707.pdf
Klein, A. (2002). Imágenes Psicoanalíticas y Sociales del Adolescente: Condiciones de surgimiento de la adolescencia en la modernidad y el disciplinamiento adolescente en la posmodernidad. Montevideo. Ed. Psicolibros.
Miller, J.-A. (1998). Introducción al método psicoanalítico. Eolia-Paidós, Nueva Biblioteca Psicoanalítica.
Rassial, J. J. (1999). Los padres del adolescente: De la familia al vínculo social. Del Serbal.
Rother Hornstein, M. C. (2006). Entre desencantos, apremios e ilusiones: barajar y dar de nuevo. In M. C. Rother Hornstein (Org), Adolescencias: trayectorias turbulentas. (pp. 117-135). Paidós
Winnicott, D. (1971). Realidad y juego. Gedisa.

EL JUEGO COMO MODO DE INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA EN LA CLÍNICA CON NIÑOS

Virginia di Scala [A]

El tema que convoca esta escritura, se dirige a pensar los modos de intervención analítica en el Juego, en tiempos de Transferencia, considerado como vías prínceps del análisis con niños.

Siguiendo los lineamientos de Rodulfo, M. (1998), consideramos que lejos de concebirse como traducciones o expresiones, representan producciones de escrituras hechas en Transferencia, desde donde junto a las asociaciones del pequeño, se dará lugar a un tipo de intervención posible.

Las operaciones de inscripción psíquica devienen en relación a las operaciones ya inscriptas en el campo del Otro, es decir, a la estructura de sujeto que aguarda la llegada del niño y a los tiempos en el que el Otro se anticipa a su llegada. Desde allí, se considera al niño como una respuesta al Otro, como objeto de deseo, de amor y de goce del Otro.

Dadas las coordenadas del juego como producción psíquica, nos preguntamos si este podrá devenir fuera del campo del Otro o si, por el contrario, como lo plantea Fukelman J. (2015) para que un niño juegue, se requiere que otro reconozca ese acto. Nos preguntamos: ¿cuál es el valor que tiene el juego, cuando el otro le adjudica una sanción de otro orden?, ¿qué hace marco para que se produzca el juego?, ¿qué queda fuera de juego?, ¿toda producción infantil, puede considerarse juego?

Teniendo en cuenta el valor clínico del juego, consideramos que se debe partir de la distinción entre el juego como medio, o bien, como fin. ¿Es el juego un instrumento mediante el cual se trabaja clínicamente con el niño?, o bien, ¿es un fin en sí mismo, en donde como acto algo del orden del sujeto del Inconsciente, puede advenir?

En función de ir acercándonos a estos interrogantes, consideramos necesario establecer la relación del juego al Inconsciente. Para ello, partiremos de la función de causa, que según Lacan en *El Seminario 11 Los cuatro conceptos fundamentales* (1973) designa un lugar de opacidad, de

[A] *Lic. en Psicología. Profesora en Psicología en nivel superior Mg.en Psicoanálisis. U.N.MdP. Mar del Plata, Buenos Aires. Argentina. viky_psi@hotmail.com*

hueco y de algo que vacila en un intervalo. A este respecto refiere el autor: "Solo hay causa de lo que cojea (…). El inconsciente se manifiesta primero como algo que está a la espera, en el círculo, diría yo, de lo no nacido" (1973, p.30). Luego propone también que "…el Inconsciente no se encuentra en la dimensión de lo real o lo ficticio, sino en la dimensión de lo no realizado" (1973, p.30).

Siguiendo esta perspectiva, diremos que el juego como causa, como hiancia, vacila entre lo producido y lo no realizado, provocando el desprendimiento necesario de ese trocito de sujeto, efecto sujeto al cual el análisis se dirige en su intervención, de acuerdo al caso, para operar o inscribir.

Dimos al juego, el estatuto de producción, pero creemos que ni todo lo que hace un niño es juego, ni todo juego es producción inconsciente. Es tarea necesaria, cernir la producción a lo que ocurre en la hiancia que, como las formaciones del Inconsciente, se muestra en sus tropiezos, teniendo en cuenta el punto en el que lo real, lo real del sexo, tiene de imposible.

Se planteaba al comienzo, al sujeto como respuesta al campo del Otro y desde allí, nos preguntábamos acerca de la necesidad de reconocimiento del Otro, como elemento constitutivo del Juego. Si esto pudiera sostenerse, implicaría la posibilidad de cernir un espacio delimitado de juego, donde un marco sea necesario como condición para efectuarse, un borde entre un más acá y un más allá del juego. Dicho marco, podría estar dado, por la regulación de la Función Paterna, la cual podrá ubicar y diferenciar zonas de juego posibles e imposibles. Implicaría también la concepción de Juego como lazo con el Otro, lazo donde se ubicarían también sus posibles fallas.

Surgen en este punto, unas preguntas que dan lugar a comenzar a delimitar nuestra hipótesis sobre las vías del juego: ¿Qué hace juego?, ¿quién juega y quién se juega?, ¿qué opera en el sujeto del juego?, ¿qué inscribe en la estructura psíquica?

Tomando en consideración la casuística que la clínica nos ofrece, consideramos dos vías posibles del Juego como producción inconsciente. La primera articulada a los casos en que la estructuración del sujeto viene en profunda falla, impidiendo que se logre recrear la falta propiciatoria y necesaria que asegure el pasaje de un tiempo a otro, casuística a la que llamamos de las dificultades en la estructuración psíquica. Como segunda vía posible, articulada a los casos en que la estructuración psíquica viene trazada.

Llamaremos a la primera la vía de la Inscripción del juego, vía que ofrece la posibilidad de realizar inscripciones psíquicas y a la segunda, la vía de las Operaciones, la cual podrá ser el marco mediante el cual se puedan realizar elaboraciones y tramitaciones simbólicas, en función de que el sujeto en devenir, siga su marcha.

A este respecto, consideramos que, si bien toda inscripción resulta ser también una operación simbólica, no es posible realizar operaciones simbólicas de aquello que aún no se encuentra inscripto.

Por último, y antes de procurar una viñeta clínica que pudiera mostrar el alcance de nuestra hipótesis, queremos considerar como una conclusión posible, que el juego se constituye en función de los tiempos del sujeto y de la Transferencia y que es como producción Inconsciente, como hiancia y como apuesta, que ubica el horizonte de las Intervenciones analíticas posibles, desde lo Imaginario, lo Simbólico y lo Real.

A fin de dar algún abordaje a estas distinciones y de ajustarnos al espacio para esta publicación, se termina este desarrollo con una pequeña viñeta clínica.

J es un niño de 5 años cuando llega al consultorio. Sus padres parecen no comprender por qué desde el Jardín les recomienda un tratamiento psicológico.

En los primeros encuentros con el niño, éste se muestra distante, rechaza el contacto visual, esconde su mirada tras sus brazos. Sus dichos se reducen a repetir frases de otros (dibujos animados) en forma de ecolalias, que no parecieran tener relación con el contexto de la acción que está llevando a cabo.

Su juego es estereotipado y no se despliega simbólicamente. Ordena los autitos en fila, luego los va avanzando de uno en uno hasta formar otra fila igual. Durante estos primeros encuentros,

pareciera no percatarse de mi presencia. Su tono de voz es monocorde, robótico y su estilo gramatical hace del "Tu" el pronombre de referencia.

En éste primer contacto con el niño, se advierte cierta dificultad en la estructuración psíquica sobre todo a nivel del yo, este pareciera encontrarse fragmentado, confundido y alienado respecto a los objetos de su entorno.

Las frases estereotipadas parecieran no tener destinatario, tampoco establece conexión visual, ni existir relación entre lo que dice y la acción que realiza. Entonces le pregunto "¿a quién le está hablando?", lo cual parece ser ya, una intervención apropiada, ya que después de varias veces en donde simplemente parecía ignorar la pregunta, por primera vez, responde: "No lo sé". En adelante, será una pregunta – respuesta recurrente.

Es una pregunta que hace vacío de saber y que pareciera interpelar al niño, ya que lo ubica de otra manera respecto de otras preguntas a las cuales responde con sentidos arbitrarios. Una ausencia de saber se pronuncia como movimiento psíquico y al parecer, escapa a la rigidez de la estereotipia de sentido pleno reinante.

La actividad de J, transcurre repitiéndose una y otra vez. Las sesiones se despliegan y el niño continúa con la misma secuencia cada vez. Le ofrezco explorar el baúl de los juguetes. Sin embargo, no se interesa por ello. Se me ocurre entonces, agregar a la caja de autos, otros juguetes: un dinosaurio, un muñeco, teléfonos, maderas, etc. En principio no los registra, solo separa los autos de aquello que no lo es. Me ubico en otro espacio del consultorio a ordenar, tal como él lo hace, los otros juguetes. Entonces le propongo que un teléfono seria mío y otro el suyo. Dejo a su lado uno de los teléfonos. Hago sonar con mi voz su teléfono (ring, ring). Él se incomoda, le molestan los sonidos fuera de los habituales.

Las sesiones trascurren, hasta que ocurre que decide tomar su teléfono y acercarlo a su oreja. Es un pequeño movimiento, esbozo de respuesta, no habla, ni hace contacto visual. Quizás solo intenta hacer callar lo que en mi voz hay de ruido, pero ese incipiente movimiento de respuesta da lugar a seguir avanzando, a redoblar la apuesta de la intervención.

Finalmente, J responde: "Hola, hola". Solo cuando logra encontrarse en la mirada conmigo, le sonrío y respondo a la comunicación.

Un juego se va armando y pareciera ahora incluir la vertiente del llamado, que introduce al otro. Poco a poco, el ordenamiento de autos pareciera pasar a ser la excusa para esperar el llamado. El juego comienza a desplegarse, ya que ahora se trata de jugar a la espera de que el otro vuelva a llamar, llamado que, de acuerdo a una dirección de la cura, a veces se produce y otras no.

Se presenta así un armado de juego entre dos, que como se enunció más arriba, implica un reconocimiento por parte del otro. Un Otro que llama, que convoca una espera, un deseo de ser llamado, que hace espacio de vacío entre intervalos. A partir de allí, un juego solitario, replegado narcisísticamente, mudo, hará su paso a un ponerse en juego, donde algo del orden del sujeto pueda llegar a advenir.

En adelante, el niño comienza a demostrar indicios de interacción, logra mirarme y dejarse mirar, ya no se esconde entre sus brazos. Comienza a llamarme por mi nombre. A la pregunta por "¿a quién le estás hablando?" comienza a responder, a veces: "no lo sé", a veces, "a vos, Virginia". Algo del orden del otro pareciera haber comenzado a inscribirse con la posibilidad de encontrar un lugar allí para su yo.

Referencias

Fukelman, J. (2015). Ponerse en juego. Seminario en el Círculo Psicoanalítico del Caribe. (Texto establecido por Paula de Gainza y Miguel Lares). Buenos Aires. Lumen

Lacan, J. (2013). El Seminario de Jacques Lacan. Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis. Libro 11. (20° Reimpresión). (Delmonto-M. y Sucre, J. Trad.). Buenos Aires. Paidós. (Trabajo original publicado en 1973).

Rodulfo, M. (1998). El niño del dibujo. Buenos Aires, Paidós.

UNA REVISIÓN PSICOANALÍTICA DE LAS TENDENCIAS ANTISOCIALES EN ADOLESCENTES

Laura S. Alfaro [A]

Introducción

En base a la experiencia de la autora con adolescentes en conflicto con la ley, el objetivo de este trabajo es problematizar algunas cuestiones en torno a la dupla inhibición-acto haciendo una breve reseña desde algunos autores psicoanalíticos.

Freud: Edipo y Hamlet

Freud (1905) se habría dedicado de manera específica al tema de la adolescencia En Tres Ensayos de la Teoría Sexual, donde plantea que el desarrollo sexual del ser humano se presenta como una acometida en dos tiempos interrumpidos por el período de latencia.

Asimismo, Freud refiere que las dos transformaciones decisivas de la metamorfosis de la pubertad serían, tanto la subordinación de otras fuentes de excitación sexual originarias al primado de la zona genital, como el proceso de hallazgo de objeto. Siguiendo los desarrollos de Olaso (2015) en relación al concepto de inhibición y sus paradojas, resulta relevante mencionar lo que Freud (1905) refiere en torno a los diques pulsionales. Estos diques pulsionales se erigen en la niñez como aquello que resiste la pulsión sexual, en palabras de Freud "entre los poderes que circunscriben la orientación de la pulsión sexual, destacamos la verguenza, el asco, la compasión y las construcciones sociales de la moral y la autoridad" (Freud, 1905, p. 211).

Freud (1916) refiere que el interés del analista no estaría en el carácter, sino en las mociones pulsionales que se esconden tras éstos. Allí Freud habla sobre los que "delinquen por conciencia de culpa", en tanto encuentra en sus pacientes adultos antecedentes prepuberales de acciones prohibidas. Inicialmente Freud atribuye dichas acciones a "la debilidad de inhibiciones morales en ese período de la vida" (p.338), sin embargo, luego dirá que tales transgresiones se producían en un segundo término respecto de un sentimiento de culpa al cual la ejecución de la fechoría proporcionaba alivio anímico. Asimismo, Freud en dicho texto atribuirá el origen de ese sentimiento de culpa en el Complejo de Edipo, en tanto reacción al parricidio e incesto, es decir, los dos grandes delitos de la humanidad.

En este punto, resuena de interés el planteo retomado por De Olaso (2015) en relación a Hamlet en La Interpretación de los Sueños de Freud (1900) donde refiere que Hamlet no está inhibido respecto de toda acción, sino que Freud se interroga y propone una respuesta a la inhibición del príncipe de Dinamarca en tanto "Hamlet lo puede todo, menos vengarse del hombre que eliminó a su padre y usurpó a este el lugar junto a su madre, del hombre que le muestra la realización de sus deseos infantiles reprimidos." (Freud, 1900, p.272). En relación a la lectura freudiana De Olaso (2015) , concluye que "...no es que Hamlet no pueda actuar, lo que no puede es actuar conforme a la orden del padre." (De Olaso, 2015, p.53).

A modo de recapitulación de lo hasta aquí planteado, -y, en relación al interrogante clínico que da origen a este trabajo- el interés reviste en que encontramos en Hamlet acciones, furiosas y violentas en contrapartida a la inhibición que se encuentra circunscripta en relación a los deseos edípicos. Asimismo en (1916) Freud asocia al complejo de Edipo y los delitos universales del parricidio y el incesto los antecedentes prepuberales de acciones prohibidas.

Finalmente en relación a los diques pulsionales, Freud (1905) refiere no sólo la vergüenza y el asco, sino también la compasión y las construcciones sociales de la moral y la autoridad.

[A] *Lic. en Psicología (UBA). Hospital Álvarez. DGRPJ – CDNNyA. Docente Universitaria (UBA). CABA. Argentina. lic.laura.alfaro@gmail.com*

Klein

Melanie Klein (1922) refiere que

> La pubertad pone de relieve un gran número de conflictos de variada intensidad, muchos de los cuales ya existían tenuemente y por ello permanecían ocultos; ahora pueden aparecer en forma extrema e incluso alcanzar manifestaciones tales como el suicidio o actos criminales. (Klein, 1922, pág. 66)

En Klein (1927) manifiesta que Freud descubre en el adulto todos los estadios de su desarrollo infantil temprano y que los encontramos en su inconsciente, el cual contiene las fantasías y tendencias reprimidas. Asimismo, la autora refiere que el superyó es quien dirige el mecanismo de la represión a través de las facultades de juicio y crítica. De acuerdo a Klein las tendencias más antisociales son hacia donde están dirigidas las represiones más profundas. El interés de Klein en el artículo versa respecto de "cómo podemos ver en todo niño tendencias criminales en acción" y poder realizar sugerencias respecto de si dichas tendencias "van o no a establecerse en la personalidad" (Klein, 1927, p.179). En 1934, la autora confirma lo dicho en 1927 y refiere

> Llegué a la conclusión (...) de que no es (como se supone generalmente) la debilidad o falta de superyó, o en otras palabras, no es la falta de conciencia, sino la abrumadora severidad del superyó, la responsable del comportamiento característico de personas asociales y criminales.(Klein, 1934, p.264)

De acuerdo a Klein los niños poseen impulsos y fantasías agresivos contra sus padres, los cuales primero proyecta para luego introyectar. Sin embargo las imágenes son fantásticas y distorsionadas, lo cual genera como "resultado de que el niño se siente a sí mismo gobernado por padres fantásticamente peligrosos y crueles: el superyó dentro de sí" (Klein, 1934, p. 264).

De acuerdo a Klein, en la fase sádica se produce un mecanismo psicológico que la autora ubica en el trasfondo de las tendencias antisociales y criminales en el individuo: el niño impulsado por la angustia destruye sus objetos, lo cual incrementa la angustia y lo presiona contra los objetos nuevamente. A medida que en el curso normal del desarrollo se reducen el sadismo y la angustia, el niño domeña la angustia con mejores recursos y modos más socializados. A medida que se incrementa la capacidad de reparar, mejora la confianza en quienes lo rodean y se apacigua el superyó. Sin embargo Klein refiere que si el círculo vicioso entre odio, angustia y tendencias destructivas no puede quebrarse, el individuo continúa bajo la tensión de las primeras situaciones de angustia evocando los violentos mecanismos defensivos en el yo, de carácter no ético y asocial. Cabe destacar que Klein refiere que en el criminal hay mayor tendencia a suprimir las fantasías inconscientes y hacer acting out en la realidad (Klein, 1934, p.265).

Winnicott

Winnicott (1956) elegirá el término "tendencia antisocial" en lugar de "delincuencia" debido a que la tendencia antisocial se puede estudiar tal como aparece en el niño normal o casi normal, en quien se relaciona con las dificultades inherentes al desarrollo emocional." (p.82).

El autor definirá al niño deprivado como aquel al que "se lo depriva de ciertas características esenciales de la vida hogareña" (p.83). De esta situación emerge el "complejo de deprivación" que se expresa en un niño que se comporta de modo antisocial en el hogar o en un ámbito más amplio. Eventualmente este niño con tendencia antisocial, ante la mirada del sistema penal judicial devendrá delincuente. Lejos de pensar en el diagnóstico psiquiátrico, el autor plantea que es el ambiente el que adquiere importancia en los casos de tendenciaantisocial. La idea de Winnicott es que la tendencia antisocial proviene de un niño deprivado, que es quien tuvo algo que hasta un momento de su experiencia tuvo un efecto positivo y que luego lo habría perdido, es decir que para el autor la característica fundamental de la tendencia antisocial proviene de una falla ambiental. Asimismo refiere que el niño antisocial ejerce presión para sanar a través de una provisión ambiental, la cual al mismo tiempo él no sería capaz de aprovechar. Si la situación persiste, el niño agita el ambiente, lo pone a prueba. Los ejemplos que da Winnicott de tendencia antisocial son el robo y la destructividad, mencionando la voracidad, la mentira y las conductas barulleras.

Para el autor si bien cada uno de estos síntomas tiene un significado y valor específico, lo que poseen en común es la capacidad de causar fastidio.

Winnicott (1971) refiere que el rasgo central del concepto de ambiente facilitador es la continuidad en el cuidado del niño, y, en relación a la adolescencia y el crecimiento el autor menciona que el mismo no constituye una tendencia heredada sino "un entrelazamiento de suma complejidad con el ambiente facilitador" (Winnicott, 1971, p.186). Retomando lo planteado anteriormente en relación a Edipo y Hamlet, se destaca lo siguiente

> "Si en la fantasía del primer crecimiento hay un contenido de *muerte*, en la adolescencia el contenido será de *asesinato*. Aunque el crecimiento en el período de la pubertad progrese sin grandes crisis, puede que resulte necesario hacer frente a agudos problemas de manejo, dado que crecer significa ocupar el lugar del padre. Y lo significa de veras. En la fantasía inconsciente, el crecimiento es intrínsecamente un acto agresivo" (Winnicott, 1971, p.186)

Es de destacar que Winnicott refiere que la inmadurez es un elemento esencial de la salud en la adolescencia. El autor refiere que cuando por circunstancias vitales como ser fallecimiento de los padres o cuestiones económicas un niño deba hacerse responsable "será prematuramente viejo y perderá espontaneidad y juegos y el alegre impulso creador" (Winnicott, 1971, p.188). Sin embargo el autor marca una diferencia cuando los adultos deliberadamente delegan la responsabilidad en tanto en "términos del juego de la vida, se abdica en el preciso momento en que ellos vienen a matarlo a uno" (p. 188). En este caso el niño o adolescente debe convertirse en dictador a esperar "ser muerto no por una nueva generación de sus propios hijos, sino por sus hermanos" (p.188). En este sentido el autor plantea

> "Hacen falta adultos si se quiere que los adolescentes tengan vida y vivacidad. La confrontación se refiere a una contención que no posea características de represalia, de venganza, pero que tenga su propia fuerza (...) donde existe el desafío de un joven en crecimiento, que haya un adulto para encararlo" (Winnicott, 1971, p.193).

Lacan

Lacan comienza el Seminario 10 Lacan (1962-1963) presentando un cuadro de doble entrada cuyos ejes son la dificultad y el movimiento y en cuya diagonal ubica la inhibición, el síntoma y la angustia haciendo referencia al texto de Freud (1926) pero planteando que esos tres términos "no están en el mismo nivel" (Lacan, 1962-1963, p.18). Lacan planteará más adelante la articulación entre angustia, certeza y acción. En relación a los síntomas obsesivos y a la duda del obsesivo Lacan refiere que la misma sería una forma de combatir la certeza, incluso que "la angustia es la causa de la duda"(Lacan, 1962-1963, p.87). En este sentido es fundamental la siguiente reflexión de Lacan

> la referencia de la certeza es esencialmente la acción. Pues bien, sí, seguro. Y ello es precisamente lo que me permite introducir ahora que es quizás de la angustia de donde la acción toma prestada su certeza. Actuar es arrancarle a la angustia su certeza. Actuar es operar una transferencia de angustia. (Lacan, 1962-1963, p.88)

Asimismo en este seminario Lacan (1962-1963) presenta los esquemas de la división subjetiva donde plantea que el objeto a es resto, residuo, prueba y garantía de "la alteridad del Otro". El matema del fantasma ($<>a) en tanto soporte del deseo aparece allí como del lado del Otro, del lado objetivo de la barra (Lacan, 1962-1963, p.36). Esto es un modo de decir, que el sujeto adviene en el campo del Otro.

A modo de Cierre

A partir del rodeo por los distintos autores antes mencionados se puede vislumbrar un hilo conductor: la angustia. Las actuaciones aparecen como modos de defensa ante la angustia que evoca el desamparo, lo traumático, lo que se encuentra más allá del principio del placer.

Los diques pulsionales aparecen como resistencias ante la pulsión en la infancia. Por otra parte Klein ubica en las conductas antisociales mecanismos de defensa primordiales ante la angustia. Al mismo tiempo se puede pensar en relación a la falla ambiental o ambiente facilitador de Win-

nicott como aquello que en Klein implica la capacidad de reparación, de confianza en el otro que dota de mecanismos más desarrollados y sociales al yo. Como fue mencionado, la adolescencia implica un acto agresivo y poder ocupar el lugar del padre, en el sentido de que la salida a la exogamia, implica una elaboración donde el sexo y la posibilidad de procreación implicarían poder ocupar el lugar del padre. Finalmente desde Lacan "Actuar es arrancarle a la angustia su certeza. Actuar es operar una transferencia de angustia." (Lacan, 1962-1963, p.88), en tanto las actuaciones también conllevan un modo de defensa ante la angustia.

Bibliografía

de Olaso, J. (2015). Paradojas de la Inhibición. Buenos Aires : Manantial.

Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños (primera parte). En S. Freud, Obras Completas (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. IV). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

Freud, S. (1905). Tres Ensayos de Teoría Sexual. En Obras Completas (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. VII). Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

Freud, S. (1916). Algunos Tipos de Carácter Dilucidados por el Trabajo Analítico. En S. Freud, Obras Completas (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En S. Freud, Obras Completas (J. L.Etcheverry, Trad., Vol. XX). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.

Klein, M. (1922). Inhibiciones y Dificultades en la Pubertad. En M. Klein, Amor, Culpa y Reparación (págs. 68-72). Buenos Aires: Paidós, 2015.

Klein, M. (1927). Tendencias Criminales en Niños Normales. En M. Klein, Amor, Culpa y Reparación (págs. 180-194). Buenos Aires: Paidós, 2015.

Klein, M. (1934). Sobre la Criminalidad. En M. Klein, Amor, Culpa y Reparación (págs. 265-268). Buenos Aires: Paidós, 2015.

Lacan, J. (1962-1963). El Seminario, Libro 10: La Angustia (Primera ed.). (E. Berenguer, Trad.) Buenos Aires: Paidós, 2006.

Winnicott, D. W. (1956). La Tendencia Antisocial. En D. W. Winnicott, Deprivación y Delincuencia. Buenos Aires: Paidós. 1990.

Winnicott, D. W. (1971). Realidad y Juego. Barcelona: Gedisa, 1986.

PSICOANÁLISIS Y AUTISMO. EFECTOS TERAPÉUTICOS EN LA CLÍNICA

Ida Filomena Casanova [A]

El presente escrito tendrá el propósito de transmitir un modo peculiar de la clínica del autismo, que sin constituir una especialidad, implica ciertas especificidades que la caracterizan.

La propuesta es la comunicación de una práctica clínica orientada por el psicoanálisis, práctica que ejerzo a lo largo de 25 años, desde mi concurrencia en el hospital de día del niño atípico del Hospital Evita de Lanús. Cuando no hay encuentro con el deseo materno, esto origina desencuentros en la constitución subjetiva; encontrándonos en la clínica con niños en posición subjetiva del orden de lo que no se ha puesto en marcha (Cordié, 1994).

El cuadro que me convoca en este escrito tiene auge en la actualidad, donde se presenta una proliferación hasta el exceso; tiene sus años y se ha visto reformulado a través del tiempo, dando origen a distintas nosografías y clasificaciones. Es relevante conocer la evolución del concepto de autismo desde la antigüedad, cuando se la confundía con otras patologías.

Algunos antecedentes

Su origen se remonta en la **Antigua Grecia**, etimológicamente el término "autismo" tiene raíz αυτος -de autos- se asocia con lo referido a "lo propio, a uno mismo". De manera amplia, el significado del término, podría definirse como "ensimismarse", "meterse en uno mismo". Si bien el término es antiquísimo, recién se utiliza en la literatura médica de la pluma del psiquiatra suizo Paul Bleuler.

[A] Psicóloga. Colegio Psicólogos de la Pcia de Bs As distrito XIII. San Vicente, Buenos Aires, Argentina. idacasanova@hotmail.com

La Leyenda del Golem, con referencias de los sabios medievales, el vocablo golem ha sido utilizado como expresión de ciertas características o conductas humanas autísticas. "Golem" se aplica a la vasija cuya forma y tamaño han sido completados, pero que aún necesita ser pulida. Esta visión primitiva de hombre incompleto parecería ser una de las visiones míticas más antiguas del autismo y presenta semejanzas con el consenso actual acerca de que el niño autista carece o tiene incompletas ciertas capacidades esencialmente humanas.

Podemos situar un **experimento de aislamiento emocional o carencias afectivas, por Federico Hohenstaufen II** (1194- 1250), emperador del Sacro Imperio Romano Germánico. Obsesionado en saber y determinar si existía una lengua adámica, organizó un crudísimo experimento. Él pensaba que sin influencia humana alguna, el lenguaje adámico surgiría espontáneamente, y suponía que los niños hablarían hebreo sin que nadie se los hubiese enseñado. El resultado fue desastroso, murieron todos los bebés, ninguno pudo siquiera alcanzar los tres años de edad. Más adelante, este experimento de fatales consecuencias despertó el interés del famoso psicoanalista René Spitz.

Escritos y relatos. Podemos ubicar como primera referencia escrita conocida en el siglo XVI: **Johannes Mathesius** (1504-1565), del cual Lutero pensaba que el muchacho no era más que una masa de carne implantada en un espíritu sin alma, poseído por el diablo, respecto del cual sugirió que debería morir asfixiado.

Otro caso histórico es el del insólito **Fray Junípero Serra**, en los relatos recogidos del libro anónimo *"Las Florecillas de San Francisco"*, escrito en el siglo XVII, se rescatan pequeñas historias de este santo. Fray Junípero no comprendía las claves sociales o el lenguaje pragmático (lenguaje de la comunicación) no se adaptaba a las diferentes convenciones sociales y mostraba dificultades para comprender la comunicación no verbal.

El caso más relevante de divulgación fue **"El joven salvaje de Aveyron"**. Transcurría el año 1799 cuando unos cazadores encontraron en el bosque a un niño en estado de completo abandono y salvajismo; de aspecto huraño, inquieto, preso de movimientos espasmódicos y a veces convulsivos. No hablaba, no hacía demandas, no establecía contacto con las personas y parecía totalmente desprovisto de cualquier forma de sociabilidad. Niño u objeto para la época de interrogantes planteados por las flamantes Ciencias y la Psiquiatría.

Siguiendo la línea de los niños ferales, tenemos el **caso Amala y Kamala,** las niñas lobos que fueron localizadas en un bosque de Medinapur, Calcuta, India.

Otro niño salvaje que sobresalió en la historia fue **Kaspar Hauser,** un adolescente de dieciséis años, alemán, a mediados de 1830. Su historia se proyecta en libros, poemas, películas y canciones. De la mano de las particularidades subjetivas de este joven tenemos el síndrome de Kaspar Hauser designado al sufrimiento de niños que crecen sin el afecto paternal o filial.

Existen también relatos sobre algunos individuos que presentaban características autistas conocidos, como los **"*tontos sagrados*"**. La denominación "sagrado" destaca la debilidad mental así como la inocencia frente a los ojos de Dios. Los relatos provienen de la vieja Rusia. Sujetos con aspecto aterrador, harapiento y con cadenas alrededor del cuello, frecuentemente sufrían de epilepsia, de allì idiotas por epilepsia, lo que reforzaba la aureola de "sagrados" ya que se pensaba que el espíritu divino estaba dentro de ellos, especialmente cuando sufrían ataques. Eran, por lo tanto, objeto de burla pero también de respeto. Muchos eran mudos y los que hablaban tenían un lenguaje estereotipado y sin sentido que era considerado prueba de sus poderes proféticos. En la literatura encontramos un personaje representativo de esta clase de individuo, por ejemplo en la novela de **Dostoievsky "*El idiota"*** Publicada en el año 1869.

Un breve recorrido histórico

El término "autismo" ingresa a la literatura médica en el año 1911 introducido de la mano de **Paul Eugen Bleuler**, psiquiatra suizo, interesado por el cuadro de esquizofrenia. Utiliza el término Autismo para especificar una alteración que tiene la particularidad de un alejamiento de la realidad externa, vivir encerrados en sí mismos, aislados del mundo emocional exterior. Distinguiendo el cuadro patológico.

En una conferencia de 1908, que se proyectó en su texto, publicó "Demencia precoz o el Grupo de las Esquizofrenias" de 1911. Bleuler argumentó el cambio nosogràfico de *demencia precoz* por *esquizofrenias*, observándose en la asociación deteriorada de ideas, los trastornos de afectividad, la ambivalencia marcada y el autismo, un conjunto de comportamientos.

Un apasionado, que casi vivía con sus pacientes, percibía la sintomatología autista como una conducta de separación de la realidad, con predominio patológico de la vida interior. En relación al pensamiento autista teoriza que el paciente está dirigido por necesidades afectivas pero con uso de conexiones fragmentadas y accidentales. Con Bleuler el cuadro del autismo recibe un nombre y es separado del "retardo mental" y de la "demencia".

Contemporáneo a Bleuler, nos encontramos con el padre del psicoanálisis, **S. Freud**. Articulando su texto "*Proyecto de una psicología para neurólogos*" podemos contextualizar el autismo como un fracaso temprano en el sistema de inscripción psíquica y en la retranscripción de las huellas mnémicas.

Carl Gustav Jung, psiquiatra, psicólogo y ensayista suizo, en 1923 conceptualiza dos personalidades: extravertidos e introvertidos. Definiendo autismo como profunda introversión, extremo aislamiento, exigencias de inmutabilidad, estereotipias gestuales y trastornos del lenguaje (algunos no hablan nunca, ni se comunican con gestos o señales, otros usan unos pocos sonidos ininteligibles para comunicarse y suelen usarlos sin el objetivo comunicacional). El paso más importante sobre el término autismo, corresponde a **Leo Kanner**, psiquiatra austríaco, quien en 1943 publica el artículo *"Autistic disturbances of affective contact"*. Denomina al trastorno *"autismo infantil precoz"* , separándolo de la esquizofrenia y de cualquier otro trastorno.

Los criterios diagnósticos planteados por Kanner, que se contemplan en el DSM4:

- aislamiento profundo para el contacto con otras personas,
- interés por un mundo estático, donde no son aceptados los cambios
- una relación intensa con los objetos,
- alteración en la comunicación verbal, manifestándose por mutismo o por un tipo de lenguaje desprovisto de intención comunicativa.

Momento histórico en la medicina en el auge actual, el diagnóstico del cuadro de autismo se puso en boga, denominándose con este cuadro a niños con retraso mental y vinculando la patología especialmente a determinantes emocionales ligados al vínculo materno, desde el momento perinatal.

Hans Asperger, pediatra, investigador, psiquiatra y profesor de medicina austríaco. En 1944, publicó investigaciones similares a las de Kanner, llamativamente sin conocerlo, el idioma alemán restringió su difusión. Los criterios diagnósticos planteados por Asperger son: falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje pedante o repetitivo, pobre comunicación no verbal, torpeza motora y mala coordinación, interés desmesurado por ciertos temas, denominándose de "pequeños profesores", enfatizando su capacidad para hablar de sus temas favoritos de modo sorprendentemente detallista y preciso.

Melanie Klein, psicoanalista austriaca, importante colaboradora del psicoanálisis con niños, hizo énfasis en la efectividad de las relaciones de objetos temprano como fundantes del desarrollo psíquico y de la personalidad. Klein relacionó los trastornos psíquicos graves de la infancia con detenciones del desarrollo o regresiones a estadios anteriores. La etiología en el autismo lo enmarca en la posición esquizo-paranoide: describiéndola como la estructura que organiza la vida mental en los tres primeros meses de vida.

Donald Winnicott, pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés, valoriza en su teoría el efecto ambiental materno para el desarrollo emocional temprano del bebé y del desarrollo del psiquismo. El autismo para Winnicott, es una organización defensiva inmensamente sofisticada, su construcción fue desarrollada por el niño para protegerse del ambiente. Descartó el cuadro psicopatológico, considerándolo como manifestaciones infantiles.

Bruno Betelheim, Filósofo, psicólogo y psicoanalista austriaco realiza una nueva expresión

teórica con resonancia en las primeras edades. En su libro 'La fortaleza vacía' (1967) forjó el término "madre nevera" y la hipótesis que es la madre quien rechaza la existencia de su hijo. Añade otras modalidades de paternidades, haciendo hincapié en la presencia de padres fríos, padres ausentes o padres de carácter débil. En la actualidad, los defensores de la teoría de las 'madres nevera' son los antivacunas, que poseen la teoría de que el plomo produce autismo.

Margaret Schoenberger Mahler, psicoanalista y pediatra, fundamenta su investigación clínica teórica en el nacimiento psicológico de un individuo, la constitución de un sentimiento de separación del mundo real y de la relación con él, con su propio cuerpo y el objeto primario de amor. Mahler, describe la presencia de psicosis infantiles como el síndrome de autismo infantil y el de psicosis simbiótica. En el síndrome autista, el niño no puede utilizar las funciones yoicas para orientarse a sí mismo en el mundo externo e interno, por lo que se moviliza como si él y los que lo rodean fueran objetos inanimados. A diferencia de la psicosis simbiótica, el niño tiene la ilusión de fusionarse con su madre. Las etapas de desarrollo que propone Mahler son varias, teoriza el primera fase bajo el nombre de "autismo normal", contemplando el primer mes de vida, donde el infans aún no es capaz de diferenciar si sus necesidades las satisface él mismo o son resultado de cuidados proporcionados por su madre, fase para la consolidación postnatal del desarrollo fisiológico extrauterino. Si el desarrollo continúa, el niño pasa a la segunda fase de "simbiosis normal"**,** vínculo dual, relación madre-hijo, diada que debe pasar a una tercera fase de "separación e individuación". Cerca del quinto mes de vida, se inicia una diferenciación, un distanciamiento y formación de límites para la desvinculación de la madre, conciencia de separación del 'sí-mismo' y del 'otro'.

Finalmente, **Tustin**, teoriza que el autismo es un trastorno severo del desarrollo que aparece como una defensa, y considera que el objeto autista es experimentado como parte de su propio cuerpo.

Teoría y clínica. Lectura del caso Beto

La clínica nos testimonia que cuando no se da el encuentro del niño con el deseo materno, hay pocas posibilidades para una subjetivación. Advirtiendo maneras particulares de vinculación, se observan: conductas autísticas, mutismos, mutismos selectivos, aparecen gritos, ruidos, gestos que quedan fuera de la enunciación, mirada oblicua, mirada vacía, sin mirada, mirada alienada, mirada fugaz, movimientos estereotipados, rocking, cuerpos sin esquema, sin bordes, ecolalias, neologismos, holofrases, referirse en tercera persona, entre otras. El fracaso en el encuentro con el Otro, el fracaso en la alineación simbólica da como resultado un imposible montaje pulsional.

El caso que presento intenta demostrar que es posible sostener la dirección de la cura con niños autistas y transmitir los efectos terapéuticos en el tratamiento psicoanalítico.

Se trata de un paciente cuya dirección de la cura orienté. Un niño que comienza su análisis a los 6 años y al que llamaré Beto. Desde su primera infancia había recibido tratamientos desde otras orientaciones teóricas.

De sus orígenes. Podemos decir que Beto llega al mundo con la marca del desencuentro, por los anhelos que anteceden al deseo materno, marca biológica en sus cromosomas, gestándose severas fallas en el encuentro con el Otro, complicando los tiempos de la constitución subjetiva.

Desde el inicio del tratamiento, el desencuentro entre turno-agenda-espacio, se hizo presente, ante esta situación de tensión; la miro a la madre y le expreso: "***Beto es su hijo, usted decide***". Esta intervención la pacífica. Este reconocimiento del sujeto, cuando la analista lo nombra, produjo efectos transferenciales. Con la madre se verificó la intervención "***Beto es su hijo***" a la semana, cuando me transmite con una sonrisa y gestos de alegría, que el día anterior lo llevó por primera vez a su trabajo y se lo presentó a sus compañeros. Al modo del nacimiento de un niño y de una madre orgullosa que presenta su hijo en sociedad. Una espera de 6 años.

De las entrevistas. El niño se presenta colgado en el cuerpo de su padre, como un mono. El papá llevaba las marcas en la nuca por el agarre del niño, lastimado y rojizo. Beto ingresa sin angustia al consultorio y se adhiere al sillón, golpeándose con la muñeca y el puño cerrado su sien, movimiento estereotipado que no podía parar, un perfil que portaba las marcas con moretones de

los golpes incesantes que se autoinflinge; *el niño había creado una modalidad de vaciarse de una excitación, de desembarazarse de la excitación motriz,* entre los golpes y las mordidas. Beto tenía otra conducta estereotipada: se mordía la mano, produciéndose a través de los años unos callos como marca de las mordidas. La inmutabilidad que presenta Beto es mencionada por Eric Laurent como la *iteración del Uno*, la necesidad de repetición de lo mismo, la repetición estereotipada de comportamientos.

El cuerpo del *parlêtre* autista presenta una imagen del cuerpo pero que no es reconocida, carece de la *corporización* de la imagen. Se observa que no se ha unificado el estadio del espejo y la palabra. A modo de estrategia arma un encapsulamiento autístico que funciona a la manera de un cuerpo en el cual Beto pueda ubicar su goce. Como se ve en el caso, primó el desencuentro entre el niño y el deseo materno. No se constituyó el lugar del Otro, el estadio del espejo como experiencia paradigmática que permite la constitución del yo, se encuentra trastabillada, no se pone en marcha, no lográndose el anudamiento entre lo simbólico y lo imaginario.

La falla de la entrada con el otro, y la carencia de la función materna en la crianza también produjeron sus efectos. El acunamiento que realiza una mamá a su hijito tiene una función fundamental en la unificación del caos pulsional. Este acto juega un papel central en la integración de los sentidos, indispensable para el equilibrio dinámico del cuerpo y desempeña un papel muy importante en el esquema corporal. La falla en la inscripción simbólica de las sensaciones de desintegración de la ausencia de sostén, produce síntomas conocidos como falta de equilibrio, la oscilación al caminar y en el autismo el rocking como modo de actividad restitutiva de la ausencia del acunamiento del otro al niño. Así es como Beto se movía estereotipado en el rocking. Allí se trabajó incesantemente para acompañarlo en el movimiento, me incluía en el acto, para producir un juego, a modo de entrada de la diferencia. Ambos éramos barquitos navegando, o los elefantes que se balanceaban en la tela de la araña.

En relación al lenguaje; se presentaba sin palabras, sin sonidos; *el autismo está fuera de la función de la palabra.* Un modo de hablar particular. Un rasgo de que no hablan y viven en un silencio obstinado. Lacan nos enseña que el sujeto autista está en el lenguaje, aún cuando no habla, en la mudez, aunque no haga uso del mismo, se percibe una decisión que no quiere devolverle al Otro la palabra.

Mi cuerpo era un objeto para ser mordido y pelos para tirar. Tratándome como un objeto podía relacionarse, una posibilidad de vínculo.

De la dirección de la cura. Apuesto a una torsión en el dispositivo. Esta diferencia clínica lo altera, al principio provoca agitaciones y luego aparece un apaciguamiento. No tolera el espacio y sale fuera del consultorio, al afuera, en la puerta al modo de un marco, un marco a la una entrada, entrada a lo nuevo, Beto a upa mío y yo, entre el NO por la mordida; el tirón de pelo y mi voz envolviendo con melodía el momento. Pero se da la interrupción de lo público: nosotros dos en la puerta, pasaban vecinos y pacientes preguntando "***Ida es tu hijo?"***, yo respondía "***Es Beto y vino a jugar con Ida***". Esta secuencia se dio por varios meses. Se inaugura un momento estructurante: un día Beto tuerce su cabeza me mira, lo miro, nos miramos, se da el encuentro. Momento que ingresa, entra, se instala en el consultorio.

Trayecto recorrido al encuentro de la mirada y de la sonrisa. Aparece el lenguaje en la modalidad de sonidos guturales y gritos. Los efectos no se hicieron esperar. Los padres me avisan que en la escuela le expresan "***¡¡¡Nosotros lo vemos tan mal!!!***", *lo vemos* indica que Beto luego de 3 años de jardín era visto, tenía presencia, un cuerpo de la mano de la entrada del lenguaje. En la comunicación con la escuela me dicen que nunca lo vieron tan mal; que están preocupados por que grita. *La aparición del lenguaje da cuenta del inicio del Nacimiento del Otro. Ya que el grito crea al Otro. El grito le es dirigido a un Otro.*

El lenguaje hizo lo suyo, ampliándose el borde de morderse a morder un muñeco, un muñeco para el encuentro de nuestra sesión y objeto mediador que lo acompaña hasta el encuentro con su padre (allí lo tira) y en el auto tiene otro, un dino, para acompañarlo en otro trayecto. La apa-

rición de un cuerpo. Se inauguraron otros movimientos, verificados en distintas escenas: Un cuerpo erguido, bañarse, dejarse bañar, dejando se ser un momento vivido traumáticamente para convertirse en un momento placentero. Beto arma una demanda, tomando las uñas de madre para que le acaricie la planta del pie. Viene a sesión de la mano del adulto, dejando de ser el mono colgado en su padre. Aparece el dolor. Empieza a estar molesto con síntomas de resfrío, aparecen sonidos que expresan dolor. Empezó a deambular, comienza a investigar, recorre los espacios. Tuvo la aparición de fonemas diferenciados, antes de llegar a los 2 años de tratamiento dijo mi nombre, al llegar al consultorio, en situaciones de excitación visual o situaciones conflictivas me llama por mi nombre. En la actualidad hay indicios de comunicación.

Reflexiones finales. El recorrido con el caso Beto me convoca a postular que, en los niños con patologías graves de la subjetivación, los efectos terapéuticos se articulan al poner en juego la función del reconocimiento, la palabra y el cuerpo. Es a partir del efecto que acontece en el encuentro con el deseo del analista, que se producen nuevos modos de alojar la infancia.

Palabras claves: Autismo. Clínica. Palabra. Cuerpo. Transferencia.

Bibliografía:

CASANOVA, I: (2020) "Clìnica del autismo". Ficha. Carrera de Especialización clínica con personas con discapacidad.
CORDIÉ, A (1993): "Un niño psicótico". Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
DSM-IV: "Manual de diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales", IV Edición, Toray Masson.
FREUD, S. (1895): Proyecto de psicología para neurólogos. En Obras Completas. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu.
LACAN, J. (1976): De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad. México: Siglo Veintiuno editores.
LAURENT, É. (2013): La batalla del autismo. De la clínica a la política. Buenos Aires: Grama ediciones.
LEFORT R. (1995): Nacimiento del Otro. España: Ediciones Paidós.
MANZOTTI, M. (2008): Clínica del autismo infantil. El dispositivo soporte. Buenos Aires: Grama ediciones.

APROXIMACIONES DEL PSICOANÁLISIS EN TERRITORIO

Diana Judith Juliana Algaze [A], Jorge Esteban Caminos [B], Florencia Ester Linfozzi [C], Maria Victoria Pastor [D], Julieta Retamar [E]

"...lo grupal adviene cuando alguien se da cuenta que, ensimismado en los fantasmas de siempre, se está perdiendo algo de la fiesta que crece fuera de sí."
Marcelo Percia

¿Cómo hacer para contar una experiencia? Inevitablemente la misma tendrá su sesgo dado por quien recorta los hechos a compartir. Esto en sí no sería un problema; lejos está la ambición de escribir un relato neutro. El desafío es otro: no caer en clichés. ¿Cuál es la repetición evitada? Aquella que hace del relato de un abordaje en territorio una descripción de las deprivaciones, atrocidades, excesos varios que son el saldo de quedar por fuera de los sistemas, tanto del modelo neoliberal vigente, como del estatal, donde ya es sabido que muy de vez en cuando El Estado asoma sus narices.

El anhelo entonces no será hablar de los efectos de dichas exclusiones; la ambición es contar

[A] Lic. En Psicología. Docente (UBA). Investigadora UBACyT. Facultad de Psicología UBA. CABA. Argentina. dianalgaze@gmail.com
[B] Lic. En Psicologia (UBA) Docente UBA. Investigador PROINPSI. CABA. Argentina. jorge.e.caminos@gmail.com
[C] Lic. En Psicología UBA, Docente. Dirección de Niñez y Juventud de Morón. Moron, Buenos Aires. Argentina. florlinfozzi@gmail.com
[D] Lic en Psicología UBA, Concurrente en Hospital Alvarez. CABA. Argentina. mvicpastor@gmail.com
[E] Lic. En Psicología (UBA) Docente UBA Cursista en Hospital Alvarez. CABA. Argentina. retamarjulieta@gmail.com

qué se hizo y qué pasó por entre los márgenes de las instituciones, entendiendo aquí incluso a las que rigen este territorio.

No hablamos de un experimento (Larrosa, 2006) que busca determinados efectos o parte de una situación leída en otra parte y con ciertos lentes. Intentaremos dar cuenta de una travesía que en su acontecer fue orientándose, transformando singularmente a quien pudo dejarse tomar por lo sucedido, nosotros allí también concernidos. A continuación, entonces, damos cuerpo a una lectura posibilitada por aquellas intuiciones que toman forma hoy en este recorte, no restringiendo otras posibles.

Nuestro escrito preservará la intimidad de quienes formaron parte de lo vivido, por esto, los datos serán los indispensables para la prosecución de las argumentaciones desarrolladas.

Silbando bajito...

Fuimos convocados por una organización que desempeña actividades territoriales en una zona del conurbano, impulsados por algunas situaciones a las que consideraron "urgentes, que se nos escapan de las manos"; no sin antes intentar abordarlas, refirieron encontrar límites en lo que ellos podían resolver. Por las diferentes actividades propuestas suelen rotar participantes de algunas formaciones académicas con las cuales la organización tiene vínculos, breves pasantías que en su mayoría se agotan en la actividad académica misma.

Luego de una serie de reuniones en las que fuimos conociendo el funcionamiento de la organización, se dispuso un primer ordenamiento tentativo del trabajo que veíamos posible. Explicitamos que no podíamos ofrecer atención individual dado que no se trataba de un establecimiento que cumpliera las normativas requeridas para ese fin. Tampoco un equipo de respuesta inmediata a las emergencias; propusimos un abordaje lo más abierto posible, apostando a que circulara la palabra en un grupo de adolescentes que comparten distintos espacios. El proyecto fue entonces un taller sin temática definida, coordinado por seis psicólogos que rotarían su asistencia en duplas cada dos meses. A su vez, el grupo de profesionales se completaba con una séptima integrante con la cual se sostuvieron reuniones regulares en las que se dio lugar a la elaboración y supervisión de las propuestas, el material y sus distintos efectos. Desde el primer momento ofertamos lo posible, incluso respecto de la duración de nuestro acompañamiento.

Al momento de interiorizarnos sobre lo que estaba aconteciendo en la población y cuáles eran las problemáticas que los atravesaban, sugerimos contar con los espacios de atención en salud mental cercanos a la zona. La respuesta no se hizo esperar: casi un desdén respecto de lo que se estaba proponiendo. La razón: un sinfín de anécdotas muy paradojales donde una y otra vez quienes intentaron acudir para poder ser atendidos fueron en reiteradas ocasiones eyectados sin mayores explicaciones. El saldo de esto se percibía rápidamente: una inconmensurable soledad porque se sabían incluso más al margen que los márgenes imaginables. De allí que convocarnos a su espacio, a su lugar de pertenencia fundaba algo inédito. En primer lugar, la mera presencia rompía con una lógica de invisibilidad que hasta entonces habían sentido por parte de los agentes de salud mental. En segundo lugar, daba la impresión de que el sentirse locales imprimía confianza; eran anfitriones y en cierto modo eso ofrecía garantías frente a lo éxtimo que inexorablemente encarnábamos. Lo que mejor teníamos para hacer en ese momento inaugural, donde se percibía entre sombras la hostilidad de aquel que casi ha perdido las ganas de confiar, era silbar bajito.

Para dar inicio al taller todos asistimos una primera vez al encuentro tanto de los jóvenes como del espacio que comparten, con un horizonte: presentarnos. A partir de allí surgieron distintas propuestas lúdicas. Se invitó a que cada uno tomara la palabra, nombrarse y nombrar algo propio... dos lógicas comenzaron a ponerse en juego: un colectivo bajo el cual los nombres propios se borraban en aras del formar parte; y la ocasión de "interconectarse" azarosamente con los otros en su singularidad.

Los encuentros versaron entre momentos de juegos, de circulación de la palabra respecto de lo compartido como así también de producciones escritas. Con la primera dupla se instituyó la novedad de conocer a un extranjero, aprender sus modos y presentar los propios; incluso interpelar

respecto del saber que le suponían a los psicólogos: "¿cómo se trabaja en equipo?", "¿cómo se confía en el otro?", "¿siempre se llora a alguien que muere?". Se abandonó la búsqueda de un protocolo estandarizado sobre las penas y se dio paso a preguntas que resonaron en el colectivo. Casi por añadidura, con el avance de los encuentros se arribó a la producción de un nombre: *taller de psicología adolescente*, "es un espacio grupal y también individual, el único punto de encuentro entre nosotros, porque con algunos no nos conocíamos", supieron decir.

Llegado el momento de realizar la primera rotación, el equipo entrante apeló a sostener el ofrecimiento dado por la pareja anterior. No fue tanto la partida de la primera dupla, sino la introducción de la segunda, lo que permitió el despliegue de ciertos efectos, tanto en los jóvenes como en la organización en su totalidad. Como primera respuesta la discontinuidad se hizo presente: retiradas intempestivas del encuentro, ausencias, olvidos del mismo, o bien compromisos con otras actividades de manera simultánea. A su vez, insistieron en expresar su descontento respecto de la rotación de profesionales. Todo esto no impidió algún trabajo posible respecto de lo que se había iniciado, con la salvedad de que no todos los que comenzaron, acompañaron.

Dentro de esta lógica, la apuesta fue por el despliegue de lo que se venía nombrando como propio. No sin mencionar la discontinuidad, se apuntó a compartir las historias de cada uno en la organización, cómo se conocieron, cómo llegaron, qué rasgos de la misma permitieron elegirla y volver. Como saldo de un encuentro la frase resonante fue "somos las historias que contamos". En la actividad de despedida de esta dupla de psicólogos se propuso un juego con la opción de invitar a los coordinadores de la organización; automáticamente los jóvenes se dirigieron corriendo hacia ellos, en el entusiasmo de la invitación se colaron gritos: "ahora les toca a los grandes".

Para la siguiente y última rotación, la queja sobre el formato del taller en tanto alternancia de duplas se retomó; incluso preguntaron por los psicólogos anteriores: "¿no vuelven?". A pesar de ello, se desplegó un trabajo sobre *las diferencias* que localizó lo que se pierde en la homogeneización del grupo: en una de las dinámicas propuestas se invitó a jugar al ¿quién es quién?, se reconocieron a través de sus roles en la organización. Cuando se restringió esa posibilidad se dificultó identificar a los compañeros en rasgos más propios, quedando de manifiesto que la participación en el colectivo se sostenía restando las singularidades que podrían nombrarlos.

Llegado el encuentro final, antes de iniciar la actividad del día, se mencionó que la vez siguiente se realizaría un cierre al que asistirían todos los profesionales. En esta ocasión, el malestar se radicalizó en una serie de expresiones agresivas, se burlaron entre sí, a la dupla y las consignas propuestas, superponiendo voces al punto de imposibilitar el diálogo, se retiraron del lugar sin mediar palabra, jugaron paralelamente de manera ruidosa entre algunos. Lo intempestivo de sus respuestas tomó por sorpresa a la coordinación, tal que se volvió imposible intervenir. En la supervisión siguiente, tomando lo sucedido, se arribó a la lectura de que el obstáculo radicó en no poder poner un límite al despliegue de ese malestar, al punto de que se vio interrumpido el trabajo. Con todo esto, se acordó invitar a la supervisora para realizar el cierre.

El último encuentro contó con todo nuestro equipo. La idea era poner en palabras la hostilidad de la vez anterior, pero también realizar un balance del taller en sí y evaluar con ellos la continuidad o interrupción del espacio. Sorprendió a varios participantes el que estuviera la supervisora a quien habían conocido tiempo atrás en el marco de otra actividad. El encuentro versó en una conversación en la que se retomó lo sucedido la semana previa, ante lo cual se mostraron entre desentendidos y no pudiendo ubicar nada problemático o extraordinario en lo acontecido. A su vez, reapareció la queja insistente sobre la discontinuidad de las duplas, al tiempo que se cuestionó el ofrecimiento del taller en tanto no entendían el para qué del espacio. En esta línea, la supervisora tomó la palabra y retomó el dicho de uno de ellos mencionado un año atrás. Entonces se introdujo una variante: el recuerdo no requiere de la presencia constante…

La sorpresa no se hizo esperar, surgió el relato sobre un padecer: "siempre cantamos las canciones de los grandes", comenzaron a aparecer retazos de escenas donde sus voces no fueron escuchadas a la hora de elegir actividades, como por ejemplo la posibilidad de la selección de un

tema para luego finalmente presentarles el que ya estaba predeterminado. Se abrió una interlocución, rememoraron situaciones compartidas y evaluaron lo sucedido.

Finalmente se debatió qué pasaría con el taller adolescente, ¿seguiría?, ¿se interrumpiría?, ¿sería convocado en el "quilombo", tal como sus integrantes dijeron, o preferían estar acompañados antes de la explosión del mismo? Se decidió por esta última modalidad; nos despedimos no sin decir que ellos contaban con nosotros.

¿Masa versus grupalidad?

"En la vida anímica del individuo el otro cuenta como modelo, objeto, auxiliar y enemigo, por eso desde el comienzo la psicología individual es social." (Freud, 1921, p. 67) Freud agregará que todos los vínculos que han sido examinados por el psicoanálisis tienen derecho a reclamar que se los considere fenómenos sociales. A su vez, la consolidación de una masa requiere que los individuos tengan un objeto en común. Se destaca la capacidad para influirse recíprocamente.

Freud no duda en abordar la masa desde la lógica de la libido: vínculos de amor son su esencia. Al momento de la conformación de la misma, las diferencias entre aquellos que la integran desaparecen. Se suscita la restricción del narcisismo. Aclara que esto es posible por la ligazón libidinosa con otra persona: "…cuando observamos que en la masa surgen restricciones del egoísmo narcisista, inexistentes fuera de ella, habremos de considerar tal hecho como una prueba de que la esencia de la formación colectiva reposa en el establecimiento de nuevos lazos libidinosos entre los miembros de la misma". (Freud 1921, p. 98)

¿Qué peculiaridades caracterizan a estos vínculos? "Nos hallamos aquí ante pulsiones sexuales que sin perder nada de su energía, aparecen desviados de sus fines primitivos…" (Freud, 1921, p. 98)

Otro abordaje que propone referido a las masas es la homologación con una noción que data de tiempos anteriores en su teoría. Afirma que la misma es el saldo de un renacimiento de la horda primordial. Para esto ubica la relevancia que el conductor adquiere en su consolidación, donde prima la condición de que ame por igual a aquellos que la integran. "Una masa primaria (…) es una multitud de individuos que han puesto un objeto, uno y el mismo, en el lugar de su ideal del yo, a consecuencia de lo cual se han identificado entre sí en su yo." (Freud, 1921, p. 110)

¿Por qué hacer este repaso por un texto tan conocido? ¿Qué relación guarda con la experiencia?

En nuestro primer acercamiento pudimos constatar que este grupo de adolescentes parecía tener un fuerte sentimiento de pertenencia respecto del conjunto que integraban. Se manejaban incluso como bloque. Primera sorpresa: si bien se conocían hacía muchísimo tiempo, ignoraban los nombres propios.

Pensamos que dicho desconocimiento es condición de pertenencia frente a este colectivo. De allí que haya resultado tan innovador el querer conocerse, el preguntar por las historias, por el recorrido de cada quién, sus gustos o rasgos más propios.

Salta a la vista que la modalidad de trabajo que propusimos fue disruptiva. Quizá en parte por el manejo de temporalidad que sostuvimos, con rotaciones prefijadas, las cuales se vieron interrumpidas por contingencias varias. Pero también es factible que el convocar un relato en nombre propio haya significado incluso por primera vez para algunos, mostrarse. Esta suerte de presentación, donde ya no eran apéndices que integraban un todo, fue un quiebre. Con pudores, vergüenzas y risas hicieron que lo colectivo -al menos por un rato- se caracterizara no por lo indistinguible, sino por un relato compartido.

La consolidación de la masa, en este caso parecería ser una suerte de "ambiente facilitador", un soporte que habilitó desde la comunidad un espacio para el encuentro, para poder afrontar como colectivo algunas vicisitudes dadas en el barrio. Un ambiente donde hay lugar para el despliegue de la preocupación por el otro entendida como lo que siente el individuo en tanto acepta la responsabilidad de cuidado por el prójimo, de esta forma los miembros se vuelven objeto de preocupación de alguien más. Experimentar este sentimiento es según Winnicott "el sustento de

todo juego y trabajo constructivos"; ¿se podría pensar entonces, a la luz de la experiencia, que el haber habilitado un espacio de escucha pudo dar lugar una preocupación *"diferente"*?

Como saldo del taller se fueron construyendo, a lo largo de los encuentros, lugares para lo nuevo, para evidenciar lo silenciado por la masa ("nadie nos escucha"). De este modo, se les ofreció la oportunidad de dar y reparar, lo que posibilitó el armado de lazos inéditos entre los adolescentes y los psicólogos, quienes fueron invitados a intervenir antes de que "estalle el quilombo".

Esto último puede ser formalizado desde la idea de lo grupal, concepto que trabaja Marcelo Percia en su texto *Lo grupal, políticas de lo neutro*. El autor sostiene que es gracias a esta noción que en los grupos se desbarata las formaciones instituidas. Dirá: "Lo grupal sabe que no se trata de zarandear silencios hasta que caigan de las bocas blasfemias contenidas, sino de intentar la escucha de lo acallado como extrañeza siempre por alojar, aún sin decir." (Percia.) Haber dado el tiempo, el lugar, la espera incluso a ese dicho siempre en fuga, siempre evanescente, visibilizó lo grupal que parecía perderse entre los márgenes de esta masa. Gracias a este movimiento se legitimó el interrogar el sentido de las acciones colectivas y no darlas por válidas e inconmovibles inexorablemente; se introdujo lo dinámico. (Percia)

Finalmente, la pregunta de nuestro título ¿es asertiva?; ¿se trata de una oposición entre masa y grupalidad? Creemos que no; más bien son elementos que se influyen recíprocamente, incluso no son una sin la otra. Quizá se pueda sostener una aproximación respecto de lo social entendido como el saldo del entramado de ambas concepciones.

Una versión de lo posible.

Deseo del analista y analista traumático, dos operadores del discurso analítico. ¿Cómo pensarlos en la grupalidad? Quizá la respuesta se halla en la clase del 4 de mayo de 1972 dado que en ella Lacan parte de ubicar la definición de lazo social con la necesaria inclusión del lenguaje, del siguiente modo: "…estructura que designo con el término discurso, es decir aquello por lo cual por el simple efecto del lenguaje, se precipite el lazo social. Nos dimos cuenta de eso sin tener necesidad del psicoanálisis, y hasta es lo que se llama habitualmente ideología." (Lacan, 1972)

Si, efectivamente, por el mero efecto del lenguaje se precipita el lazo, consideramos que tanto el deseo del analista como el analista traumático pueden ser jirones que sirvan a la hora de leer nuestra experiencia, en la medida en que la misma es lazo social.

Sostuvimos entonces el interrogante que apuntaba a situar la posición del analista en la grupalidad comunitaria, especialmente el deseo del analista. Resuena una referencia: "El deseo del analista no es un deseo puro. Es el deseo de obtener la diferencia absoluta, la que interviene cuando el sujeto, confrontado al significante primordial, accede por primera vez a la posición de sujeción a él. Sólo allí puede surgir la significación de un amor sin límites, por estar fuera de los límites de la ley, único lugar donde puede vivir"[1] (Lacan, 1965, p. 284). El deseo del analista es un operador clínico y no un purismo, más claro y distinto; se trata de deseo orientado, sostenido y decidido por esa direccionalidad hacia la singularidad, hacia el otro.

Allí donde se ofreció una disponibilidad se fue a contrapelo de cualquier impostura. Disponibilidad como modo de no oponerse sino de dejarse tomar por el encuentro con los otros, respondiendo de manera inédita, cada vez, sin servirse de lecturas que previamente *indicarían* lo necesario o estandarizado, signado por lo que se presupone que falta. La brújula: aquello posible determinado por los múltiples imposibles del territorio, sosteniendo la diferencia del otro esperado.

El movimiento versó en sostener la disparidad que fundó la posibilidad de relatar el malestar del que se padece, subvirtiendo la posición de quienes lo cuentan. No fue solamente acusar recibo del mismo sino una operación de escucha que implica escritura, ¿de qué? del encuentro como punto de viraje que una vez producido no puede des-decirse, ni des-andarse. Equivocar la figura

1 *El subrayado es nuestro.*

que cobra el extranjero para este colectivo al tiempo que tolerando la carga de esa encarnadura.

La pregunta que resta entonces no es cómo producir este encuentro en la grupalidad, sino cómo propiciar la escritura que funda una transformación inolvidable.

"¿Que es el psicoanálisis? Es la localización de lo que se comprende de oscurecido, de lo que se oscurece en comprensión, por el hecho de un significante que marcó un punto del cuerpo" (Lacan, 1972) Consideramos que sobre el cierre de la última rotación efectivamente se precipitó lo oscurecido. Agresiones, burlas, enojos; emerge lo disruptivo siendo casi inviable sostener la prosecución del encuentro. ¿Qué pasó? Podemos conjeturar que se dijo que era la última vez; una vez más la introducción de la variable temporal, la despedida…algo así como un "si van a irse al final ¿para qué vinieron en primer lugar?", como si se constatara que los de afuera son de afuera, vienen por algún interés, una suerte de usufructo; luego se van inexorablemente y nada queda de esos encuentros. ¿Cómo hacer de esa nada una inscripción?

En el cierre estábamos todos, desde quienes integraron la primera rotación, hasta la última, e incluso quien había asistido hacía casi un año. Parecía como si no recordaran nada de nada. Ni lo sucedido, tampoco lo hablado… no se vislumbraba indicios del enojo. La intervención consistió en algo simple: poner en palabras lo acaecido, es decir apuntar al registro de lo dicho. En esa línea también se trajo a colación algo que uno de los integrantes había contado mucho tiempo atrás. Habían sido escuchados y no solo eso, sino que lo explicitado fue tenido en consideración. Este movimiento hizo que se destrabara el diálogo. Entonces sí recordaron qué había sucedido la última vez, sí se podía poner en perspectiva qué había pasado con las intermitencias en la continuidad del taller e incluso- y esto quizá es lo más representativo- se daba lugar a pensar qué querían, cómo les gustaría continuar. Esta línea posibilitó la emergencia del malestar ahora sí en su presentación más desvelada: "siempre cantamos las canciones de los grandes"; en síntesis, el sentir que no se los registraba ni en lo que deseaban como tampoco en lo que decían. Dada la zozobra que se encarnizó en el taller, apuntamos a equivocar la pregunta que incluso se explicitó al modo de un ¿para qué desear? Con énfasis y un tono por demás decidido ubicamos la relevancia de defender lo que cada quien quiere, agregando que si bien no siempre obtendrían el consenso de la aceptación, no por eso era irrelevante desear. Las sonrisas surgieron, y quizá incluso cierta emoción, a la manera de un alivio…

"El psicoanálisis es lo que reproduce una producción de la neurosis. En cuanto a eso, todo el mundo está de acuerdo. No hay un psicoanalista que no se haya dado cuenta. Esta neurosis que se atribuye no sin razón a la acción de los padres no es alcanzable más que en la medida en que la acción de los padres se articula justamente por la posición del psicoanalista. (…) Todo padre traumático está en definitiva en la misma posición que el psicoanalista. La diferencia está en que el psicoanalista, por su posición, reproduce la neurosis, y en cuanto al padre traumático, la produce inocentemente." (Lacan. 1972). A nuestro entender, la repetición en este espacio colectivo no se hizo esperar. Sobre el cierre del encuentro pudo ser dicho aquello que se estaba actuando; en definitiva, ¿a quién estaba dirigida la hostilidad de los vaivenes de la presencia-ausencia? Quizá a los otros de cada uno de estos adolescentes, a todos los agentes de salud, al Estado, y factiblemente, a la coordinación, que si bien estaba, no terminaba de registrar algunas de las cosas que ellos querían. El dispositivo del taller fue habilitante para que se desplegara la repetición del malestar; se salió al encuentro de una reproducción. Así, la lógica utilizada en el devenir de las intervenciones condice con el analista como traumático que persigue la gestación de un penar. La orientación se ajusta a la cita con la que se da inicio a este párrafo.

"De lo que se trata es de reproducir este significante a partir de lo que fue su eflorescencia. Hacer modelo de la neurosis, es en suma la operación del discurso analítico. ¿Por qué? Es en la medida en que quita la dosis de goce." (Lacan 1972). Siguiendo finalmente este lineamiento que sitúa la merma de goce ubicamos el para qué leer esta experiencia hecha en territorio desde el discurso analítico: habilitación deseante en su condición de potencia absoluta en desmedro de las

vacuas repeticiones. El porvenir... incierto; de lo que no quedan mayores dudas es de los efectos que produce una oferta decidida comandada desde la ética del psicoanálisis.

Conclusión

Todo lo que vengo diciendo de la supervivencia como complicación de la oposición vida-muerte procede en mí de una afirmación incondicional de la vida. La supervivencia es la vida más allá de la vida, la vida más que la vida, y el discurso que sostengo no es mortífero, al contrario, es la afirmación de un ser viviente que prefiere el vivir e incluso el sobrevivir a la muerte, aunque la supervivencia no es simplemente lo que queda, sino la vida más intensa posible.

Jacques Derrida

Imposible suponer que ciertos dolores desaparecerán; creer que se podrían erradicar las diferencias con solo anhelarlo. A veces el horizonte poco auspicio del desafío de la clínica puede hacernos desistir de las apuestas más estimulantes e incluso de aquellas que creímos inabordables en primera instancia.

En esta ocasión pasó algo nuevo y Derrida vino a darle nombre... la supervivencia es cada vez, para cada quien; porque en última instancia hacer de la vida la versión más intensa posible quizá puede ser una opción.

Bibliografía.

Freud, S. (1921) Psicología de las masas y análisis del yo. En Obras completas v. XVIII. Amorrortu. Buenos Aires. 2010.
Lacan, J. (1964) Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Paidós. Buenos Aires, 2015.
Lacan, J. (1971-72) Seminario 19: ...o peor. Paidós. Buenos Aires, 2012.
Larrosa, J. (2006). Sobre la experiencia. ALOMA Revista de psicología, cs. de la educación y el deporte. Número 19. Buenos Aires.
Percia, M. (2015). Lo grupal, políticas de lo neutro. Recuperado de: http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/grupos/percia/Lo%20grupal,%20politicas%20de%20lo%20neutro.pdf
Winnicott, D.W., (1963) El desarrollo de la capacidad para la preocupación por el otro. En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Paidós. Buenos Aires, 2015.

Bibliografía de consulta.

Freud S. (1929) El malestar en la cultura. En Obras completas v. XXI. Amorrortu editores. Buenos Aires, 2011.
Mitre, J. (2018) El analista y lo social. Grama Ediciones. Buenos Aires.
Perugino, A. (2014) Hueco de vida: subjetividad y exclusión. Yotser Libros. Buenos Aires.
Rodríguez, S. (2010). Desarraigos villeros. Ediciones Odisea 2001.
Ulloa,F. (2011) Salud ele-mental con toda la mar detrás. Libros del Zorzal. Buenos Aires, 2012.
Ulloa, F. (2012) Novela clínica psicoanalítica: historial de una práctica. Libros del Zorzal. Buenos Aires, 2012.
Winnicott, D.W. (1991) Deprivación y Delincuencia. Paidós. Buenos Aires, 2011.
Winnicott, D.W. (1958) La capacidad para estar solo. En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Paidós. Buenos Aires, 2011.

INVESTIGACIÓN SOBRE HUMOR, AGRESIVIDAD Y RESILIENCIA EN UNA ZONA VULNERABLE

Nancy Caballero [A]

El humor es un factor protector en la generación de resiliencia. Y en el trabajo con niños se observó no tenían humor simbólico.

La investigación sobre el desarrollo de la resiliencia en niños es acotada, ya que si bien la resiliencia es un constructo ampliamente investigado en distintos grupos muestrales, son escasos los

[A] Psicopedagoga y Lic. en Psicología (UCA) Mgter en Psicología social (UNCuyo), doctaranda en Psicología (UDAconcagüa) Mediadora completa (U.Congreso), Orientadora Familiar (UNCuyo) Profesora UCA. Godoy Cruz, Mendoza. Argentina. nancy@kairosconsultoria.com.ar

estudios que se orientan a la población infantil. En este sentido, los resultados de la presente investigación contribuirán a la generación de conocimiento sobre los procesos de construcción de la resiliencia en niños y preadolescentes de contextos en riesgo, en su relación con el sentido del humor y/o la agresividad.

A nivel práctico, los resultados obtenidos tienen especial relevancia tanto para las instituciones colaboradoras, como es el Hogar de Cristo y personas que se desempeñan funciones asistenciales en este contexto tales como docentes, voluntarios, etc. Para ellos, los resultados obtenidos serán insumos que permitan generar estrategias formativas y de intervención, orientadas a fortalecer la resiliencia en niños y preadolescentes que se encuentran en contexto de vulnerabilidad socio-cultural y económica.

Los principales beneficiarios de este estudio serán los niños y preadolescentes del Campo Papa, de manera directa. Ello implica, entre otros aspectos, que puedan ser guiados en el desarrollo de un sentido del humor saludable que fortalezca su capacidad de resiliencia así como en el aprendizaje del manejo de la agresividad. Estas herramientas les permitirán compensar una realidad que no les permite mucho espacio para soñar escenarios diferentes, e intentar usar dichas experiencias como pequeñas plataformas de despegue hacia otras metas. Por último, destacar el potencial impacto al resto de la comunidad del barrio en general.

Se realizó un estudio en un contexto de alta vulnerabilidad socio-económica: El Barrio Papa, más conocido como Campo Papa. Este ambiente presenta carencias de todo tipo, por lo que la falta de humor, como simbolización de estados de ánimo negativos y la agresividad, como única forma comunicacional, que se da en los niños, parece ser fruto de un aprendizaje vicario, ya que es lo que ven y escuchan en sus casas. Este contexto limitante, no admite la formación de actitudes resilientes en los niños, que les permita salir de este círculo de pobreza, que es estructural y excede ampliamente a lo material. En general, quienes viven aquí comparten una idiosincrasia propia y muy difícil de comprender para el resto de la sociedad mendocina. De hecho, frente a oportunidades de estudio, capacitación y trabajo la reacción tanto de los niños y jóvenes, como por parte de los adultos es no intentarlo o abandonar ante el primer problema, teniendo gran dificultad para reponerse ante las experiencias negativas. La actitud de resignación ante un futuro con "visión de túnel" en términos de Beck (1979), donde el consumo, la pobreza y la imposibilidad de salir del "barrio" están en su discurso a futuro como un determinante y no como un condicionante. En estos ámbitos de vulnerabilidad socio-económica, el humor que puede observarse es poco simbólico y esto entorpece el afrontamiento de situaciones adversas que su medio les presenta a diario. En este tipo de contextos, puede observarse que la necesidad de relajarse genera cierta tendencia hacia el humor agresivo, mediante el cual se trata de ridiculizar a las personas o burlarse de los valores. Es lo que se conoce como ironía, sarcasmo o cinismo que, lejos de ayudar a superar las situaciones dolorosas, lo que produce es una respuesta de contraataque de las víctimas de la burla, y el consiguiente aislamiento social del cínico. De hecho, los niños responden orgullosamente que "no se ríen nunca" o "nada me hace reír", como si no poseer sentido del humor los ubicara en un status superior. En la niñez, desarrollar el sentido del humor es una forma consciente o inconsciente de contrarrestar la fuerza con la cual golpea una situación adversa. El/la niño/o suele canalizar sus miedos a través del humor agresivo, para lo cual utiliza todo el recurso de la imaginación y la fantasía para construir un mundo conforme con los propios deseos, dentro del cual recrea las situaciones estresantes de tal manera que pueda controlarlas, logrando así, recuperar la confianza y el valor perdidos. Ayudarlos a jugar, reírse de las propias debilidades y superar las dificultades es una tarea que puede modificar su capacidad de afrontamiento y resiliencia a futuro. A esto se suma, el uso de conductas agresivas, ya que suplantan el humor con conductas agresivas y, dicha agresividad, se transforma en su estilo comunicacional .Entendiendo que el sentido del humor y el manejo de la agresividad son esenciales para la formación de resiliencia, es se investigó en este trabajo ¿Cómo se desarrolla la capacidad de resiliencia en niños y preadoles-

centes (entre 7 y 13 años) insertos en un marco de vulnerabilidad socio-cultural? ¿De qué manera el sentido del humor condiciona la construcción de la resiliencia, en este grupo de características particulares? ¿Qué relación guarda el manejo de la agresividad en sus distintas manifestaciones en el proceso de desarrollo de la resiliencia?

Las técnicas utilizadas fueron cuantitativas y cualitativas

Para la instancia cuantitativa se utilizó un instrumento que contempló variables de base –sexo, edad, escolaridad, etc.dos pruebas psicométricas orientadas a medir las variables centrales de la tesis: resiliencia y agresividad. Finalmente, se aplicó una rúbrica de observación para evaluar el sentido del humor.

Inventario de Factores Personales de Resiliencia de Salgado (2005) en su versión adaptada para niños, denominada Inventario de Resiliencia Infantil – IRI (Solorzano Fàbrega, 2016). El IRI está conformado por 48 reactivos con respuesta dicotómica (sí-no). Para agresividad

Se utilizó la versión española del Agression Questionnaire – AQ de Buss y Perry (1992), adaptada por Andreau Rodríguez, Peña Fernández y Graña Gómez (2002). Originalmente, este test fue confeccionado para trabajarse con adultos, sin embargo, su uso se extendió a otros grupos etarios como niños y adolescentes. El Agression Questionnaire – AQ, de Buss y Perry (1992), se operacionaliza en agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad.

Se aplicó la rúbrica para medir el humor elaborada por Castillo Vicente & Ochoa Huaringa (2018); está compuesta por 10 ítems que permiten medir tres dimensiones: crear humor, dimensión social y dimensión constructiva. Cada uno de los ítems permite medir la conducta observada en el niño en tres categorías de desarrollo: inicio, proceso y logrado.

Las técnicas cualitativas fueron Entrevistas en profundidad, observaciones (etnografía) y Relatos

ANÁLISIS CUALITATIVO DE HUMOR: CATEGORÍAS

Una de las técnicas aplicadas fue el relato de los niños de momentos que recuerdan con mucho humor. Y estos relatos fueron grabados, y luego analizados con las mismas categorías del test de humor de las técnicas cuantitativas. A fin de poder triangular en los resultados finales ambos resultados.

Definición de cada categoría:

Los relatos de los niños serán analizados según las categorías de la técnica utilizada anteriormente, a fin de verificar similitudes y diferencias en el resultado de las mismas, es por esto que serán tres categorías, agregando algunas subcategorías, según surgieron algunas especificidades en la observación.

Categoría 1: CREAR HUMOR

Esta categoría define actitudes positivas que generan bienestar en sí mismo y en otros (saludar con alegría, dramatizar situaciones, gestos graciosos, dar ánimo). Es la capacidad de generar ambientes positivos por ejemplo poniendo un toque de alegría al llegar, dramatizando acciones graciosas y con ello evitar la agresividad, haciendo gestos graciosos. Como también dando ánimo a sus amigos, a pesar de haber perdido con ellos en un juego o competencia.

Siguiendo los descubrimientos de Rizzolatti (1996) citado por Iacoboni, M. (2009), sabemos sobre las neuronas espejo recientemente descubiertas en el cerebro humano y que la neurofisiología explica plausible de las formas complejas de cognición e interacciones sociales. Las mismas perciben los estados de ánimo de quienes interactúan, generando así predisposición positiva o negativa, y con ello climas favorables o adversos en los grupos. Y como dirá Goleman (2010) en la Inteligencia Social: "….cuidado, las emociones son contagiosas". Por esto es que las reacciones de los niños frente a situaciones humorísticas o trágicas marcarán el tipo de vínculo que establecerán.

Esta categoría se identifica en relatos tales como:

"Cuando me metí en el barro y todos se rieron conmigo" (R. 24,Id. 1; nena 8 años)

"Cuando estoy con mis amigas hablamos de cosas chistosas, me hace reír." (R. 69; Id. 21; nena, 6 años)

"Es divertido cuando juego a la pelota." (R. 28; Id. 27; varón 8 años)

Categoría 2: DIMENSIÓN SOCIAL

Es parte del humor dentro de la intersubjetividad, el otro es necesario, y a partir de él puedo interactuar. En esta categoría podemos distinguir dos subcategorías: social positivo, social negativo y social espectador.

Subcategoría Social positivo: es la risa con el otro, desde lo lúdico (relato o hechos) y compartir alegría por ello.

Esta categoría se encuentra en relatos tales como:

"Cuando me metí en el barro y todos se rieron conmigo" (R. 1; Id.24, nena, 8 años)

"Que mi hermanita se suba arriba mío y me hace reír mucho" (R.8; Id.41, nena 9 años)

"Lo más chistoso es que una vez dicen chiste y nos reímos tanto (R.9; Id.76¸ nena 9 años)

"Cuando veo los videos graciosos, me río" (R. 13; Id. 65¸ nena 9 años)

"Me mi hermano me cuenta cosas chistosas, y me hace reír." (R.28; Id.27; varón, 8 años).

Subcategoría Social negativo: si bien el planteo es claramente para ver mi yo en el espejo del otro, como devolución de mis acciones, ubicaremos en esta categoría cuando el otro, partícipe necesario de lo que causa la risa o hilaridad.

Esta categoría se encuentra en relatos tales como:

"Me hizo reír cuando mi hermana le hace burla a mi abuela" (R.2; Id.23; nena, 8 años)

Que haya reído mucho cuando me he caído, o se ha caído mi tía. Con mi amiga…..me pega, me c…. de la risa, he jugado, me hace caer. (R. 11; Id.13; nena, 7 años)

"El otro día estábamos andando en bici en el patio con mi prima y nos caímos las dos, y adentro de la pileta que tenía agua." (R.17; Id. 64; nena, 9 años)

"A veces miento, que viste cuando mi mamá me pega o me reta yo me río." (R.22; Id. 60; nena, 7 años)

"Yo me río cuando mi hermano se cae o yo me caigo" (R. 23; Id.5; nena 10 años)

"…Pero gracioso es que mi hermano me estaba pegando y mi mamá le pegó. Porque me reía con mi familia porque mi familia le pegó a mi hermano, y después yo le pegué a mi hermano, eso me hizo reír." (R.30; Id. 102; nena 6 años).

Subcategoría Social Negativo Espectador

Es en estos casos cuando el niño se pone en espectador de la tragedia del otro, le causa gracia el dolor o la humillación ajena, no se observa necesidad de ayudarlo o aliviar ese sufrimiento. No aparecen rasgos empáticos.

Esta categoría se encuentra en relatos tales como:

"Con mi hermana que se cayó y se sacó los dientes, no la ayudé, me reí mucho" (R.5; Id.3; varón 9 años).

"Si, que mi Tata se tiró a la pileta y se salió el agua, y después la Bianca se metió y se ahogó. (R.7; Id.78; varón 11 años)

"Cuando se han caído mis hermanas, mi tía Chela, mi tía María cuando se han caído me río mucho. Casi todos se han caído." (R.10;Id. 63; varón 9 años)

"Un día estábamos jugando en el patio y mi hermano estaba andando en bici y dio como 8 vueltas en el aire y se cayó. " (R.15; Id.89, nena, 9 años)

"Que fue chistoso cuando mi mamá se cayó, había hecho unas pizzas y se cayó con las pizzas." (R.19; Id.90; nena, 9 años)

"Yo me río cuando mi hermano se cae o yo me caigo" (R.23; Id.5; nena 10 años)

"Ahora mi primo estaba andando en moto y se le fue la moto y se le cayó encima, me río mucho." (R.25; Id. 64; nena 9 años)

"Me río porque a mi tío le pegaron en una piedra aquí, y le dicen tres ojos. Y eso me dio risa." (R. 26; Id. 83; nena, 7 años)

"El Lucas, estaba en el zanjón y se le bajó el pantalón, el agua se lo bajó, se lo llevaba, se le iba pero lo rescató, pero me hizo reír mucho." (R.29; Id. 73; varón, 12 años)

"Que mi papá se iba a sentar en la silla y se cayó de culo al piso." (R. 31; Id.80; varón 11 años).

Categoría 3: Dimensión constructiva

Se identifican tres subcategorías: dimensión constructiva positiva, dimensión constructiva negativa y Justificación o reciprocidad

Subcategoría Dimensión constructiva positiva

Se refiere a resolver situaciones problemáticas con alegría. Pedir disculpas o aceptar sugerencias.

Desde lo positivo es cuando resuelva situaciones problemáticas con alegría, en estos relatos observamos poner situaciones triste y hasta humillantes tomarlas como causa de risa, sin embargo no parece una simbolización para superar el momento, sino un patrón donde la desgracia (propia o ajena es lo que les causa gracia, sin lograr la más mínima empatía hacia el otro, tampoco la esperan hacia sí mismos. No encontramos

Subcategoría Dimensión constructiva negativa

En tanto y en cuanto resuelve situaciones dramáticas poniéndolas como graciosas, pero altamente negativa pues convierte la desgracia en motivo de burla y risa, manifestado incapacidad de empatía, ya que aunque en un primer momento causara gracia, luego se conmovería por el dolor ajeno, intentando ayudar al otro. En los relatos, como los que enunciaremos a continuación, no aparece.

Esta categoría se encuentra en relatos tales como:

"Divertido. Me caí de una bici y me raspé todo." (R.16; Id. 88; varón 8 años)

"Una vez que me caí de la cucheta y me causó mucha gracia." (R. 18; Id. 94; nena 12 años)

"Cuando tenía los patines me caí y todos me hacían burla, y yo me reía." (R. 24; Id. 65; nena 9 años)

Subcategoría Justificación o reciprocidad.

Dentro de esta categoría aparece en ocasiones la justificación sobre porqué les hace gracia que golpeen o se rían de alguien, plantean "él lo hizo antes" "ella también se ríe cuando me pegan", su risa es reivindicatoria, o justificada desde el accionar del otro (en espejo).

Esta categoría se encuentra en relatos tales como:

"Cuando le pegan a la Guada, me parece gracioso que le peguen, y me gusta su llanto. Porque ella también se ríe cuando a mí me pegan" (R. 4; Id. 8; nena 8 años)

"Cuando yo le pegué a mi amigo de la escuela, y mi maestra me dijo que le pidiera perdón. Pero gracioso es que mi hermano me estaba pegando y mi mamá le pegó. Porque me reía con mi familia porque mi familia le pegó a mi hermano, y después yo le pegué a mi hermano, eso me hizo reír." (R.30; Id. 102; nena 6 años)

Conclusión de esta técnica: En el análisis cualitativo se puede observar con mucha coincidencia con las técnicas cualitativas ausencia de simbolización en el humor y habilidades sociales para el desarrollo del humor como herramienta que sana y fortalece. La investigación continúa.

BIBLIOGRAFIA

Castillo V. y Ochoa Huaringa ,(2018) Rúbrica para medir el humor
Bus y Perry (1992) Lista de cotejo de las conductas agresivas. Adaptado a niños (Chaín Pinzón, 2013; Morales Vargas, 2019).
Salgado Lévano,C. (2005) Inventario de Factores Personales de Resiliencia Infantil – Iri (Slorzano Fábrega, 2016)
Iacoboni, M. (2009). Las neuronas espejo: Empatía, neuropolítica, autismo, imitación, o de cómo entendemos a los otros (Vol. 3055). Katz editores.
Goleman, D. (2010). Inteligencia social: la nueva ciencia de las relaciones humanas. Editorial Kairós.

ANALISIS DE LA SALUD MENTAL EN PACIENTES PEDIATRICOS CON CANCER Y SUS CUIDADORES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Lilia Edith Carrizales Torres [A]

Introducción:

El diagnóstico de cáncer trae consigo una serie de emociones y situaciones estresantes muy difíciles de manejar tales como: dolor, la fatiga, tratamiento con quimioterapia, considerar la posibilidad de la muerte, cambios en la imagen corporal, cambios en el rol social y estilo de vida, los cuales son fuente de síntomas depresivos e incluso podrían provocar el desarrollo del trastorno.[1,2]

Durante la pandemia por COVID-19 las acciones para reducir la propagación están

enfocadas a lograr el distanciamiento social, a través del encierro y el autoaislamiento, lo que provoca la reducción de actividades al aire libre, esto impacta de forma directa en síntomas de depresión en niños provocando un aumento en la patología psiquiátrica base.[3-5] En China, a partir de la pandemia se establecieron nuevos valores de población juvenil con depresión, demostrando un aumento del 22.6% en contraste con el 17.2% de años anteriores.[6] En oncología pediátrica también incrementaron las solicitudes de apoyo psicológico tanto de pacientes como de familias durante la contingencia por COVID-19 [7, 8, 9, 10.]

Actualmente la prevalencia exacta de trastornos afectivos durante la pandemia en la población pediátrica mexicana oncológica se desconoce, al igual que el impacto en los padres.[11]

Objetivo:

Evaluar la salud mental de pacientes oncológicos pediátricos y sus cuidadores en tiempos de pandemia por COVID-19; así como describir la relación de los factores sociodemográficos y clínicos con el trastorno psiquiátrico.

Material y métodos:

Se evalúo a la población de pacientes entre 6 a 16 años de edad con diagnóstico por primera vez a partir del 2016 de las siguientes enfermedades: Hematológicas (Leucemia Linfoblastica Aguda, Leucemia Mieloide Aguda, Linfoma Hodkng, Linfoma no Hondking e Histocitosis) y Oncológicas (Tumores primarios).

Utilizando en los pacientes pediatricos la escala de CDI de Kovacs y la escala de autoestima Rosenmberg (RSE) ; para los cuidadores se utilizaron la Escala de estrés percibido (PSS) y la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Además de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (MINI KID). Para el análisis estadistico se uso el programa estadístico IBM SPSS Statistics para Mac, versión 24.

Resultados:

Se incluyeron un total de 63 pacientes **(Tabla 1),** No se encontraron diferencias significativas en la presentación de síntomas depresivos en relación con el género de los pacientes seleccionados, pero sí en correlación con la edad estadísticamente significativa.

En el diagnóstico médico fueron: LLA 68% (43), LMA 5% (3), linfomas 6% (4), histiocitosis 2% (1), tumores de sistema nervioso 3% (2), tumores germinales y gonadales 6% (4), tumores óseos 3% (2) y otros tumores primarios 6% (4).

En el tipo de tratamiento se encontraron en quimioterapia el 81% (51), quimioterapia y otro QT+ RT o CX el 12.69% (8), tratamiento expectante 1.58% (1) y sin tratamiento 4.76% (3). En

[A] Médico. Hospital Universitario José E. Gonzalez. Monterrey, Nuevo Leon. México. edit.lili@hotmail.com.

tiempo de evolución a partir del diagnóstico se reportaron los siguientes rangos: <5 meses 14.3% (9), 6 a 10 meses 17.46% (11), 11 a 20 meses 22.2% (14), 21 a 30 meses 26.98% (17) y ≥31 meses 19.04% (12).

La frecuencia de hospitalizaciones encontrada fue la siguiente: ninguna 7.9% (5), 1 a 5 hospitalizaciones 76.2% (48), 6 a 10 3.2% (2), 11 a 15 con 1.6% (1) y no valorado 11.1% (7). Y los días de hospitalización fueron: 1 a 20 días 63.49% (40), 21 a 40 días 12.71% (8), ≥41 días con 3.17% (2) y no valorado 20.63% (11).

De acuerdo al cuestionario de Depresión Infantil CDI de Kovacs se reportaron la severidad de síntomas: sin depresión el 48% (30), con depresión leve 40% (25), depresión moderada 9% (6) y depresión severa 3% (2). La entrevista MINI KID se reportan en la (**Tabla 2**). Debido a que la autoestima es un concepto más abstracto, en la escala de autoestima RSE solo se consideraron los adolescentes ≥12 años, de la muestra un total de 26 pacientes quienes presentaron: autoestima elevada 42% (11), autoestima media 39% (10) y autoestima baja el 19% (5).

En la escala de estrés percibido los resultados fueron los siguientes: sin estrés 37% (23), con estrés leve 49% (31), estrés moderado en el 14% (9) y ninguno con estrés severo.

En la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit se encontraron sin sobrecarga al 70% (44), con sobrecarga ligera 22.2% (14) y con sobrecarga intensa el 8% (5). Mediante el análisis estadístico con la medida Rho de Spearman se obutvo en la correlación entre la edad del paciente pediátrico y la presencia de depresión por MINI KID(p= 0.037).

En la correlación de estrés percibido por los padres y la depresión en los niños (p= 0.032). Con la prueba Chi Cuadrada se encontró una relación entre el diagnóstico médico de nuestra población y la presencia de depresión (p=0.027). (**Tabla 3**)

Conclusiones:

Se encontró una prevalencia de depresión clínicamente significativa de 15.9 %, cifra que es mayor a la reportada en la población general del 1.3%. y el reporte de 14.3% de prevalencia de depresión en pacientes pediátricos con cáncer nos muestra que la prevalencia en México es similar a la reportada por otros estudios y que no se vio afectada por el contexto de la pandemia.

En este trabajo también observamos que no solo los niños pueden presentar síntomas de malestar emocional, sino también sus padres, la correlación positiva entre el nivel de estrés percibido por los padres y la presencia de depresión en los niños establece la necesidad de atender a los niños y también a sus familiares para mantener los cuidados y la contención necesaria de sus hijos.

Es importante considerar la salud mental de estos niños y adolescentes como parte importante de su evaluación durante el curso de la enfermedad y/o tratamiento pues se sabe de la predisposición a presentarla. Se deben implementar procedimientos de tamizaje de forma regular para la detección de síntomas de riesgo con la intención de brindarles la evaluación adecuada, tratamiento oportuno y frenar las repercusiones negativas que éstos pudieran traer.

Referencias bibliográficas

1.- Esmaeeli, M. R., Sayar, R. E., Saghebi, A., Elmi, S., Rahmani, S., Elmi, S., & Javadi, A. R. (2014). Screening for depression in hospitalized pediatric patients. Iranian journal of child neurology, 8(1), 47.

2.- Arabiat, D. H., Elliott, B., & Draper, P. (2012). The prevalence of depression in pediatric oncology patients undergoing chemotherapy treatment in Jordan. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 29(5), 283-288.

3.- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1-21.

5. Arabiat, D. H., Elliott, B., & Draper, P. (2012). The prevalence of depression in pediatric oncology patients undergoing chemotherapy treatment in Jordan. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 29(5), 283-288.

6. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1-21.

7. González-Hernández, Y. d. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer. Actualidades en psicología, 22-44.

8. Vázquez, O. G., Orozco, M. R., Muñiz, R. C., Contreras, L. A. M., Ruíz, G. C., & García, A. M. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. Gaceta médica de México, 156(4), 298-305.

9. Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. Cir Cir, 88(5), 542-547.
10. Allen, R., Newman, S. P., & Souhami, R. L. (1997). Anxiety and Depression in adolescent cancer: Findings in patients and parents at the time of diagnosis.European Journal of Cancer, 1250-1255.
11. Velásquez-Silva, S., & Zuluaga-Sarmiento, L. (2015). Factores relacionados con la depresión en pacientes pediátricos con cáncer y participación de la enfermera en su detección. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, 164-173.
11. Reeve, B. B., McFatrich, M., Mack, J. W., Pinheiro, L. C., Jacobs, S. S., Baker, J. N., . . . Hinds, P. S. (2019). Expanding construct validity of established and new PROMIS pediatric measures for children and adolescents receiving cancer treatment. Pediatric Blood & Cancer, 1-9.

TABLA 1. Características demográficas

Variables	N	%
Número total de pacientes	**63**	
Edad media	10.8 (6-16)	
Sexo		
Femenino	33	52.4
Masculino	30	47.6
Grado de escolaridad		
Kinder	1	2
Primaria	35	55.6
Secundaria	17	27
Preparatoria	2	3.2
No valorado	8	12.7
Religión		
Católica	3	7.50
Cristiana	23	57.50
Testigo de Jehová	7	17.50
Atea	7	17.50
No valorados	2	3.2

TABLA 2: *Resultados Obtenidos MINI KID*

Resultados	% (n)
Agorafobia	30.2% (19)
Fobia Social	17.5% (11)
TDAH	17.5% (11)
Depresión Mayor	15.9% (10)
Trastorno de ansiedad de separación.	12.7% (8)
Distimia o trastorno depresivo recidivante	4.8% (3)
Transtorno Adaptativo	3.2% (2)
Transtorno Negativista Desafiante	3.2% (1)
Transtorno de Ansiedad Generalizada	1.6% (1)
Riesgo Suicida Previo	1.6% (1)

TABLA 3

Medida	Datos	Valor de p
Rho de Spearman	Edad / Depresión Mayor	p= 0.037
Rho de Spearman	Depresión Mayor / PSS	P= 0.032
Chi cuadrada	Diagnóstico / Depresión	P= 0.027

Nota. Se muestran las variables utilizadas para la obtención de las significancias.

DESARROLLO Y CICLO VITAL FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Ignacio Daniel Constantino [A]

INTRODUCCIÓN

Desde que se declarara el estado de pandemia del virus SARS-CoV-2 por parte de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021) el 11 de marzo del 2020, las diferentes sociedades han sufrido grandes transformaciones tanto en sus políticas internas como externas. En nuestro país se dictaron diferentes medidas preventivas para evitar la propagación de la pandemia, limitando desde un comienzo la circulación y los encuentros sociales de toda la población. Además, se prescribió el cierre de las escuelas y de los espacios recreativos, afectando de esta manera a los adolescentes de todo el territorio argentino.

Estas medidas impactaron en la organización y rutina de las familias, forzándolas a tener que adoptar diversos nuevas hábitos y costumbres. Para muchas familias esto representó un gran desafío, ya que tuvieron que afrontar tanto consecuencias económicas como psicosociales. La flexibilidad de la familia para poder adaptarse al nuevo orden social en construcción resultó un elemento central en el desarrollo de los niños, niñas y jóvenes. Asimismo, la importancia del fortalecimiento de los sistemas de asistencia y prevención de la salud mental fue señalada como un factor prioritario en el afrontamiento de la pandemia (UNICEF, 2021a, 2021c).

DESARROLLO

El CICLO VITAL DEL ADOLESCENTE

Para definir el desarrollo del adolescente desde la perspectiva del ciclo vital familiar se establecerá en primer lugar qué se entiende por familia. La familia puede ser definida como un sistema abierto, en tanto la teoría sistémica permite estudiar sus propiedades de interacción más que sus elementos aislados. El sistema familiar es cualitativamente diferente de la suma de los atributos individuales, dado que son las interacciones de sus miembros las que permiten la emergencia de las características de la familia (Wainstein y Wittner, 2016). La familia no es una unidad estática, sino que puede ser entendida como un organismo vivo que está constantemente fluctuando entre períodos de orden y períodos de desequilibrio (Minuchin y Fischman, 1983/2008).

[A] PLic. en Psicología (UBA). Docente UBA y UP. CABA. Argentina. nachocons@gmail.com

El proceso de desarrollo de la familia va atravesando diferentes etapas a lo largo del tiempo que son entendidas como ciclo vital familiar, el cual marca el desarrollo en cuatro etapas principales (con algunas variaciones según el modelo de intervención de terapia familiar): la formación de la pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijas en edad escolar o adolescentes y la familia con hijos adultos (Minuchin y Fischman, 1983/2008). Estas etapas son entendidas de forma estructural, es decir, son independientes de quiénes ocupen los diferentes roles a lo largo de la vida de la familia. Las transiciones entre las diferentes etapas son hitos cruciales que implican grandes movimientos de adaptación para los miembros de la familia. A estas transiciones se le suman además crisis específicas que pueden ocurrir por separaciones, mudanzas, accidentes, fallecimientos u otros eventos que impliquen grandes cambios repentinos (Haley, 1982).

En la Argentina la conformación de la familia ha ido variando con el tiempo, siendo que la nueva estructura familiar se caracteriza por la heterogeneidad estructural en los hogares. El aumento creciente de los divorcios y las separaciones, la menor duración de las uniones, la urbanización creciente, la disminución de la fecundidad, le educación de las mujeres y su mayor participación en la economía intrafamiliar han ido achicando el formato de la familia tradicional (Sale, 2016). Estas variaciones se conjugan y modifican la evolución de la familia a lo largo del tiempo a través del ciclo vital familiar.

Una de las tareas principales de la etapa del ciclo vital en que la familia tiene hijos adolescentes es la de reformular sus reglas y funcionamiento para permitir el proceso de independización de los jóvenes. Para los adolescentes, el grupo de pares cobra mucho poder, de manera que obliga a sus padres a interactuar con este sistema externo que muchas veces se vuelve un competidor en términos de las lealtades y los valores del adolescente (Minuchin y Fishman, 1983/2008). En este momento de transición suelen producirse conflictos y tensiones entre el adolescente y sus padres o criadores, siendo que la dificultad principal para el subsistema parental estará dada por buscar un equilibrio entre la necesidad de autonomía e independencia del hijo y la necesidad de mantener un apego emocional mutuo (Micucci, 2012).

EL IMPACTO DE LA PANDEMIA SOBRE LOS ADOLESCENTES

En principio se debe destacar la situación de pobreza en la que viven muchos de los niños, niñas y jóvenes del país. Según UNICEF Argentina (Fondo de las Naciones Unidas [UNICEF], 2021c) la inestabilidad laboral de las personas adultas repercutió fuertemente en la economía familiar y, en consecuencia, en el bienestar de la población infantil y adolescente, siendo que más de la mitad de los chicos y las chicas vive por debajo de la línea de pobreza. Por lo tanto, el fortalecimiento de los sistemas de protección resulta clave para evitar que siga creciendo la indigencia. Esta situación macroeconómica ha incrementado la preocupación de los miembros de la familia por la economía familiar, aumentando la tensión y los conflictos intrafamiliares (UNICEF, 2021b).

En lo que refiere a la educación durante la pandemia en nuestro país, el 6% de los hogares afirmó que algún niño, niña o adolescente que vive en el hogar abandonó la escuela durante 2020 (al menos 357 mil chicos y chicas) y el 19% de los que abandonaron, afirmó no haber retornado al menos hasta Febrero de 2021 (67 mil chicos y chicas) (UNICEF, 2021b). Desde la mirada específica de los adolescentes, la vuelta a las clases presenciales implicó situaciones de ambivalencia afectiva ya que, si bien manifestaban querer reencontrarse con sus compañeros y compañeras, también tenían miedo de posibles contagios que pudieran afectar a sus abuelas y abuelos (UNICEF, 2021c). En el mundo, también fueron documentados efectos aún más adversos del cierre de las escuelas para aquellos jóvenes con antecedentes de problemas de salud mental previos a la pandemia. En una encuesta realizada en 2020 por la organización benéfica de salud mental YoungMinds[1], que incluyó a 2111 participantes de hasta 25 años con antecedentes de enfermedad

1 *Para la encuesta realizada en el Reino Unido ver https://www.youngminds.org.uk/about-us/reports-and-impact/coronavirus-impact-on-young-people-with-mental-health-needs*

mental en el Reino Unido, el 83% dijo que la pandemia había empeorado sus condiciones. El 26% dijo que no podía acceder a la asistencia de los sistemas de salud mental; los grupos de apoyo entre pares y los servicios presenciales se habían cancelado, y el apoyo por teléfono o en línea representaba un desafío para algunos jóvenes (Lee, 2020).

Estas dificultades también han sido relevadas en América Latina y el Caribe, siendo que el 73% de los adolescentes ha sentido la necesidad de pedir ayuda en relación con su bienestar físico y mental, pese a lo cual el 40% no pidió ayuda (UNICEF, 2021a).

POSIBILIDADES PARA EL TRABAJO CLÍNICO DESDE UN ENFOQUE SISTÉMICO

El enfoque sistémico entiende a los problemas de los niños, niñas y adolescentes como parte de patrones de interacción que involucran a toda la familia y a miembros de redes sociales más amplias con los que la familia interactúa. Es decir, la teoría sistémica no asume que los problemas psicológicos de los adolescentes son características inherentes de los mismos (Carr, 2016). Los tratamientos se basan en abordajes familiares de las problemáticas presentadas por los adolescentes, a quienes se los considera como pacientes identificados por el sistema o portadores del síntoma (Wainstein, 2006). El formato familiar de la psicoterapia se basa en la eficacia evidenciada de la inclusión y amplia participación de la familia, en función de la sensibilidad hacia los problemas y las fortalezas de los sistemas familiares en relación con las dificultades de los niños, niñas y adolescentes (Carr, 2016).

Según UNICEF (2021d) muchos adolescentes han logrado afrontar la pandemia con actitudes de redescubrimiento y tolerancia al malestar. Por ejemplo, una adolescente argentina expresa: "Siento que deberíamos aprovechar este tiempo para pensar, para meditar, para conocernos a nosotros mismos y también a las personas con quienes estamos conviviendo". Sin embargo, otros no han podido desarrollar herramientas de autocuidado y han optado por pedir ayuda, como expresa este joven de Costa Rica: "No todos tenemos las mismas posibilidades para mantener nuestro bienestar físico y emocional. Por eso, yo no dudé en pedir ayuda" (UNICEF, 2021a).

Dentro del formato de terapia familiar, se propone la realización de sesiones tanto con el adolescente como con su familia. Con el adolescente se considera importante trabajar las emociones ambivalentes referidas anteriormente propias de la situación de pandemia, pudiendo utilizarse técnicas de regulación emocional (Rathus & Miller, 2014). Mientras que con la familia se puede apuntar, -desde el enfoque de la terapia familiar estructural-, a que las familias puedan modificar sus mapas de realidad, buscando actualizar los patrones de interacción rígidos, otorgando nuevos sentidos al problema y generando nuevas realidades donde se cuestione el síntoma y la posición de su portador dentro del sistema (Minuchin & Fishman, 1983/2008; Wainstein, 2006). Resultará fundamental trabajar en el bienestar emocional de los adultos que están a cargo de los adolescentes de manera que se vuelvan una fuente confiable de sostén y apoyo para los jóvenes (UNICEF, 2021b).

CONCLUSIONES

A lo largo del trabajo se han desarrollado los principales desafíos que la familia debe afrontar cuando los hijos se vuelven adolescentes. A esta etapa de transición donde se producen grandes desequilibrios y cambios en el sistema familiar, se han sumado las modificaciones de la vida cotidiana debido a la pandemia del SARS-CoV-2. Esto ha impactado a nivel sociocultural y económico sobre todas las familias del país, generando mayores tensiones debido a la gran cantidad de niñas, niños y jóvenes que viven debajo de la línea de pobreza. Los adolescentes han presentado mayor cantidad de síntomas de depresión y ansiedad, no contando en muchos casos con la asistencia del sistema de salud mental. Bajo este contexto, se han propuestos algunas líneas posibles para trabajar en psicoterapia desde un enfoque familiar sistémico, resaltando la importancia de comprender al contexto como constructor de la realidad de las personas.

REFERENCIAS

Carr, A. (2016). The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A contextual approach.Third edition. New York: Routledge
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021a). El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes. Un reciente sondeo realizado por UNICEF muestra que la crisis del COVID-19 ha tenido un importante impacto en la salud mental de las y los adolescentes y jóvenes de Latinoamérica y el Caribe. Recuperado de https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021b). Estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-19. Buenos Aires, Argentina: UNICEF.
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021c). Impacto de la segunda ola de la pandemia COVID-19 en las familias donde viven chicas y chicos. 4ta Encuesta de UNICEF. Recuperado de: https://www.unicef.org/argentina/comunicados-prensa/4ta-ronda-EncuestaRapida-Covid19
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021d). Adolescencia en tiempos de #COVID19. Cómo viven las y los adolescentes la pandemia por coronavirus y el aislamiento social, preventivo y obligatorio. Recuperado de: https://www.unicef.org/argentina/historias/adolescencia-en-tiempos-de-covid19
Haley, J. (1982). Terapia no convencional, las técnicas didácticas de Milton Erickson. Buenos Aires: Amorrortu Editores
Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. The Lancet Child & Adolescent Health, 4(6), 421.
Micucci, J.A. (2012). El trabajo con adolescentes en terapia familiar. Del síntoma al sistema. En R. Pereira (Comp.), Adolescentes en el siglo XXI: entre impotencia, resiliencia y poder. Madrid: Ediciones Morata.
Minuchin, S. y Fischman, H.C. (1983/2008). Técnicas de terapia familiar. Buenos Aires: Paidós.
Organización Mundial de la Salud (07 de junio de 2021). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. Obtenido de https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19
Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2014). DBT skills manual for adolescents. New York: Guilford Publications.
Sale, S. (2016). Familia y ciclo vital familiar. En M. Wainstein, Escritos de Psicología Social (págs. 101-126). Buenos Aires: JCE Ediciones.
Wainstein, M. (2006). Intervenciones para el cambio. Buenos Aires: JCE Ediciones.
Wainstein, M., y Wittner, V. (2016). ¿Qué es una familia? En M. Wainstein, Escritos de Psicología Social (págs. 93-100). Buenos Aires: JCE Ediciones.

Capitulo III

Síntomas Contemporáneos

LAS PARADOJAS DEL BIEN COMÚN

Valeria Fernandez [A], Mirta Burone [B], Paula Belen Rodríguez [C], Carla Paolín [D]

Las pandemias han existido a lo largo de la historia, sin embargo la del COVID-19 se presenta en un mundo digitalizado, globalizado, enemigo de la detención y de la pérdida. Fiel al culto por la rapidez que celebra la época, fue un virus que se expandió fugazmente hacia cada rincón del planeta, apuñalando en el corazón al salvaje sistema capitalista... bueno, quizás fue sólo un rasguño a su omnipotencia. No se desangró hasta morir, se despabiló y rearmó como siempre lo hace, esta vez de la mano de la ciencia. Las vacunas aparecieron y se lanzaron a la comercialización con acuerdos confidenciales de los que poco sabemos, avivando la esperanza de devolvernos los abrazos. Según el manual de Plotkin "Vaccines", el proceso que lleva a las organizaciones privadas y públicas desarrollar, probar, regular y lanzar una vacuna puede durar de 10 a 15 años[1]. Sin embargo en un tiempo récord, los laboratorios comenzaron a venderlas y los países a aplicarlas contando sólo con los resultados preliminares de los ensayos clínicos de la fase tres de estudio, debido a la emergencia sanitaria. Repentinamente los mortales empezamos a manejar porcentajes de eficacia sin saber demasiado del tema y a hablar de ellas como si se tratara de un producto de la góndola: "¿Te tocó la rusa o la china?", "para mí la mejor es la Pfizer". Los medios cantaban como el coro de las grandes tragedias griegas, afinadas canciones acerca de las diferentes vacunas, siendo notable un sesgo político puesto en juego en su nominación según el lado del hemisferio en el que se ubicara su producción. Podían nombrarse según sus laboratorios o nombres comerciales del lado de occidente (Astrazeneca, Moderna, Pfizer, Janssen) o por su nacionalidad si estaban del lado "comunista" (la "vacuna rusa", las "chinas"). La vacunación no fue obligatoria y en esta línea los expertos de la OMS señalaron: "*Las personas deben tener a su disponibilidad toda la información sobre las vacunas para protegerse del COVID-19 y tener la libertad de tomar una decisión sobre inmunizarse o no*"[2]. De todas maneras, las restricciones y exigencias aparecieron. El pasaporte verde para el ingreso a Europa en el inicio de la temporada de verano de 2021 flexibilizó la entrada de turistas a la Unión Europea, aunque sólo para aquellos con el esquema de vacunación completo y aprobado por la OMS y la Agencia Europea de Medicamentos. Si bien cada país fue adaptando la normativa, por lo general la restricción dejaba por fuera a algunas vacunas, como ser las chinas (Sinovac o Sinopharm), la Sputnik V y la Covishield (que a pesar de utilizar la misma fórmula que la Astrazeneca de Reino Unido, se fabricaba en la India) lo que disparó cierta suspicacia en algunos respecto de un sesgo discriminatorio. Esto aconteció a pesar de que la OPS no aconsejaba requerir una prueba de vacunación para emprender un viaje, en tanto existía el riesgo de contagio aún con la inoculación, por lo que el requisito inclusive podía generar un falso sentido de seguridad[3].

1 *Plotkin(2008): "Vaccines" 5ta edición, pág 37, Saunders, Philadelphia, EE.UU.*
2 *https://news.un.org/es/story/2020/12/1485182*
3 *https://www.clarin.com/sociedad/marca-vacuna-pasaporte-entrar-europa-nueva-forma-discriminacion-_0_xfSOE9OOa.html*

[A] *Psicologa miembro de AASM. Hospital Borda, exresidente de la misma insitución. CABA. Argentina. lic.valeria.fernandez@gmail.com*
[B] *Psicóloga, Psicoanalista. Jefa de Sección Sociología y área Programática hospital Borda. CABA. Argentina. lic.mirta.graciela.burone@gmail.com*
[C] *Psicologa de planta en sector de urgencias del Hospital Borda. CABA. Argentina. pau-rodriguez@live.com.ar*
[D] *Psicologa de planta en sector de urgencias del Hospital Borda. CABA. Argentina. carla.paolin@yahoo.com.ar*

En un artículo de un diario argentino, el sociólogo Daniel Feierstein, plantea que los países podrían permitir la instancia de vacunar a los no vacunados o la cuarentena en hoteles para que no se tratara de un mecanismo de control, ofreciendo por el contrario, alternativas sanitarias: "*Si no se permite es preocupante, porque las vacunas aceptadas por la UE, no son necesariamente las más efectivas, sino las producidas en países occidentales*"[4]. Pero entonces el principal objetivo de la vacunación masiva y de emergencia ¿no se justificaba en producir la inmunidad de rebaño y desalentar el avance del virus reduciendo las muertes y las hospitalizaciones?¿por qué no ofrecer entonces la vacunación a los visitantes para el ingreso a Europa y/o una cuarentena obligatoria? ¿por qué no aceptar todas las vacunas aplicadas si los organismos dicen que son seguras? ¿qué papel juega la geopolítica al permitir en una primera instancia sólo las vacunas fabricadas en occidente?¿dónde queda la idea de hacer la inoculación por el "Bien común" y la erradicación del COVID-19 en el planeta? Sobre todo cuando las potencias se pudieron apropiar de un mayor número de dosis y por lo tanto la distribución desigual de las vacunas produciría según algunos expertos, la posibilidad de aparición de nuevas variantes en los países que no las adquirieron en cantidad. Según un artículo de "The economist"[5], varios países pobres podrían terminar de vacunar a su población en 2023, cuando en otros comienzan a aplicar dosis de refuerzo en agosto de 2021. No parecieran ser entonces, políticas pensadas en función a la erradicación del virus a nivel global.

Por otra parte, la múltiple información cruzada respecto a los argumentos en favor y en contra de las inoculaciones, agudizaron la aparición de grupos que se opusieron a la aplicación de las vacunas. Parecieran ser heterogéneos en sus motivaciones, ya sea porque en algunos casos se trataba de agrupaciones sostenidas en versiones que podrían fundarse en el campo especulativo (o "conspirativo" en tanto no presentaban pruebas de sus argumentos, más que teorías de dominio y manipulación poblacional supuestas) o grupos de personas que comenzaron a sentir desconfianza hacia las vacunas debido a médicos oposicionistas que planteaban riesgos asociados a ellas, inclusive, cuando habían sido estudiadas por años. Tal es el caso de la vacuna triple viral, que se aplica a los niños para combatir la rubéola, el sarampión y las paperas. Un informe de 1998 de un médico llamado Wakefield afirmó en la revista *The Lancet*, que podía asociarse al autismo. A pesar de la desestimación científica respecto a su investigación, se gestó la desconfianza hacia los componentes de las vacunas. Según la historiadora médica Kristin Hussey en el un artículo de la BBC, el movimiento anti-vacuna se originó hace 150 años en Inglaterra durante la vacunación por la viruela debido a motivos sanitarios, religiosos, científicos y políticos: *"Algunos sintieron que el método, que usaba material obtenido de las vacas, era insalubre o poco cristiano, ya que usaba materia de criaturas inferiores".* Según Hussey *"La gente hacía preguntas sobre los derechos de la clase trabajadora. Había una sensación de que las clases altas intentaban aprovecharse, un sentimiento de desconfianza (…) Por primera vez se actuaba sobre un área de la vida privada de las personas: su salud, que no había sido gobernado antes*"[6].

Por el otro lado, aparecieron los movimientos pro-vacuna. Escuchamos desde el inicio de esta pandemia que nuestras prácticas no debían estar centradas en nuestra propia salud, sino que implicaba una responsabilidad colectiva, con lo cual una perspectiva basada en la propia libertad fue cuestionada. Se trataba del "Bien común". La importancia de la vida de los seres humanos de este planeta debe estar por encima de cualquier intención individual, y con este argumento la pandemia de COVID-19 pasó a ser en la era de las vacunas, *"la pandemia de los no vacunados"* según la directora de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades del gobierno de Biden, Rochelle Walensky[7]. Tal es así que en EE.UU. han lanzado todo tipo de atracciones para tentar a la población que había decidido no vacunarse. Ohio sorteaba un millón de dólares a la semana

4 *Idem*
5 *https://www.eiu.com/n/rich-countries-will-get-access-to-coronavirus-vaccines-earlier-than-others/*
6 *https://www.bbc.com/mundo/noticias-50952151*
7 *https://www.dw.com/es/covid-se-est%C3%A1-convirtiendo-en-pandemia-de-no-vacunados-dice-eeuu/a-58295730*

entre todos los ciudadanos vacunados, en Nueva York podían recoger un cigarrillo de marihuana gratis, en Maine se obtenían licencias de caza gratuitas, entre otros beneficios. Sin embargo, muchas personas continuaban resistiéndose y por ello profesionales del ámbito de la salud en Houston perdieron sus empleos por no vacunarse. Una de las enfermeras despedidas, dijo que decidió no hacerlo por temor a los efectos secundarios de la inoculación: *"No estamos contra la vacuna, Simplemente queremos estar más a gusto y contar con más investigación antes de inoculárnos"*, dijo la enfermera Jennifer Bridges[8], diferenciándose así de los grupos anti-vacunas. No se trataba de las vacunas, sino de esta vacuna, que se aprobó por emergencia sanitaria en tiempo récord. Asimismo, en un artículo del diario El País[9], se explica que parte de la población latina retrasaba su inoculación en EE.UU. debido a que temían que los efectos secundarios les impidiesen retomar sus trabajos de inmediato. Además de ciertas desinformaciones en torno al costo y al acceso a las vacunas, las preocupaciones respecto al empleo y los problemas de inmigración resultaron ser un obstáculo para la vacunación de la población latina en un país que ha sabido ser rígido en esta materia con los inmigrantes. Por otra parte, el artículo señala que a mediados del 2021 en estados como Luisiana, Mississippi y Alabama el porcentaje de vacunados rondaba el 35%, mientras que en California o Nueva York rozaba el 60%. En el artículo se plantea que el escepticismo de los estados con mayor población afroamericana respecto del sistema médico es histórico. Entre 1932 y 1972, el Servicio Público de Salud de EE.UU realizó un estudio biomédico a 600 afroamericanos con sífilis, llamado el "*Estudio de Tuskegge sobre la Sífilis No Tratada en el Macho Negro*" cuyo objetivo no era curar a estos pacientes afroamericanos y pobres, sino seguir su evolución física y mental para ver los efectos de la enfermedad de transmisión sexual. A los participantes se les dijo que serían tratados por su problema de "sangre mala" lo que incluía enfermedades venéreas, diabetes y anemias, pero se les ocultó el verdadero propósito del estudio. Muchos fallecieron en tanto no recibieron el tratamiento necesario, inclusive cuando se generalizó el uso de la penicilina desde 1947. La ciencia a la que le debemos nuestra confianza, en algunos momentos de la historia, ha realizado experimentos atroces fundados en el avance del conocimiento, como los famosos experimentos del nazismo que afortunadamente han tenido difusión entre nosotros. En 2010 el entonces presidente de EE.UU. Obama, pidió perdón al gobierno de Guatemala por haber infectado de sífilis y gonorrea deliberadamente a ciudadanos de este país, entre 1946 y 1948. Se trataba de un estudio cuyo fin era analizar si la penicilina podía prevenir estas enfermedades. Fueron infectadas 696 personas mediante visitas con prostitutas (muchos de los participantes fueron pacientes internados en instituciones para enfermos mentales). En el nombre de la ciencia y del bien público, han habido prácticas reprobables, de modo que es difícil pensar que todas las vidas tienen el mismo valor. ¿Podemos culpar a la población afroamericana de no inocularse y ser parte de la maldita pandemia de "No vacunados"? La utilización de las minorías y el lugar que ocupan en sus territorios, hace pensar que no se trata entonces de una decisión sencilla que fácilmente pueda basarse en el preciado valor de la vida y del "Bien Común": confiar en los Estados y la ciencia, no es una tarea tan simple para estos grupos. Por otro lado, el país ejemplo en inoculación, como Israel, en el medio del proceso de vacunación continuó con los conflictos con Palestina en la franja de Gaza. El saldo del conflicto entre estos países, viene dejando un gran número de muertos y hospitalizaciones, esos que intenta prevenir la vacunación masiva mundial. Lo que trata de evitarse desde una perspectiva, no se evita desde la otra. El bien no es tan "común" ni colectivo. El valor de una vida, no es igual al valor de la otra. En un mundo entre jeringas y armas, la paradoja va tomando forma. En agosto de 2021 el portal "The gateway pundit"[10] publicó que el Centro Médico de la Universidad de Washington ha expul-

8 *https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20210609-hospital-de-eeuu-es-demandado-por-personal-que-no-se-quiere-vacunar*
9 *https://elpais.com/sociedad/2021-06-10/el-escepticismo-frena-la-campana-de-vacunacion-en-estados-unidos.html*
10 *https://www.thegatewaypundit.com/2021/08/washington-hospital-removing-patients-transplant-list-unvaccinated/*

sado a varios pacientes de su lista de espera de transplantes por rechazar la vacunación. Uno de los pacientes con graves problemas cardíacos, planteó su preocupación por los reportes de efectos adversos cardíacos de algunas vacunas en EE.UU, motivo por el cual decidía no vacunarse. Resurgen los interrogantes como un mantra: ¿No era la idea de la vacunación masiva, la de proteger a las personas y su salud?¿por qué destinar a estos pacientes a la muerte?¿cuál es el "Bien" que guía este tipo de decisión en un centro de SALUD?. Modos diversos que representan el malestar en la cultura en tiempos pandémicos.

Lo que revelan las contradicciones globales es que el "Bien común", es imposible. Esto me recuerda a ese juego en el que con golpear al topo que salía por un agujero en la mesa, no se evitaba que saliera luego por otro lado, básicamente porque los agujeros eran ineliminables, de modo que la única ganancia estaba en que el golpe fuese "inmediato" (no podría ser de otra manera en la posmodernidad). El malestar se gesta y refuerza a través de estas polaridades que van nombrando un enemigo de turno, sosteniendo de esta manera un Otro consistente que provoca perjuicio ya sea intentando inocular o no inoculándose. Cada grupo pareciera fundar una ética singular pandémica que persigue un ideal: "nosotros somos los puros y buenos", quedando del otro lado aquello impuro y malo, que obstruye el objetivo de alcanzar el bienestar amenazado. El bien común del grupo es un valor que rige por sobre los miembros y aquel que atente a esto, debe ser segregado. Para Freud, el "narcisismo de las pequeñas diferencias", permitía dar rienda suelta a la tendencia destructiva, ofreciendo un escape a la pulsión en la hostilización a los extraños: "*Siempre es posible ligar en el amor a una multitud mayor de seres humanos, con tal de que otros queden fuera para manifestarles la agresión*" y es por esta vía a su vez, que "*se facilita la cohesión de los miembros de la comunidad*"[11]. Por otro lado, el ideal de pureza me recuerda a la filosofía Kantiana y la ilusión de un Imperativo Categórico que lograra un ordenamiento del goce a través un hacer subordinado a la Ley Moral. Se trataba de un actuar que no respondiera al propio placer para ser "puramente" correcto y moral ¡como si la pureza se pudiera lograr alguna vez! Lo que el psicoanálisis enseña es que los afectos son ineliminables, el bienestar y la pureza son imposibles, porque existe el goce. En tal caso, si hay deseo en estado puro, este requiere destruir el objeto, razón por la cual para Lacan, Sade era la contracara de Kant con su derecho a gozar del otro sin restricciones: "*La ley moral al examinarla de cerca, no es más que el deseo en estado puro, ese mismo que desemboca en el sacrificio, propiamente dicho, de todo objeto de amor en su ternura humana. Y lo digo muy claro- desemboca no sólo en el rechazo del objeto patológico, sino también en su sacrificio y su asesinato. Por eso escribí Kant con Sade*".[12] Si el mandamiento pide "Amar al prójimo como a tí mismo", podremos tratar al otro como lo hacemos con nosotros mismos, con amor y hostilidad, en tanto hay un más allá del principio del placer, una satisfacción paradójica que entraña dolor. A pesar de los intentos de Kant en encontrar acciones morales puras, es paradójica la satisfacción de la renuncia al servicio del superyó. Es paradójico que se odie al prójimo, en el nombre del bien común.

Ahora bien, Lacan plantea en el Seminario VII: "*Ni por un instante Freud piensa identificar la adecuación a la realidad con un bien cualquiera. En el malestar en la cultura nos dice- con toda seguridad, la civilización, la cultura, le pide demasiado al sujeto. Si hay algo que se llama su bien y su felicidad, nada tiene que esperar para ello ni del microcosmos, vale decir de él mismo, ni del macrocosmos.*"[13] Sigamos en el microcosmos estructural. Diana Rabinovich señala que el principio del placer freudiano como equilibrio se aleja de todas las definiciones clásicas de la filosofía acerca del placer: "*Todas ellas suponían que el placer era idéntico a un bien supremo, fuese este el que fuese para cada teoría*"[14]. Lacan, leyendo a Freud, señala que su paso "*es mostrarnos que no ex-*

11 *Freud, S (1930): "El malestar en la cultura", pág. 111. Tomo XXI, Amorrortu. Bs As.*
12 *Lacan (1964): "El Seminario: Libro XI", pág. 283, Paidós, Bs As, Argentina.*
13 *Lacan (1959-1960): "El Seminario: Libro VII", pág 47, Paidós, Bs As, Argentina.*
14 *Rabinovich/Cosentino compiladores (1992): "Puntuaciones freudianas de Lacan: Acerca de Más Allá del principio del placer", Pág. 42, Manantial, Bs As, Argentina.*

iste Soberano Bien, que es das Ding, que es la madre, que es el objeto del incesto, es un bien interdicto y que no existe otro bien"[15]. Desde esta perspectiva, La Cosa queda equiparada al Soberano Bien aristotélico, lo que fundamenta otra ética, la del Psicoanálisis, la que alude a una falta estructural. El intento de recuperación del goce todo perdido a través de la pulsión, anhela reencontrar ilusoriamente aquello que nunca se tuvo: la naturalidad está perdida en tanto somos seres que habitan el lenguaje. Lo real "*vuelve siempre al mismo lugar*" como dice Lacan[16], siendo este un fundamento de la repetición. Si los sujetos se acercan a un análisis, es porque se encuentran repetidamente ante un padecimiento, en relación a lo cual de nada sirve invitarlos a hacer "lo que les haría bien". Ello implicaría morder el anzuelo de responder a una demanda que supone un objeto donde hay un agujero. Para Lacan, el "Bien supremo" al que tiende el neurótico es a sostener su deseo como deseo del Otro, intentando recuperar goce a través del fantasma en las neurosis, quedándose fijado como objeto de ese deseo, obturando en ese mismo movimiento su falta e identificándose él mismo como el objeto perdido del Otro. Ser causa del deseo dignifica al sujeto, pero la paradoja es que si se queda ahí sometido, padece. Esta es la paradoja del malestar neurótico, de la pulsión de muerte y el más allá del principio del placer: *"el ser humano al estar atravesado por el significante tiene como bien supremo algo que no es placentero".*[17]

Ahora vayamos al macrocosmos estructural. Si la ciencia forcluye la falta, es porque supone que puede dar todas las respuestas eludiendo que lo real siempre se escapa, no entra en la probeta e insiste. El malestar de la época se dibuja en los múltiples escenarios: la desigualdad económica y la inequidad en la repartición de las dosis, las razones políticas por sobre las sanitarias para la ejecución de ciertas medidas de "cuidado" (¿pero el cuidado de qué?), las razones históricas que justifican las desconfianzas y después de todo, lo que rearma la polaridad en el intento de eludir nuevamente la falta haciendo del odio y el conflicto las acuarelas que pintan la existencia de un Otro completo y consistente que puede perjudicarme y con el que hay que luchar. En este fuego cruzado, algunos (como el gobierno norteamericano) plantean que la culpa de la persistencia del virus es debido a los no vacunados. Además de las desigualdades que foguean la inequidad en el acceso a las medidas sanitarias convenientes y que dejan postergadas a algunas poblaciones, aún tampoco sabemos el orígen del COVID-19 para prevenir nuevas pandemias, por lo que no pareciera ser una lógica tan lineal, que pueda basarse solamente en aquel que no quiere poner el brazo con una vacuna aprobada por emergencia. Hay estudios que señalan que el desequilibrio ambiental puede causar la aparición de nuevos virus[18]. Este desequilibrio, es responsable de innumerables problemas de salud, económicos y sociales, más allá del costo ambiental. Un artículo de Nature planteó que el precio para implementar el acuerdo climático de París de 2015 costaría el 1% del PBI mundial, contrastado con el costo de la violencia, es decir, la inversión en los ejércitos, que en 2019 fue del 10.6%[19]. En esta línea, no hay cuestionamientos en los medios de comunicación para debatir el manejo colectivo del cuidado del planeta en pos del "Bien común", no se cuestiona el modelo de desarrollo que rige ni las problemáticas del impacto que el ser humano genera en el medio ambiente. Esto causa, por ejemplo: múltiples enfermedades y muertes debido a la contaminación, mutaciones genéticas, cáncer por la radioactividad, pérdida de biodiversidad en el planeta, agotamiento de los recursos naturales, calentamiento global, extinción de especies animales y vegetales -lo que desequilibra la cadena alimenticia por lo que pueden presentarse plagas nocivas para otros ecosistemas-, migración de poblaciones debido a los efectos del cambio climático, etc. Ahora bien, ¿cómo desarmar el modelo de desarrollo económico vigente?¿y el negocio del odio? parece ser mucho más caro y se viene cobrando muchas vidas...¿cómo modificar nuestras prácticas

15 *Lacan (1959-1960): "El Seminario: Libro VII", pág 88, Paidós, Bs As, Argentina.*
16 *Lacan (1958-1959): "El Seminario: Libro VI", pág 531, Paidós, Bs As, Argentina.*
17 *Rabinovich, D (1989): "Una clínica de la pulsión: las impulsiones", pág. 15, Manantial, Bs As, Argentina*
18 *https://www.nature.com/articles/s41586-020-2562-8*
19 *https://www.nature.com/articles/d41586-020-02460-9#ref-CR11*

cotidianas en pos de estas problemáticas?¿Es peor la muerte por Covid que las muertes por otras causas? Teniendo en cuenta que además por el impacto del humano sobre el planeta podrían generarse nuevas pandemias, de modo que la inoculación no pareciera ser la única solución definitiva ¿estaríamos dispuestos siquiera a pensar en esto?. Las paradojas del Bien común.

BIBLIOGRAFÍA

-Freud, S (1930): "El malestar en la cultura". Tomo XXI, Amorrortu. Bs As. Argentina.
-Lacan (1958-1959): "El Seminario: Libro VI", Paidós, Bs As, Argentina.
-Lacan (1959-1960): "El Seminario: Libro VII", Paidós, Bs As, Argentina.
-Lacan (1964): "El Seminario: Libro XI", Paidós, Bs As, Argentina.
-Rabinovich, D (1989): "Una clínica de la pulsión: las impulsiones", Manantial, Bs As, Argentina.
-Rabinovich/Cosentino compiladores (1992): "Puntuaciones freudianas de Lacan: Acerca de Más Allá del principio del placer", Manantial, Bs As, Argentina.
-Plotkin (2008): "Vaccines" 5ta edición, Saunders, Philadelphia, EE.UU.

ENLACES

https://news.un.org/es/story/2020/12/1485182
https://www.clarin.com/sociedad/marca-vacuna-pasaporte-entrar-europa-nueva-forma-discriminacion-_0_xfSOE9OOa.html
https://www.eiu.com/n/rich-countries-will-get-access-to-coronavirus-vaccines-earlier-than-others/
https://www.eiu.com/n/rich-countries-will-get-access-to-coronavirus-vaccines-earlier-than-others/
https://www.bbc.com/mundo/noticias-50952151
https://www.dw.com/es/covid-se-est%C3%A1-convirtiendo-en-pandemia-de-no-vacunados-dice-eeuu/a-58295730
https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20210609-hospital-de-eeuu-es-demandado-por-personal-que-no-se-quiere-vacunar
https://elpais.com/sociedad/2021-06-10/el-escepticismo-frena-la-campana-de-vacunacion-en-estados-unidos.html
https://www.thegatewaypundit.com/2021/08/washington-hospital-removing-patients-transplant-list-unvaccinated/
https://www.nature.com/articles/s41586-020-2562-8
https://www.nature.com/articles/d41586-020-02460-9#ref-CR11

SUBJETIVIDADES EN PANDEMIA EN EL NOROESTE DE ARGENTINA EN EL PERIODO 2020/2021

Raquel Adriana Sosa [A], María Marcela Álvarez Chamale [B], Franco Saul Tornello [C], María Emilia Fernández [D]

Desde la Universidad Católica de Salta, se condujo durante el período 2020-2021, un estudio mixto transversal que buscó conocer los aspectos subjetivos de la población de Jujuy, Salta, Tucumán y Catamarca en torno a la pandemia por covid-19. Se utilizaron cuestionarios cualitativos y el cuestionario SCL-27 sobre 289 personas de todos los grupos etarios de la adultez.

Analizamos comparativamente los aspectos subjetivos de la pandemia en torno a cada provincia, género, grupo etario, tipo de trabajo, presencia de covid-19 y muerte de seres queridos. Entre los principales resultados se obtuvo que es relevante la presencia de ansiedad, depresión y dolor psicofísico en el grupo que experimentó la enfermedad por covid-19 o perdió un ser querido durante la pandemia, en comparación con el grupo exento de tales variables. Además, habría mayor riesgo de trastornos mentales disparados por la pandemia en el grupo de mujeres, jóvenes y adultos mayores, encontrándose, por lo tanto, menos sintomatología en el grupo etario de la adultez media y los varones. También se detectaron diferencias significativas entre las provincias analizadas, presentándose mayor nivel de malestar psicológico en Catamarca, Jujuy y Salta. Y generalmente la significación sobre la pandemia se cataloga en incertidumbre, miedo y cambios profundos en el estilo de vida.

[A] Lic. Prof. en Psicología, Mg. en Educación Superior. Universidad Católica de Salta. Salta, Salta. Argentina. rsosa@ucasal.edu.ar
[B] Docente y Psicóloga. Universidad Católica de Salta. Salta, Salta. Argentina. marchamale@hotmail.com
[C] Lic. Prof. en Psicología. Universidad Católica de Salta. Salta, Salta. Argentina. fstornello@hotmail.com
[D] Docente y Psicóloga. Universidad Católica de Salta. Salta, Salta. Argentina. maremi_3@hotmail.com

Introducción

Actualmente, existen cuantiosos estudios que han examinado diferentes variables acerca del impacto de la pandemia en la salud mental y física. La originalidad de la presente investigación fue dar aportes sobre el impacto en la subjetividad en la región noroeste de Argentina.

Los objetivos del estudio fueron conocer los aspectos subjetivos de la pandemia que tuvieron las personas en las provincias de Jujuy, Salta, Catamarca y Tucumán; y comparar las experiencias subjetivas en relación a la presencia de covid-19, género, grupo etario, ocupación y duelo.

Esta investigación se centró en el análisis de algunas de las transformaciones que atravesaron los sujetos en torno a las variables emergentes del contexto mundial, de la pandemia ocasionada por la covid-19, de fundamental necesidad investigativa por sus efectos subjetivos y sociales globales, en tanto las epidemias recogen actualmente nuevos sentidos sobre la subjetividad. Se recabaron datos a través de formularios online durante febrero y marzo del año 2021, que fueron referidos a la experiencia de la pandemia durante el año anterior.

Entendemos a la subjetividad como aquello acontece ante la percepción de determinada experiencia, sobre la cual se atribuyen significados que orientan al sujeto en su entrecruzamiento con las dimensiones psicológicas, biológicas, sociales, culturales, ambientales y políticas. Es decir, que es "la capacidad inherente al aparato psíquico de poder ligar, procesar, tramitar lo que nos está sucediendo para darle un significado y poder comprenderlo" (Arito y Rígoli, 2020, p. 226). Y la misma puede manifestarse en dos grandes categorías: bienestar y malestar psicológico.

Método y materiales

Fue un diseño mixto de corte transversal aplicado a 289 personas adolescentes y adultas que residen en las provincias de Jujuy, Salta, Tucumán y Catamarca. Se utilizó un cuestionario cualitativo realizado por el equipo de investigación y validado en prueba piloto y el cuestionario SCL-27. La información fue recolectada a través de formulario online y circulada a través de redes sociales.

El cuestionario cualitativo consideró las siguientes dimensiones: cambios percibidos en el año 2020, aspectos subjetivos del año 2020, aspectos subjetivos de la muerte de seres queridos, aspectos subjetivos de la enfermedad por covid-19. El cuestionario SCL-27 en la versión de Casullo (2004) examinó el nivel de riesgo de padecer un trastorno mental (IGS) y la prevalencia de síntomas de depresión, somatización, ansiedad fóbica, sensitividad interpersonal y dolor psicofísico en la población.

Luego se realizaron comparaciones entre las provincias, géneros, grupos etarios, ocupación, presencia de duelo y enfermedad por la covid-19.

Resultados

El 88% de los participantes si experimentaron cambios en el año 2020 que atribuyeron a la pandemia. El 58% de ellos considera que fueron positivos y negativos a la vez. Las áreas que perciben con mayores cambios fueron la socialización (58%), familia (53%) y trabajo (49%).

Además, el 68% experimentó malestar en el contexto de pandemia y con una frecuencia alta (53%). Las emociones mayormente expresadas fueron preocupación (62%), ansiedad (52%), angustia (37%), frustración (33%) y miedo (32%). Esto se relaciona con el 55% que utiliza la palabra incertidumbre para definir cómo vivió el 2020. Al respecto de las estrategias predominantes para aliviar el malestar prevalecen la actividad física (43%), uso de celular/computadora/consola (42%), ver tv/plataforma online (36%) y comer (31%).

El 35% atravesó la muerte de al menos un ser querido, de los cuales el 59% fallece a causa de la covid-19. El 56% no pudo estar o realizar el funeral de su ser querido. La ausencia de este acontecimiento influyó en el 46% de los participantes, prevaleciendo como emociones la tristeza y la frustración por no poder acompañar.

El 21% si tuvo covid-19, y las emociones más frecuentes que atravesaron fueron la preocupación (83%), angustia (50%) y ansiedad (46%).

En relación a los datos arrojados por el análisis comparativo del cuestionario SCL-27, se concluye que en el total de la muestra existen síntomas de ansiedad fóbica en un nivel de riesgo. En los re-

sultados generales se evidencia el riesgo de padecer un trastorno mental en la provincia de Salta, Catamarca y Jujuy, en las mujeres, el grupo de adultos mayores (70-80 años), en las personas estudiantes, desempleadas y quienes tienen ocupaciones administrativas y el personal de salud, y quienes tuvieron la enfermedad por la covid-19.

Conclusiones

Notamos que la significación otorgada a la experiencia de la pandemia arroja sentidos sobre la incertidumbre, donde prevalecen sentimientos de preocupación, angustia, frustración, ansiedad y temor, que han afectado principalmente la esfera familiar y laboral de los participantes. Y las formas de intentar paliar tal malestar han sido predominantemente la actividad física, el hambre aparentemente emocional y el uso de dispositivos móviles y computadora.

Esto da cuenta de que los avatares de la pandemia instalan ciertas dificultades, que se hacen notorias cuando hacemos énfasis sobre el dato de que la mayoría de la población presenta riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad. Ante esto se denotan como factores protectores el trabajo y ser adulto medio; es de suponer que el trabajo permite estabilidad en el estilo de vida y por tanto sería benéfico ante un contexto donde las formas de trabajo sufrieron modificaciones. Asimismo, la adultez media resulta protectora frente a los desbalances de la vida, aparentemente debido a la presencia de madurez en la identidad, experiencia de vida acumulada y por tanto mayor cantidad de recursos de afrontamiento, estabilidad laboral, salud física y generatividad (Papalia, Martorell y Duskin Feldman, 2013).

En contraste, factores de riesgo en la subjetividad resultaron ser el haber transitado la enfermedad por la covid-19 o un duelo, el desempleo, ser mujer, pertenecer a la juventud o adultez mayor, y realizar trabajo administrativo o de personal de salud. Estas conclusiones, coinciden con que es sabido que tanto las enfermedades infecciosas como los estados de duelo potencian los síntomas de ansiedad y depresión (Bonet, 2013). Además, como señalaron Etchevers, et. al. (2020) el desempleo asociado a la insatisfacción de las necesidades básicas, y ser mujer por sostener mayores tareas de cuidado, incrementan la reacción de estrés. Finalmente, el trabajo administrativo por su modificación repentina a modalidades de teletrabajo, y la sobrecarga en el personal de salud, incrementaron el malestar psicológico.

En suma, estos fueron los efectos de vivir la vida con incertidumbre, no llevar a cabo planificaciones y carecer de perspectiva de futuro.

Discusión

Tomamos estudios relevantes de habla hispana para comparar lo investigado desde principios de 2020. Larrotta Castillo et al. (2020), en coincidencia con nuestros hallazgos en el norte argentino, expresan que, en este escenario, se incrementa la posibilidad de experimentar un duelo complicado. Por otra parte, la prevalencia de ansiedad en la población estudiada coincide con las conclusiones de Sandín et al. (2020) sobre la prevalencia del miedo en la población en general. Asimismo, hay semejanza en las poblaciones en riesgo que encontramos, los autores concluyen que las mujeres son más vulnerables, igual que los más jóvenes en relación a las personas mayores. Además, el perfil emocional encontrado por los mismos corrobora nuestros resultados, ya que se asocia a la covid-19 con un predominio de síntomas de preocupación, estrés y desesperanza.

En relación a la salud mental, la información que arroja nuestro estudio condice con la de Etchevers, et al. (2020) al decir que hubo un incremento significativo del riesgo a padecer un trastorno mental. A los que se suman Fernández, et. al. (2020) quienes encontraron que las personas presentan niveles moderados y severos de síntomas como ansiedad, depresión y síntomas fóbicos.

Referencias bibliográficas

Arito, S. y Rígoli, A. (2020). Salud, subjetividad y vínculos en tiempos de pandemia. ConCiencia Social Revista digital de Trabajo Social, 4, 220-235.

Bonet, J. (2018). Psicoinmunoneuroendocrinología. Ediciones B.

Casullo, M. (2004). Inventario de síntomas de L. Derogatis. UBA-CONICET.

Etchevers, M., Garay, C., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V. y Helmich, N. (2020). Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11 y 50-55 días de la cuarentena en población argentina. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Fernández, R., Crivelli, L., Magrath Guimet, N., Allegri, R. F. y Pedreira, M. (2020) Psychological distress associated with COVID-19 quarantine: Latent profile analysis, outcome prediction and mediation analysis. Journal of Affective Disorders, 277, 75-84.
Larrotta-Castillo, R., Méndez-Ferreira, A., Mora-Jaimes, C., Córdoba-Castañeda, M. y Duque-Moreno, J. (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 52(2), 179-180.
Papalia, D. Martorell, G. y Duskin Feldman, R. (2013). Desarrollo humano. Mc-Graw-Hill
Sandín, B., Valiente, R. y Garcia, J. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 25, 1-22.

PANDEMIA Y ARTE. EROS THANATOS

Teresa Calisti [A], María de los Ángeles Cela [B], María del Rosario Zurita [C]

LA PESTE. DOLOR AMOR Y HUMOR EN EL DECAMERON DE BOCACCIO

Teresa Calisti

Estamos en pandemia y en su vorágine Thanatos manda. La primitiva tensión entre el deseo y la conciencia de mortalidad inclina la balanza a su favor. Pero la muerte pondrá en movimiento a la vitalidad, el amor por el cuerpo, la satisfacción del sexo, la búsqueda de trascendencia. La literatura, al igual que otras manifestaciones del arte, refleja este complejo entramado. Como ejemplo tomaremos la literatura erótica de la Edad Media que se dio a conocer durante la epidemia de peste que invadió Europa en 1349 asolando a Florencia, donde Giovanni Boccaccio (16 de junio de 1313 – 21 de diciembre de 1375) va a escribir el Decamerón, de plena vigencia en nuestros días, ya que aun en contextos diferentes, hay pautas que se repiten. Bocaccio dará por sentado que la pasión, la imaginación y la poesía son capaces de superar hasta los más desoladores males. El libro está dedicado a las mujeres de su época, el objetivo declarado es dar voz a su voz, a la manera de un manual de consejos útiles en los casos del amor y de la vida. Contrapone a la muerte la ley de la natura, el amor, el eros, la copula. En el Decamerón, mostrará en su introducción a una Florencia convertida en un cementerio pero con algunos rincones donde aún se puede gozar de la vida. Relata que siete mujeres y tres hombres no mayores de 25 años se instalan en Fiesole, Italia en un palacio, no para vivir una vida de placer centrado en los cuerpos, sino para" novelar" acordando no hablar de nada triste durante dos semanas. Serán dirigidos cada día por uno de ellos, se reunirán en horas de la tarde y relataran 100 cuentos.El tema del día lo elegirá el líder diario. Pasean, beben, cantan y danzan, preparando el cuerpo y el espíritu para la inmersión en lo imaginario, el mundo de la ficción. La ficción es mucho más que un divertimento, es una posible vacuna contra los estragos de la epidemia. La obra de un carácter claramente antropocéntrico y humanista, describe en forma realista la peste realizando cierta critica a la sociedad de la época; sus novelas en suma podrán reagruparse en temas como el erotismo, el amor, la hipocresía ,la ironía, la burla, la muerte… El Decamerón es un monumento al hedonismo y también es el mundo del pillo, de la literatura como cura y, finalmente, un elemento muy importante para la historia de esta: el nacimiento del narrador y, como reflejo, el de su público. ¿Cuál es la única defensa de este grupo de jóvenes? La palabra como medio de salvación, la

[A] Médica Psiquiatra. AASM. CABA. Argentina. tcalisti@intramed.net
[B] Lic en Psicología. AASM. CABA. Argentina. angelescela@hotmail.com
[C] Lic en Psicología. Hosp Zonal de Caleta Olivia-AASM. Caleta Olivia. Santa Cruz, Argentina. mrosariozurita@hotmail.com

narración que trae consuelo. La palabra se presenta en el Decamerón como el recurso que con mayor eficacia permite, a quien sabe utilizarla, sortear dificultades de toda índole para encaminarse en procurar la propia felicidad. Novelar encierra placer y utilidad para la vida real en proporciones iguales. Los personajes rotan los roles narrativos: todos son productores y receptores de relatos, el objetivo es ejercitar y aprender, más que entretener .Utilizaran la burla y el engaño como recurso linguistico. Las distintas jornadas del Decamerón pueden leerse como una suerte de progresión moral desde el pecado hacia la virtud. Cada uno cuenta una historia sexual, erótica, desobediente y pícara cuyos personajes se entregan a una lujuria desenfrenada ante la amenaza de la muerte. Hay buen humor y todos se ríen, porque afuera los cerca la tristeza, la crueldad, el desgarro. La risa apuntará a la ironía. Bocaccio presenta al hombre como artífice de su destino, no como un ser a merced de la gracia divina. Aparecen definidos dos perfiles psicológicos: quienes se arrodillan frente a Dios y su ira, y se confinan apostando por una vida frugal y temblorosa, y los que deciden lanzarse a los excesos del carpe diem. Sus personajes son seres comunes, defectuosos y desprovistos de cualquier valor noble propio de una sociedad feudal; por el contrario, destacan los ladrones, embusteros y adúlteros, y se enaltece su astucia, que les permite salir airosos de las situaciones descritas, a diferencia de la antigua concepción medieval, donde el protagonista o héroe de la historia poseía facultades, como la belleza o la fuerza, asociadas siempre a la nobleza y la divinidad Finalmente, el fuerte sentido anticlerical de las historias de Bocaccio le aleja de la concepción teocéntrica medieval. En esta obra el dios del amor Eros, rige el mundo. Los dos sexos, tanto el varón como la mujer, son criaturas destinadas al amor, que se entiende de una manera definidamente sensual y que, por consiguiente, debe ser experimentado corporalmente. El amor seguirá distintos tratamientos,el humor en algunos relatos y en otros la muerte.

Bocaccio y el tema de la mujer. A pesar de la misoginia de la época dará voz a las mujeres, las equiparará a los hombres en sus valores para acceder a los placeres de la vida y del amor a la libertad y la aventura. El deseo femenino ya no es objeto de burla sino signo de inteligencia, es legítimo. Aparecen todo tipo de mujeres, prostitutas y rufianas. Antes se trataba de la donna gentile, angelicata, ahora la mujer conquista los derechos del cuerpo, un sexo vital contra el ascetismo moralizante, mantiene relaciones y traiciones extramatrimoniales. Todos los cuentos son una mezcla de risa, erotismo, donde aparece el marido burlado, el cura lujurioso y la mujer astuta y traicionera. La burla erótica esta vez hacia el hombre, funciona como detonante de la risa.

Veamos algunos relatos .Amar o perecer. Madonna Filippa, un modelo de poliamor. Es la feminista del Decamerón encontrada por su marido en la cama con su amante es llamada a juicio y condenada a morir en la hoguera.En su elocuencia exalta el derecho de la mujer de gestionar libremente su vida sexual, aclarando que siempre satisfizo sexualmente a su marido teniendo ella más para dar, que haría con esto? asi justifico su adulterio logrando ser absuelta. Se le permitió llevar esta doble relación y la ley fue modificada aplicándose solamente a prostitutas

-En otra de las historias se cuenta cómo una pareja de amantes mantiene relaciones sexuales apoyados en un tonel, y dentro del tonel está el marido de ella, escuchando. Cuando los descubre, ¿qué creen que pasa? Pues que deciden que, para compensar al marido engañado, este se acueste con la mujer del otro. Así, todos quedan contentos

Amar y perecer. Así sucedió con Lisabetta y su amante: el amor que esta tenía a Lorenzo la llevó a la locura cuando sus hermanos, deshonrados, lo mataron, ella lo descubrió y enterró su cabeza en un albahaquero donde le lloraba todos los días hasta que, finalmente muere

- Con el diablo en el cuerpo. Se relatan historias obscenas de curas y monjas, donde se desnuda la hipocresía eclesiástica Ejemplo son las aventuras de Alibech.Es el caso de la joven doncella con intención de dedicar su vida al Señor que abandona su ciudad con objeto de encontrar a alguien que le enseñe el correcto modo de conectarse con la divinidad. Cuanta será su sorpresa cuando un viejo religioso le muestra al diablo (su miembro erecto) y le dice que al maldito hay que meterlo en el infierno (la vagina de la joven)cada vez que ose despertarse, para que el mundo no corra peligro y asi sucedió. No pasó mucho tiempo para que le tome el gusto meter al dichoso

diablo en su guarida, sin darle un segundo de reposo a su maestro. Finalmente, exhausto despide a la joven mediante alguna excusa. El objetivo del relato es mostrar que meter el diablo en el infierno es consuelo para las penas de amor, la melancolía y superar el horror de la peste

-En otro cuento se relata la vida de Massetto un jardinero que se hace pasar por sordomudo y se convierte en amante de 8 monjas y la abadesa de un convento hasta que, completamente extenuado, sale de su ficción, y habla para decir que ya no puede más, provocando la sorpresa en la casta comunidad quien lo interpreta como ¡un milagro de Dios ¡

- **Crisis literatura y esperanza**. La pandemia nos sumerge en una crisis y en múltiples duelos. René Kaës piensa al psiquismo como construcción destrucción, liberación de fuerzas de muerte y fuerzas de regeneración, de aperturas, cierres y creaciones, que se construyen a través de la apoyatura grupal -En las crisis, es la situación límite la que impone un vacío de identidad Como contrapunto de la destrucción, Eros nos provoca a sublimar las pulsiones de muerte a través del amor, la creatividad, la energía constructiva. Lo sublimatorio está ligado a la simbolización El trabajo de simbolización, como viabilidad y descarga pulsional que es propio de los procesos creadores, será el que enlace y dinamice quizás esta nada estructural.

Para Winnicot las primeras experiencias de simbolización del niño se dan en el espacio transicional a través de la experiencia de la ilusión de crear, el enriquecimiento de la fantasía, con la riqueza del mundo, lo que requiere de un otro receptivo, la madre. La estructuración subjetiva en todo momento de la vida solo puede hacerse con otro, ante otro y desde el Otro. Este lugar fronterizo entre la realidad y el sueño es justamente en donde se sitúan el arte y la creación literaria. El arte del relato reproduce, recrea, transforma la realidad inicial u originaria y se plasma en la obra resultante, que, entonces, no es enteramente o siempre, una obra realista, sino de ficción que permite organizar la historia propia y transformarla,y si compartimos en grupo la experiencia de narrar, como los personajes de Bocaccio este efecto resulta multiplicador . La literatura nos ayuda a encontrarnos y construir sentido. No solo escribir, también leer en tiempos de crisis se ha convertido en un ejercicio de resistencia que nos saca de nosotros mismos, mirando a los otros sin la mascarilla mental del prejuicio, descubriendo en ellos una parte desconocida de lo que somos. Es interesante el proceso de ”la metanoia que es el cambio en los personajes y en los escuchas” : el análisis de la conducta de los personajes como un posible modelo de reacción ante la desgracia que, paradójicamente, genera idas que pueden llevar a la superación personal y un cambio de rumbo positivo en la trayectoria del personaje y, por medio del proceso de la catarsis, del propio lector. La transformación de pena en ideas libera alegría. Dejo para el final la utilización del chiste por Bocaccio, forma de enfrentar a lo siniestro donde, la risa como se entendía en ese momento, controladora se transforma, es ahora más vital, consciente del goce y de la muerte. El humor es una vía de comunicación universal, la risa es alegría, proviene de lo imprevisto, en el Decamerón la provoca el mundo del pillo que se salió con la suya, y se acompaña de burla e ironía, una cierta forma de humorismo agresivo Sigmund Freud en su libro ‘El chiste y su relación con lo inconsciente’ (1905) refiere que la comicidad y el humor constituyen métodos para reconquistar la infancia y para generar placer como vías que salvan la “coerción” psicológica. Finalmente ser salvados de la peste negra por la ilusión literaria en el Decamerón debe entenderse como una metáfora: los diez jóvenes que se encierran en grupo a novelar en Villa Palmieri realizan un viaje de regeneración cargado de experiencia literaria, salen de ese encierro con una mayor de vitalidad de la que tenían cuando iniciaron su retiro, más conscientes de la riqueza y felicidad de la vida, y, al mismo tiempo, más conscientes de la necesidad de dotar a esa vida que para nadie es eterna, de un designio y una creatividad que, de algún modo, la prolonguen más allá de la muerte, para que deje una huella cuando el cuerpo haya dejado de existir. Así defienden la literatura, el teatro, las artes al ser humano contra la desmoralización que pueden provocar en él amenazas como las pandemias

Bibliografía.

Bocaccio G.Decameron. Losada Bs As 2005
Branca Vittore. Bocaccio historia de la literatura italiana. Catedra Madrid. 1990.

.Freud S. 'El chiste y su relación con lo inconsciente'. Alianza.España .1973
Freud S. Más allá del principio del placer. Obras completas. Tomo XVIII.Edit Amorrortu.Bs As 1992
Gutierrez de Angelis M. UBA/ Conicet. Risa y erotismo. La conciencia del deseo el goce y la muerte. en el Decamerón de Bocaccio. Espéculo: Revista de Estudios Literarios N 41-2009
Kaes R.Crisis ruptura y superación. Ediciones Cinco. Buenos Aires, 1989.
Lombardi.A. El diablo en la carne: conferencia del Decamerón de Boccaccio.Univ de Rio de Janeiro. Boletin de estética N 52
Winnicott D.Realidad y juego. Editorial Gedisa. Barcelona. 1993.

PERIPECIAS DE ARTISTAS LA SALUD EN ESPACIOS VIRTUALES

María de los Ángeles Cela

"Rodeamos de lienzos una desnudez sonora,.. herida infantil,... Esos lienzos son: lo que canta, suena, habla" el artista. (Quignard, P.: "El odio a la música").

El arte fue aceptado por Freud como una actividad que apacigua deseos no tramitados, del propio creador, "el lector o espectador". La pulsión e idealización están implicadas en el proceso creativo. La sublimación está relacionada a la libido de objeto que inviste otra satisfacción alejada del fin sexual inicial, al modificarse la naturaleza del objeto es elevado psíquicamente, con una salida sin exigencias, y no llega a la represión. Cuando logra alojarse otro orden por el deseo del Otro a modo de mandamiento, se incorpora una voz que modela el lugar donde está hospedada nuestra angustia y puede ser resuelta. La voz como sonido del alma entre un afuera y un adentro, conforma voces de profesionales y artistas, cuyos deseos durante 2020/21 emergieron enlazados a dispositivos Palabras de Sujetos cuyo deseo, desde y en lo virtual dan cuerpo a este escrito, reconstruyen su historia, inmersos en la hendidura angustiosa que separó deseo y goce, su objetivo en aislamiento llevo a transiten peripecias, incorporando incluso arte virtual digital. En busca de placer cuando un sujeto realiza su obra escribe, repara, lo que insiste puja y toma una vía creativa que drena dolor, estabiliza, modifica lo tormentoso, otorgando el producto algo de placer. En lo tecnológico permitió sortear obstáculos, un efecto globalizador posibilitó integrar contenidos, se borraron distancias, entablaron relaciones y resurgió el arte colectivo que divulga ideales y pensamientos socioculturales. Ligar afecto y arte digito virtual, visibilizó mensajes. Al haber un decir, la pulsión, mediante la voz hace al cuerpo sensible a decires, el lenguaje al envolver libidinalmente, permite desplazar en el decir un retorno, resonar de lecturas y su efecto anuda a lo escrito que llevo a reflexión en problemas cotidianos, también reparar o resignificar perdidas y su elaboración. El arte del escritor posibilita leer, "ingresar a otros mundos, conocer, escapar de una realidad" dijo Hilda Gallardo, que participa en un taller literario poético (zoom), también uno internacional colectivo. Explica: " Siempre estoy en incertidumbre de lo escribo nunca conforme, compartir mis textos fue un proceso lento y difícil, dar validez a lo propio, valorar la producción de uno. Es importante interactuar con otros, escuchar la lectura del propio texto, realizada por otra persona, aceptar de otros devolución, humildad de escuchar la crítica positiva, de un mismo texto hay tantas interpretaciones como de lectores. Pregunta: ¿Cuándo escribimos queremos que el otro entienda lo que escribimos o dejamos como esta porque lo entendemos nosotros? Enriquece ver la reacción, comentario e interpretación de otro. A veces no coincide con nuestra idea. Considero, no tengo el oficio de escribir, urge en mí esa pulsión de escribir sin proponérmelo, a veces responde a una consigna del taller y a veces no, tengo libertad de elegir. El momento creativo en mí se da por esa necesidad de rescatar la palabra interior, espera ser descubierta para repicar con otras. Permite reparar, recrear, liberar mi expresión más íntima". Coincido con A. Pizcernic: "Escribir es reparar la herida fundamental, la desgarradura, todos estamos heridos". A veces, nos auto-saboteamos con la incertidumbre y duda. En la poesía puedo recrear en pocas palabras, en narrativa me llevaría un extenso fragmento. No es que me resista a escribir, no valoro lo que escribo, en esa respuesta del otro que encontré fui tomando confianza en mí misma. Ser parte de un trabajo colectivo enriqueció mi creatividad, porque en ese trabajo con el otro he podido avanzar,

respetando a otros, se genera la necesidad de escuchar, consensuar, dejar de lado egos". Su participación colectiva derivo en una propuesta poética "Abrir por instantes la ventana de la poesía" en sus grupos de wasap y compartirlas, es un cruce de poesías, sin limitación de escritura propia. Hecho por quien pueda y sino para leer. Respecto al arte plástico hacia fines del siglo XX la desmaterialización del arte trae un retorno a la pintura, la imagen y nueva figuración, se distancia la mimesis, y diferencia entre realidad y arte, lo que está en la realidad y lo realizado. Los artistas expresando su interior, construyen discursos que generan vida y con elementos del lenguaje visual captan más rápido la realidad. Diversos modos de arte digital son usados cotidianamente y por artistas, presentándose la cercanía en un lugar espacial y perceptivo. El Net ar permite circular trabajos, al ser usadas las imágenes por cualquiera en algún momento llevan a la muerte de autoría, quedan en el mismo nivel una institución, corporación palabras e imágenes. Este modo de difusión y descripción de la activ. artística, busca el ideal, que entre vida cotidiana y arte desaparezca el vacío. La tecnología tomo lo artístico a mostrar de la fotografía. M. Ester Zucchi artista plástica. Relata que la pandemia le colocó topes a su vida creativa, vida social y exposiciones, habiendo tenido antes pérdidas de seres queridos. Dijo sentirse "rescada de estar sola" al contactarse con el afuera. "Yo siempre fui muy reacia. En un principio tuve que aprender todo lo que era en mi trabajo, sacar fotos con cámara aprender a trabajar con programa foto shop, Me gusta ver lo que opinan de mi obra, se hacen comentarios que me parecen un aprendizaje. Antes hacemos conocimiento de la obra". Ester trabaja así desde el 2020 en aislamiento. Considera enriquecedor el contacto en los otros, pues las medidas de cuidados individuales y sociales influyeron, por falta de contacto con sus pares y el espectador. Isabel Tappari, creo el grupo "Camino por las Artes", parte de una temática, cada artista trabaja sobre ella. Luego difunden a través de un álbum y videos por las redes sociales. Dice Ester: "Cuando se relata y aprecia la mirada de otros en los textos de la obra compartida sale a la luz sentimientos y emociones jamás imaginadas por el creador de la misma. A través del arte, el espectador se explaya escribe, y el creador completa de esta manera la finalidad del arte. El objetivo se pudo llevar a cabo gracias a la comunicación virtual, se sociabilizó la obra y se dialogó. Es sanador, expresarme llegar a los otros y ellos a mí. Siento placer que mi producción sea visualizada y valorada. Sin ser parte de este trabajo colectivo, no habría podido llegar a tanto en este momento especial que estamos viviendo, En aislamiento no sentí resistencia a pintar o sacar fotos. No tuve conflicto con algo de lo que hice, ni sentí inhibiciones. La primera obra fue el año pasado fue una acuarela titulada "Estaba entre algodones", la empecé antes del aislamiento y terminé luego. Una de las acuarelas que hice este año y dejó huella de pérdidas es "El ángel de Mariel", recordé una compañera artista que perdimos en 2020, el aislamiento me hizo reencontrar con mi interior y valorar. Lo tecnológico es otra manera de comunicarse a través del arte". Teresa Zamparolo, artista plástica dice:" El arte pertenece a salud. A través de distintos elementos como el niño o adulto manifiesta sus estados de ánimo ., niños que no sabíamos que eran golpeados dibujaban manos grandes y negras, y como eso otras experiencias La educación es una herramienta importante. Para formar criterio en los niños. En la escuela o un taller quedan al descubierto las dificultades de una sociedad. Crear es experimentar entre desvelos y velos, algo que de su origen emerge, entre el artista y su obra, surge el <ser-ahí>. El ser humano teje redes y en ellas se sostiene, entonces el lenguaje, la lengua, palabra, su cuerpo y psiquis pasan a ser parte de las construcciones y contratos partícipes de la cultura de cada pueblo ¿Cómo se juega la necesidad, demanda, deseo y goce?¿Cuál es lugar del silencio en la música? El arte musical permite expresarse con su lenguaje, en melodías y lo rítmico, descarga, orienta, ordena, manifiesta sentires, Lo expresado o silencios de un sujeto, grupo o pueblo, indican lo que aqueja, resiste o repara. El silencio como corazón de la música, es en ella un suspenso, una puntuación pero insuficiente para vaciar el objeto. Así como el relato del cuerpo al danzar transmite algo más, la voz de quien canta implicada en lo sonoro, emerge y va al aire. En las escenas de una canción circulan, sonidos, silencios, una letra es escuchada por otros y va dirigida a Otro. La escritura de historia propia puede desplazarse a lo colectivo, en cada

momento el lenguaje musical lo permite. M. Brever, productor del Rock argentino señala que profesional es el que sabe música, leer partitura, escribirla, componer, etc. Walter Piancioli. (Willy de Los tipitos) músico, escritor, compositor y autor. Expresa que" Las cosas van avisando, van sucediendo, señala lo "tremendo" de la potencia de la letra y la música. Cuando nacen palabras o una canción ya está definida, es diferente "Los poemas son claramente poemas Se puede echar mano de un poema para terminar una idea." La música, fluye por red como organización anudada, deja inscripciones y referentes de deseo. El contexto del grupo se transforma, lo fundó una realidad y es parte del propio texto grupal, se realiza algo más allá del drama individual, no queda determinada por el trabajo de la organización. "Todos", es el factor integrador de redes sociales y virtuales, que articula fuerzas visibilizando y enuncian reglas. Esto constitutivo del grupo, permite promover lo grupal y lo que emerja de él. Desde su constitución en un grupo actúa la subjet. de cada persona, y lo colectivo se hace en el proceso, escribe su historia. Cada integrante ensambla su voz en común, conforma ese colectivo, variando lo subjetivo del sufrimiento y la satisfacción. ¿en qué grado y de que modo participan los sujetos? ¿Qué siente hacia normas de orden social? ¿Cómo elabora personal y socialmente, su historia de vida, debilidades, fortalezas, trauma? ¿Cómo ubica sus potencialidades, recursos propios? ¿Que necesidades lo aquejan? ¿Cuál es su capacidad de abrir espacios y crear formas para resolver necesidades propias y de otros? Subjetividades se transforman en pensamiento que representan en una voz múltiple. La actividad colectiva escribe en un proceso respuestas a condiciones objetivas y subjetivas de existencia en lo social por eso se considera en otra dimensión, Sociohistórica. Ralf Niedenthal (Musicot.) relata "…entre todas las políticas públicas, tengo este sueño, de la película "Escuela de Rock"… bandas en escuelas, la discapacidad en la música entra en segundo plano. Se trata de encontrar el potencial de cada persona. Primero está la persona y dentro de la persona toda su vida, sus cosas, su familia, historia, la discapacidad como algo más". Éste musicoterapeuta, dirige "Todos hacemos música" (ONG). Dice que al principio solo veía el déficit, "no sabía que hacer, si estaba en silla de ruedas, o no podía mover tal parte de su cuerpo o no podían hablar, haciendo un clic, me di cuenta, era hora de mostrar lo que podía hacer en la parte creativa (mover un dedo, brazo, ojos, sonreír), con eso trabajaba, despertó en mí el ojo clínico, para desarrollar esas partes de cada una de esas personas...verla plasmada en los pacientes. Me pareció base, para realizar estas activ. Tuve y tengo Incertidumbre, con ayuda de terapia y supervisión de Prof. de Salud, gente que acompañaba voluntarios decían: "Esto sí, esto no". La ONG durante pandemia no tuvo actividad Pública, planificaron ideas (zoom) y armaron videos con artistas. Dice Ralf, "Referente al "retorno de la mirada, la gente dice: "Nunca llore tanto en mi vida. Este video es lo mejor que me paso en pandemia". ¿Qué fuerte no? La gente comentaba, no decían pobrecitos. Decían ¡uy! Rock and Roll. Qué bueno suena esto. "Todos hacemos música" es sentido de pertenencia. Hay felicidad, compartir musicalidad es genial. No se sostiene, me gustaría haya programas musicales a largo plazo, y toda la semana pudiera hacer algo, la producción es grupal. Siento que no es algo mío, es de todos. Tejer redes, contactos, es bueno que entre ellos se conozcan, intercambien data, de una música en especial, no de personas con discapacidad. Integrantes de Rata Blanca, decían "se me hace un nudo en la garganta". Cada uno con esa limitación, como "Una discapacidad emocional". Freud señala, Un artista da forma a sus sueños diurnos, quita su carácter personal, y si otros se consuelan compensando desde la "fuente de goce Inc.", logra reconocimiento y admiración.

Bibliografía

Freud, S.: El interés por las ciencias no psi. V: 13. O.C. Amorrortu editor.
Freud, S.: "El malestar en la cultura". Vol 17. O. C. Hyspamerica. 1988.
Lacan, J.: El Seminario Libro 23 "El sinthome". Clase del 18/11/75. Ed. Paidós
Entrevistas a diferentes artistas de áreas del arte. Entrevistas obt. de YouTube. 1. German Tano Nieto (Radio Rock and pop) 2.Twueety González (Músico productor "Charlas musicales En Tiempo De Cuarentena".(YouTube).

DIBUJAMIENTO DEL SENTIR EN LA PANDEMIA

María del Rosario Zurita

Dibujamiento es un término inventado, es una manera de esbozar relatos, dibujos y escritos sobre el transcurrir en tiempo de pandemia en el Departamento de Salud Mental del Hospital Zonal de Caleta Olivia, provincia de Santa Cruz. Implica detenernos a reflexionar y pensar sobre nuestras prácticas en salud mental. A reconstruir situaciones vividas, a reconocer emociones y hábitos que fueron modificados. Sobre como la pandemia impactó en nuestra vida cotidiana, en los lazos sociales y los abordajes terapéuticos.

Considerando que la salud mental es una construcción de saberes compartidos en la comunidad, se define por quienes formamos parte con nuestro modo de ser, estar y hacer.

Los hábitos que forman parte de nuestro mundo simbólico e imaginario se ven afectados y la pandemia nos confronta con un agujero en lo real, la amenaza constante de morir.

El Arte es una herramienta fundamental para propiciar un encuentro con compañeros y con usuarios del servicio de salud mental. Es una forma posible de comunicar y compartir lo que estamos viviendo. Como lo expresa María Julia Cebolla Lasheras en el capítulo 1 del libro Arte Psicoanálisis y Salud Mental; “El arte como hacer que implica tanto lo real como lo imaginario y simbólico media posibilitando la existencia de un tiempo-espacio nuevo en la subjetividad facilitador de la interiorización y posterior exteriorización de otro modo de ser y estar en el mundo”

Poder dibujar, trazar, delinear, bordear y representar. Son acciones propias de las artes que nos permite dan forma empleando la imaginación para sostenernos, crear, recrearnos y poner un velo a lo real de la muerte, propicio para estos tiempos.

Marisa Rodulfo expresa lo siguiente “El dibujo no es una ilustración de un estado de cosas, si no que puede asistir a través de la escritura en imágenes, a la génesis, al desarrollo e incluso a la modificación de un estado de cosa”

Los dibujos sobre la pandemia pueden ser una acción transformadora de la realidad que vivimos.

La Organización Mundial de la salud recomiendo incluir el arte y la cultura en la atención sanitaria, reconociendo los beneficios del arte para la salud física y mental. El informe concluye que las artes juegan un papel crítico en la promoción de la salud ayudando a prevenir la aparición de enfermedad mental y deterioro físico relacionado con la edad; constituyen una estrategia de apoyo durante el tratamiento de enfermedades mentales, enfermedades no transmisibles y trastornos neurológicos, así como para pacientes con cuidados intensivos y adultos mayores.

Reconocemos que la pandemia continua con sus ciclos, pero nosotros podemos establecer y permitirnos un corte, situarnos en el presente, poder analizar lo vivenciado, proyectarnos como continuar trabajando y construyendo en salud mental. El tiempo de pandemia fue inesperado, es vivenciado como indeterminado e indefinido. La pregunta es cuanto nos captura en sus olas, ¿nos quedamos inmovilizados, detenidos o podemos accionar y reconocer nuestros propios tiempos.

Registro sobre algunos cambios que genero la pandemia el Departamento de Salud Mental

La oficina de Salud Mental y las habitaciones de internación fueron desocupadas de forma repentina para ser destinadas a la atención y tratamiento de pacientes con COVID. Se comenzaba a vivenciar que el hospital se estaba preparando y organizando para recibir pacientes con COVID 19; aparece de relieve los equipos de C.O.E (comité operativo de emergencia) orientando sobre medidas de prevención y protocolos. Al principio se mantenía una tensión latente, no había casos, pero el hospital se preparaba para lo que estaba por venir, sin saber en qué momento llegaba la pandemia a la ciudad. Se implementaban las medidas de seguridad para evitar los contagios, se habían reducido significativamente la atención presencial en consultorio y actividades grupales. Nos comunicaron de forma repentina que la atención que brindamos se suspendía, respetando

las medidas de aislamiento nacionales. Los pasillos de hospital estaban vacíos, ganaba el silencio, se percibía el miedo y tensión ante lo desconocido.

Luego de la primera semana de suspensión de las actividades terapéuticas que brindamos, nos organizamos como equipo en reuniones virtuales para esclarecer de qué manera adaptarnos a los cambios y como continuar con la atención a pacientes y como nos encontrábamos cada uno transitando y procesando los inicios de la pandemia.

Dentro del equipo de trabajo que formo parte, realizamos tratamientos terapéuticos grupales para pacientes con problemáticas de consumo (grupo institucional de alcoholismo) y también abordajes terapéuticos para pacientes con diversas problemáticas de salud mental. Se llevan a cabo reuniones terapéuticas y se brindan diversos talleres artísticos, lúdicos y recreativos. Incluyendo como parte del tratamiento las expresiones artísticas en espacios grupales propiciando la interacción y comunicación.

Comenzamos a realizar seguimiento telefónico desde nuestro teléfono particular. Manteníamos las reuniones de equipo por video llamada. Posteriormente comenzamos a armar grupos terapéuticos y talleres virtuales. Los recursos con atención remota nos permitían de forma parcial continuar con los abordajes. Se perdía la modalidad presencial, la calidez de reunirnos en el espacio físico, las charlas, mates o alguna comida que circulaba que hacía agradable los encuentros terapéuticos ya no estaba. Actualmente nos encontramos de vuelta en el espacio físico con actividades presenciales, con adecuaciones en los modos de trabajar implementando los protocolos.

El aislamiento social como defensa y el sujeto ¿sin defensa?

Las conductas más simples y cotidianas se transforman en conducta de riesgo, de contagio de covid 19. Evitar acercarse al otro, evitar saludar con besos o abrazos. Evitar circular. La frase constante que aparece en los medios de comunicación es quédate en casa, como recomendación y como imperativo. El aislamiento social es la forma de defensa ante la pandemia. Se transmite la frase cuidarse en cuidarnos. Decisiones políticas, decretos, actividades permitidas y horarios restringidos. Determinaciones de gran impacto en nuestra subjetividad.

Fuimos buscando modos de reinventarnos para transitar la pandemia y poner un velo a lo real. Como expresa Norma Torres Mirco en su libro el diván y el pincel. Recurriendo a la psicoterapia del arte para expresar el mundo interior, significarlo simbólicamente en el exterior complementando su significación con el lenguaje verbal.

En estos tiempos que transitamos aparece de manifiesto la pulsión thanatica, el miedo a la muerte, se registra en las intervenciones clínicas en el aumento de casos con intentos de suicidios, principalmente adolescentes, aumento de consumo de sustancias y cuadros de ansiedad en la comunidad. La lucha por la vida, la tensión entre pulsión de vida y muerte se pone en evidencia en los escenarios actuales.

El aislamiento social, provocó un alejamiento en los vínculos y en la comunicación. Se produjo un aislamiento afectivo y desmotivación. Se vivenciaron cambios sutiles en los estilos de vida, pero también fue de gran impacto en la salud mental, como los modos de transitar los duelos y las perdidas ante la limitación de los rituales que posibilitan despedirse del familiar y a la vez sentirse acompañado en esos momentos.

El informativo, el conteo de personas contagiadas y el número de fallecidos intensifica la ansiedad e incertidumbre. Escenarios desgarradores, imposibilidad de detener y controlar la pandemia, la saturación y colapso de los sistemas de salud. Un paciente internado en este hospital se arroja por la ventana del 1º piso al recibir el diagnostico de covid positivo en los inicios de la pandemia y fallece al caer. Coincidía con imágenes que se mostraba de otros países acerca de lo que producía la pandemia, ligado directamente a la muerte. La desesperación y el desconocimiento dejo sin posibilidad de responder de otra manera.

Experiencia desde el taller de arte terapia

La experiencia de compartir dibujos y relatos sobre nuestro sentir pandemia, permite a usuarios del taller de arteterapia expresar sus emociones, elaborarlas, darles formas, en algunas ocasiones

la creatividad y motivación se vio disminuida, la participación fue fluctuante como los tiempos que vivimos, las modalidades se fueron modificando. Expresiones graficas de soledad, aislamiento, sentimientos negativos, movilizaciones internas y silencios. En los encuentros virtuales, se generó un acercamiento y conocimiento de cada uno, a través de representaciones sobre el interior de sus casas, valorizando un espacio en particular para presentar al grupo. También se hacía presente expresiones de deseo, de encuentro con otros, anhelos de abrazarnos, de compartir los cumpleaños, de valorizar los rituales más simples. Se apuntó a sostener y orientar la propuesta del taller desde los gustos y motivaciones. Descubriendo y redescubriendo el estar en casa durante los primeros tiempos. El deseo de estudiar, dedicación por las plantas y actividades artísticas.

Se pudo sostener el taller y varios integrantes hacían hincapié que seguía siendo su lugar propio, para expresarse y comunicarse.

Conclusión

Dibujamiento del sentir en pandemia fue un modo de intervenir y analizar sobre el recorrido en estos tiempos. Un hecho con cierta eficacia que permite nombrar situaciones, hechos, construir relatos, delimitar y dar forma a lo que sentimos.

Es fundamental siguiendo el posicionamiento psicoanalítico, poder dar curso a la pulsión libidinal para que la energía circule y de esta manera crear experiencias nuevas que apunten hacia la vida. Pichón Riviere alude a esa posible transformación de lo siniestro en maravillo al ser atravesado por la experiencia estética.

Bibliografía

Calisti A; Cebollas Lasheras M; Cela M; Fortuny P; Goicoechea C. "Arte, psicoanálisis y Salud Mental. Teoría y practica 1. El proceso creador. Bs. As. Letra viva, 2014.
Rodulfo Marisa. "El niño del dibujo". Bs. As. Paidos. 2006.
Torres Mirco Norma. "El diván y el pincel: hacer arte en el consultorio del psiconalista. Bs. As. Letra Viva. 2015.
https://enys.conicet.gov.ar/la-oms-recomienda-incluir-el-arte-y-la-cultura-en-la-atencion-sanitaria/

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES Y ALFABETIZACIÓN TECNOLÓGICA PARA EL RESTABLECIMIENTO DE REDES DE APOYO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES FÍSICAS CRÓNICAS

Vera Bail Pupko [A], Luciana Becerra [B]

Introducción:

Este trabajo presenta el contexto y el desarrollo de un plan para la generación y sistematización de intervenciones psicosociales y alfabetización tecnológica en pacientes con enfermedades físicas crónicas. Este proyecto tiene como fin restablecer las redes de apoyo que el aislamiento social preventivo interrumpió. Busca también promover la sistematización de la información para su aplicación en situaciones post pandemia que impliquen dificultades en el acceso de los pacientes y sus cuidadores a los centros de salud que brindan apoyo o seguimiento.

[A] Dra. en Psicología Social. Universidad Abierta Interamericana. Secretaría de Investigación, Colegio Militar de la Nación. Fac. de Psicología UBA. CABA. Argentina. verabailpupko@gmail.com
[B] Lic. en Psicología. Secretaría de Investigación del Colegio Militar de la Nación. UBA. CABA. Argentina. becerraluciana1@gmail.com

La pandemia por COVID-19 complejizó el panorama sanitario y de asistencia, obligando a buscar formas innovadoras de acceso a los servicios de salud, en especial para los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que concurren a los Hospitales Públicos (OPS, 2020). Los enfermos físicos crónicos constituyen una población cuya vulnerabilidad se vio aumentada durante la pandemia de COVID 19 debido a las comorbilidades que presentan (Aquino Canchari, et al., 2020). Conforman un grupo de riesgo, por la mayor exposición al virus, al estrés y a problemáticas asociadas con la pobreza y al acceso reducido a la atención médica (Patel, et al., 2020). Este es el caso de inmunosuprimidos, personas con antecedentes respiratorios, con antecedentes cardíacos, diabéticos, cánceres, personas con insuficiencia renal entre otros (WHO, 2020). A su vez, los cuidadores familiares de enfermos crónicos, también suelen tener enfermedades crónicas y necesitan apoyo psicológico para promover el autocuidado y la protección emocional y física que les permita a su vez brindar cuidados (Grau Ábalo, 2020). La pandemia produjo restricciones en los servicios hospitalarios y en el transporte público, a lo que se le sumó la dificultad de la atención virtual y el temor al contagio en las salas de espera. El resultado fue la discontinuidad en los tratamientos, incluso en los medicamentosos, y una restricción en la red de apoyo de los pacientes tanto en la atención médica como respecto a los grupos de apoyo psicológico a los que asistían.

La cuarentena reduce la disponibilidad de intervenciones psicosociales oportunas y de asesoramiento psicoterapéutico de rutina (Xiao, 2020). Esta consecuencia no deseada se yuxtapone con el hecho de que las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, requiriendo de tratamientos y cuidados a largo plazo (OPS, 2020). El desafío se convirtió entonces, en implementar intervenciones psicoscociales útiles al contexto (Gracia Fuster, 1997), en particular, desarrollar planes de atención para promover el mantenimiento del apoyo social en esta población y aumentar su calidad de vida física y mental (De Maria, et al. 2020). Para encontrar formas innovadoras de garantizar el acceso a los servicios, se debe potenciar la resiliencia, el crecimiento personal, las relaciones intrafamiliares y la atención especial a los grupos vulnerables para así minimizar el impacto psicosocial en la población (Ribot Reyes et al., 2020).

Partiendo entonces de los desafíos planteados por el contexto, se generó un proyecto de investigación para adaptar los grupos presenciales de ayuda a nuevas

formas que respondan a la necesidad de enfermeros crónicos y sus cuidadores que perdieron el acceso a centros hospitalarios, así como sistematizar el aprendizaje para crear un protocolo que pueda implementarse ante situaciones futuras. Resulta prioritario reconocer las necesidades sociales no médicas relacionadas con la salud, así como los determinantes sociales que influyen en la disparidad social de estos grupos de riesgo (Gray, et al., 2019).

Objetivos, hipótesis y método del proyecto

El proyecto de investigación busca analizar medios tecnológicos de comunicación, cambios en situación de salud, bienestar y redes de apoyo en personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores que debieron interrumpir el tratamiento por el aislamiento preventivo en contexto de COVID-19, a fin de diseñar e implementar intervenciones psicosociales que permitan restituir apoyos preexistentes. Se orienta a partir de las siguientes hipótesis: a) La pandemia de COVID -19 significó un deterioro en la salud y la calidad de vida de los enfermos físicos crónicos. b) La situación de aislamiento generó además de dificultades logísticas, mayor malestar subjetivo por la pérdida de contacto con las redes de apoyo. c) La generación de redes de apoyo y trabajo en grupo mejora la calidad de vida de los pacientes, favoreciendo la resolución de dificultades, temores y ansiedades generadas por la enfermedad y el condicionamiento en un contexto de pandemia. d) La implementación de intervenciones a través de medios no presenciales permite restablecer redes vinculares de apoyo necesarias para el mejoramiento del bienestar de los enfermos crónicos.

Las hipótesis serán contrastadas a partir del cruce de información cualitativa y datos cuantitativos brindados por los pacientes mediante cuestionarios desarrollados *ad hoc.* Se hará una comparación pre y post intervención.

El plan de investigación presenta un enfoque mixto. Se analizaran de forma cualitativa las na-

rrativas tanto en pacientes como en sus cuidadores de los medios de comunicación disponibles, cambios en el estado de salud y bienestar y redes de apoyo. Se sistematizarán los datos obtenidos en el estudio cualitativo para generar instrumentos estandarizados y analizar los indicadores en la muestra participante, comparando los mismos antes de una intervención psicosocial y luego de la misma. Esta parte del estudio posee un alcance descriptivo, correlacional, con diseño no experimental y transversal. En una última etapa, en base a la información cuali y cuantitativa, se diseñará una intervención para restablecer las redes de apoyo en base a las características y necesidades relevadas en la muestra. Esta intervención implica la alfabetización tecnológica de los pacientes crónicos y sus cuidadores, a través de la capacitación a los profesionales intervinientes en la aplicación del dispositivo de intervención psicosocial. Esta parte del proyecto es diseñada como investigación aplicada, valorándose la aplicación misma y formas de transferencia a otros grupos poblacionales en condiciones similares.

Se utilizarán una muestra obtenida por muestreo simple e intencional, utilizando el criterio de saturación de información para determinar el número total de integrantes. La misma se conformará pacientes con enfermedades crónicas y sus cuidadores que interrumpieron el tratamiento debido al aislamiento preventivo impuesto por el contexto de pandemia.

Los profesionales que anteriormente haya coordinado o participado en los grupos de apoyo de los pacientes crónicos que interrumpieron su tratamiento serán los mediadores entre los pacientes y el equipo de investigación, brindando la información solo de aquellos pacientes que explícitamente hayan dado su consentimiento para participar del trabajo. Los profesionales serán incluidos en el desarrollo de los dispositivos, obteniendo capacitación para su implementación y ejecución.

Los resultados y la transferencia propuesta

Se esperan obtener en el análisis de los datos aportados por las distintas fuentes, resultados concordantes con las hipótesis de trabajo, presentando los pacientes con enfermedades crónicas y sus cuidadores una mejora en el uso de medios tecnológicos para la comunicación, estado de salud y bienestar al restablecerse mediante la intervención psicosocial las redes de apoyo preexistentes al aislamiento. Se espera generar un modelo de intervención para establecer o recuperar redes de apoyo profesional, considerando las características propias de la población objetivo y de los cambios producidos por la falta de acceso a los servicios de sanidad que pueda ser transferido a poblaciones similares en condiciones de aislamiento, sea cual fuere el motivo de este último.

El desarrollo e implementación del proyecto expuesto, busca capitalizar la experiencia y los recursos que han surgido en pacientes vulnerables y sus cuidadores, para superar una experiencia tan particular como es el aislamiento social, los temores y los recaudos que la pandemia impone. Se busca poder transferir los conocimientos y estrategias surgidas en este último año a situaciones diferentes, tanto actuales como futuras, donde los centros de salud y las posibilidades de acceso a grupos de apoyo quedan limitados, ya sean por eventos aislados como pueden ser inundaciones, emergencias, desastres climáticos, o simplemente por la distancia o la falta de recursos económicos. Rescatar la experiencia vivida y sistematizar las herramientas de los propios grupos de apoyo y de las familias, promueve la resiliencia de la comunidad, favoreciendo el acceso a una salud integral tanto de los pacientes crónicos y sus cuidadores, como de otros posibles destinatarios de intervenciones psicosociales.

Bibliografía:

Aquino Canchari, C., Quispe Arrieta, R., & Huaman Castillon, K. (2020). COVID-19 y su relación con poblaciones vulnerables. Revista Habanera De Ciencias MéDicas, 19, e3341.

De Maria, M., Tagliabue, S., Ausili, D., Vellone, E., & Matarese, M. (2020). Perceived social support and health-related quality of life in older adults who have multiple chronic conditions and their caregivers: A dyadic analysis. Social Science & Medicine, 262, 113193.

Gracia Fuster, E. (1997) El apoyo social en la intervención comunitaria, Paidos, Barcelona

Grau Ábalo, J. Los familiares de enfermos crónicos necesitan atención psicológica para evitar estrés y emociones negativas INFOCOP online , Consejo General de la Psicología de España, 1 de octubre 2020 ISSN 1886-1385 http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4211

Gray, D. M., Anyane-Yeboa, A., Balzora, S., Issaka, R. B., & May, F. P. (2020). COVID-19 and the other pandemic: populations made vulnerable by systemic inequity. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology, 17(9), 520-522.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Investing in Interventions That Address Non-Medical, Health-Related Social Needs: Proceedings of a Workshop. https://doi.org/10.17226/25544 (NAP, 2019)
Organización Panamericana de Salud (OPS). (2020) Enfermedades no transmisibles y COVID-19 . Extraído de https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles
Organización Panamericana de Salud (OPS). (2020) ENT y COVID-19. Extraído de https://www.paho.org/es/ent-covid-19
Patel, J. A., Nielsen, F. B. H., Badiani, A. A., Assi, S., Unadkat, V. A., Patel, B.& Wardle, H. (2020). Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. Public Health, 183, 110.
Ribot Reyes, Victoria de la Caridad, Chang Paredes, Niurka, & González Castillo, Antonio Lázaro. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 19(1), e3307.
World Health Organization (WHO) (2020) Protegiendo a los vulnerables. Disponible en https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update-25-vulnerable-populations-es.pdf?sfvrsn=43318be9_4
Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. Psychiatry Investig. 2020;17(2):175-6. doi: 10.30773/pi.2020.0047.

ESTUDIO DE DESEOS Y DEFENSAS PRESENTES EN TRES CASOS DE BULLYING, APLICANDO EL MÉTODO DE ANÁLISIS DEL DISCURSO ADL, CON LA PLATAFORMA WEB ANÁLISIS DE TEXTO ASISTIDO (ATA)"

Julia Inés Henshaw [A], Graciela Campodonico [B], Elena Stein Sparvieri [C]

TRABAJO 1:
ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE SENTIRSE DISCRIMINADO, EN EL MARCO DEL BULLYING. ESTUDIO DE CASO DE UN JOVEN ADULTO, ESTUDIANTE UNIVERSITARIO.

Julia Inés Henshaw
Año: 2021 Investigación en curso

Definiciones de bullying que tomamos para esta investigación

Tomamos la siguiente definición:

"Un alumno sufre *bullying* o acoso escolar cuando se encuentra expuesto, de forma reiterada y prolongada en el tiempo, a acciones negativas por parte de uno o varios otros alumnos".. Una acción negativa tiene lugar cuando alguien inflige o intenta infligir intencionadamente heridas o inquietud a otro; en definitiva, es lo que implica la definición de comportamiento agresivo (Olweus, 1973b; Berkowitz, 1993)

Las evidencias recopiladas por Olweus sugieren que las características personales o los modelos típicos de reacciones, en combinación con la fuerza o la debilidad física en el caso de los chicos, son importantes para el desarrollo de estos problemas en los alumnos individuales. Los factores relacionados con el entorno como las actitudes, rutinas y comportamiento de adultos relevantes (profesores y director del colegio, en concreto) también desempeñan un papel muy señalado al determinar el grado en que los problemas se manifestarán en un ámbito mayor como el de la

[A] *Lic. en Psicología UBA. AASM - WFMH – APA. Pilar, Buenos Aires, Argentina. fernandezhenshaw@yahoo.com*
[B] *Psicóloga. Vicepresidente ONG Violencia de género. Fundación Red de contención. AASM. CABA. Argentina. licgcampodonico@yahoo.com.ar*
[C] *Profesor investigador, director de tesis y consultor psicológico. AASM - WFMH – APA. CABA. Argentina. estein@live.com.ar*

clase o el colegio (véase Olweus, 1993). Dice Olweus que las actitudes y comportamiento de compañeros destacados, como se manifiesta en los procesos y mecanismos grupales son ciertamente importantes.

Estado del arte sobre discriminación y bullying

Actualmente hay escasos trabajos sobre discriminación y bullying analizados desde el marco psicoanalítico. Las investigaciones presentadas desde otras disciplinas, como por ejemplo desde lo legal, arrojan resultados controvertidos.

Muestra: Un estudiante universitario de 24 años, homosexual, que afirma ser víctima de bullying.

Método: Método cualitativo, psicoanalítico y empírico. Se fundamenta en la observación de los deseos y defensas manifestadas en los actos de habla del entrevistado.

Instrumento: Entrevista psicoanalítica analizada con ADL (Algoritmo David Liberman), método desarrollado por David Maldavsky, para investigar los deseos y defensas en el discurso. La edición revisada para la plataforma virtual ATA es de Elena Stein de Sparvieri.

Objetivo general: Investigar si el entrevistado aplica el criterio de realidad cuando dice sentirse discriminado.

Objetivo específico: Estudiar los deseos y defensas en los actos de habla del entrevistado

Procedimiento

El entrevistado llega a la consulta por medio de una página de internet dedicada a la prevención del bullying. Se presenta como un joven adulto que no trabaja, ni estudia pero dice estar cursando una carrera universitaria del ámbito de la salud. Dice ser homosexual y haberlo descubierto recién a los 19 años. Él siente que su preferencia sexual provocó discriminación hacia él en su grupo de pares y que por eso los compañeros de la facultad empezaron a acosarlo de diferentes modos, tanto físicos como psicológicos. Por eso pidió ayuda terapéutica anteriormente. Como no disponía de dinero, consiguió quien lo atendiera sin cobrarle. Ahora, el motivo de consulta tiene que ver con saber si la ayuda terapéutica había sido la adecuada porque también se sintió agredido por el profesional que lo asistió.

La entrevista fue procesada por la plataforma ATA (Análisis de Texto Asistido) y luego se analizaron e interpretaron los resultados teniendo en cuenta los deseos y defensas manifestados en los actos de habla del entrevistado.

Resumen de la entrevista

La presente investigación se basa en una muestra única. Es el caso de un joven de 24 años estudiante universitario que consulta online en época de cuarentena pandemia Covid 19. Refiere estar deprimido, sin ganas de estudiar, sin ganas de socializar y con mucho enojo hacia su anterior psicólogo. Había sido acosado durante los primeros años de la universidad, justo después de haber descubierto su orientación homosexual. En ocasiones lo molestaban sus compañeros de curso tirándole resaltadores en la clase o bien diciéndole cosas ante las cuales quedaba perplejo sin capacidad de contestar o defenderse. El acoso era instigado por un compañero específico que "sí quería hacerme daño". El entrevistado indica no estar trabajando, estudiando ni siquiera saliendo de su hogar para proveerse de víveres. Tuvo una experiencia terapéutica anterior. Quiso denunciar al terapeuta porque sentía que el mismo no validaba el sufrimiento padecido habiendo sido acosado por sus compañeros. Sostiene que podría estar perjudicando a otros pacientes. Subraya que el terapeuta refería que el problema de ser acosado tenía que ver con su personalidad y su forma de percibir la realidad, restando importancia a los hechos violentos denunciados oportunamente y la discriminación por su identidad de género.

Resultados

En los actos de habla, se manifiestan deseos y defensas. Llamamos deseos a las pulsiones, para adoptar un lenguaje común a todos los abordajes teóricos. Las defensas son modos de tramitar los conflictos entre deseos, realidad y superyó.

En el presente caso, vemos que el entrevistado manifiesta un estado de apatía importante, sin

ganas de nada, con mucha sed de venganza porque ¨no fue bien atendido¨ por el terapeuta por su problema del bullying. Él no se puede implicar en la situación y culpa a los otros de todo lo que le pasa. Por momentos, utiliza la desmentida como defensa patológica lo cual afecta su criterio de realidad, pudiendo nosotros hipotetizar rasgos a verificar en entrevistas posteriores como patológicos narcisistas, de tipo esquizoides y depresivos con sus defensas patológicas: desmentida y desestimación de la realidad. Estas defensas tienen 2 funciones: mantener el equilibrio narcisista, o sea el sentimiento de si, y rechazar algo conflictivo fuera del yo. Lo vemos reflejado en los resultados del ATA en sus actos de habla por los deseos fijados en las fases libidinales oral primario (O1), oral secundario (O2) y anal primario (A1).

También observamos que el entrevistado utiliza muchas veces recursos que tienen que ver con la exageración manifestado en el deseo complementario predominante arrojado por los resultados de la plataforma que es el fálico genital (FG). Como consecuencia de esta observación, podríamos agregar que la personalidad del entrevistado se mostró bastante histriónica y con tendencia a la actuación.

Este entrevistado también utiliza actos de habla que están fijados en el estadío anal secundario (A2). Por momentos, cuando no utiliza la desmentida, sostiene el criterio de realidad. Por lo tanto podemos ver una compleja articulación entre lo que Freud (1909d) denominaba corrientes psíquicas, donde hay una diversidad de corrientes coexistentes en un mismo sujeto, siendo tal vez una de ellas un poco más dominante.

Podríamos inferir que la estructura psíquica del sujeto entrevistado presenta rasgos patológicos, a corroborar en futuras entrevistas, que podrían resultar en alteraciones del criterio de realidad.

Discusión de los resultados

Este estudio es de un solo caso y no ofrece material completo para generalizar. Pensamos que permite proyectar ciertas hipótesis que serán verificadas en futuras entrevistas del mismo caso o en casos posteriores. Esto puede contribuir a generar respuestas de profesionales de la salud mental para implementar estrategias de prevención del acoso en grupos de riesgo identificados de antemano por ser discriminados en un ambiente dado.

Proyección en el futuro

A partir de los resultados parciales se proyectan los futuros estudios:

1. Relacionar las implicancias de la percepción de discriminación con el rol inconsciente asumido por el sujeto que es víctima de bullying en la dinámica del acoso.
2. Investigar si la discriminación hacia un grupo determinado hace que el sujeto que se identifica con el grupo discriminado sea más propenso a sufrir bullying en las instituciones académicas.

Conclusiones

Existen varios factores importantes o dimensiones que deben ser considerados y tratados en el esfuerzo contra el acoso escolar. Para que se produzcan resultados positivos y duraderos el sostenimiento del trabajo sistemático en investigación dará mas indicios sobre cómo prevenirlo de la manera más eficiente, siempre teniendo en cuenta el contexto en el que se trabaje y la singularidad de los sujetos involucrados en el acoso.

TRABAJO 2:
ESTUDIO DE CASO DE UN VARÓN TRANSEXUAL VÍCTIMA DE MOBBING O ACASO LABORAL.

Graciela Campodonico

El objetivo del presente estudio de caso es analizar la subjetividad de un varón transexual de 21 años, víctima de acoso laboral. El abordaje es psicoanalítico. La muestra está constituida por una persona atravesando el proceso de transición de género dentro de una empresa multinacional

donde trabajaba hacia 4 años El método es cualitativo y descriptivo. A partir del relato del paciente que concurre a terapia una vez desencadenados los síntomas, realizamos una interpretación psicoanalítica de los mismos. Luego efectuamos un análisis del discurso del paciente con el método Algoritmo David Liberman (ADL) para conocer sus deseo y defensas al momento de sufrir el acoso laboral. Desde la perspectiva social y laboral, el resultado del trabajo psicoterapéutico, que se realizó paralelamente a su proceso de transición, fue positivo ya que le permitió elaborar el trauma y continuar con su proceso de transición y culminarlo.

Palabras claves: mobbing, acoso laboral, transexual, análisis del discurso, estudio de caso

PROBLEMA

El presente trabajo es sobre un caso único, a través del relato en una entrevista, de un paciente varón transgenero, que permitió obtener información cualitativa que respondiera al objetivo de investigación psicoanalítica: conocer sus deseos y defensas al momento de sufrir el acoso laboral.

Para pensarlo desde el psicoanálisis: "Una primera reflexión a modo de recaudo epistemológico y ético que plantearía que estos desafíos presentan dos caras. Una de ellas se refiere a no dejar que el **prejuicio** o las concepciones anteriores a los problemas actuales nos hagan ver como psicopatológicos **per se** a los cambios señalados". "A modo de síntesis, el desafío principal es poder pensar en simultaneo como se constituyen los psiquismos en relación con la diversidad de las prácticas sexuales y de las relaciones asimétricas de poder entre los géneros" (Tajer, 2020, p. 66/7)

También, es necesario revisar algunos conceptos que se entrecruzan en este caso: genero, transgenero, proceso de transición de género, actos discriminatorios y mobbing o acoso laboral.

GÉNERO: se refiere a los roles, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad determinada en una época determinada considera apropiada para hombres y mujeres. Llamamos **persona transgenero** a toda aquella que se identifica con un género diferente o que expresa su identidad de género de manera diferente al género que le asignaron al nacer. **El proceso de transición**: es aquel proceso por el que las personas trans modifican su expresión de género para adecuarla a su identidad de género. Asimismo, las normas de genero determinan las formas en que una sociedad divide el trabajo entre los hombres y las mujeres, los niños y las niñas, según los roles de género y lo que se considera apropiado y valorado para cada sexo. La división del trabajo por género es el nombre por el que se conoce este fenómeno.

Según la **Ley 23.592** de Actos Discriminatorios, discriminar es impedir, obstruir, limitar o menoscabar el pleno ejercicio de los derechos y garantías de una persona utilizando como pretexto su género, etnia, creencias religiosas o políticas, nacionalidad, situación social o económica, orientación sexual, edad o características físicas, entre otras condiciones, que pueden ser variables.

El Mobbing es una situación de violencia recurrente y sostenida en el tiempo e .incluye todos los movimientos agresivos más masivos que ocurren dentro de una empresa o institución. Su establecimiento es posible mediante la utilización de la violencia (generalmente sin marcas) y el ejercicio de poder en forma abusiva, donde en la cadena, victima, vs victimario/ entorno-organización, es siempre la victima que está en inferioridad de condiciones, al menos respecto a las organizaciones.

OBJETIVO

Estudiar los deseos, defensas y manifestaciones somáticas desde el psicoanálisis.

INSTRUMENTO

Es el análisis del discurso, a través del Algoritmo David Liberman (ADL) utilizando la plataforma web ATA que es una herramienta orientada para evaluar los deseos implícitos en el discurso. Creada por la Dra. Elena Stein Sparvieri y Ing. Roberto Sparvieri.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Analizaré la situación de B, y cómo vivió violencia laboral en reiteradas ocasiones, Se trata de una viñeta clínica.

Entrevista:

B. 21 años, se presenta en mi consultorio, notablemente angustiado, y relata que trabajó durante cuatro años en una empresa y que por recorte presupuestario, cerraron el sector donde él trabajaba y como tenía muy buen desempeño, le reasignaron a otro puesto, en lugar de prescindir de sus servicios. Así que comenzó a trabajar con todo un equipo de gente nueva, como si hubiera entrado a otra empresa, refiere. En su sector, tiene una jefa, una compañera, en el sector de al lado, que no estaba dividido, simplemente era otro sector porque respondían a otro jefe y por encima de ellos, el gerente general.

Refiere que primero le explicaron las tareas que debía realizar y que la primera semana lo felicitaron porque era muy rápido en su trabajo. Y que la segunda semana ya no les gustó tanto su ritmo de trabajo. Dice: "Luego de unas semanas, me llama el gerente general para decirme que yo tenía que trabajar cosas, como de mi persona, que se reflejaban en el trabajo, con el trato con el cliente. Me pregunta en ese momento si yo deseaba seguir en el trabajo o renunciar y yo le decía que necesitaba seguir trabajando, y ahí es cuando mis compañeras comenzaron a tratarme diferente, no sé si porque comía con mis compañeros (del otro sector), o porque yo tenía pensamiento y estética diferente."

Relata que, a partir de ese momento, no le dejaban utilizar los elementos comunes de la cocina, como el detergente y la esponja para lavar, le escondían el edulcorante, café y yerba o le decían que no había más. Paralelamente, el gerente general, lo llamaba todos los días a su oficina, dice B: "Me gritaba golpeando escritorios, me ha dicho que yo era el motivo por el que la empresa se hunda, básicamente, que afectaba a todo el sector, que todos estaban mal e incómodos conmigo, cosas así, era situación de todos los días."

En otra ocasión, una compañera de otro sector le llevó un mate y luego el gerente la llamó y le prohibió que se acercara a B y lo hizo extensivo a todo los sectores de la empresa. Dice B: "Después que le dice eso a mi compañera, me llama el gerente y me dice que él me veía todo el tiempo por las cámaras, que sabía todo lo que yo hacía, que sabía cada vez que yo respiraba, cada vez que iba al baño, que lo contabilizaba todo." " Paralelamente, yo también estaba atravesando un montón de cambios personales, estaba enfrentando una transición en lo que era mi sexualidad, mi género y todas estas cosas y todas estas cosas eran como un continuo rechazo, me afectó mucho psicológicamente hablando, por ejemplo, cada vez que tenía que salir para tomar el tren porque tenía mucho viaje al trabajo, me daban ganas de vomitar, no quería salir de mi casa, me daba ansiedad, angustia, me largaba a llorar en el trabajo, eso me pasaba todo el tiempo." El ultimo día que estuvo en la empresa, se reunió con recursos humanos quienes le dijeron que lo mejor era que renunciara. Dice B: "Básicamente me querían hacer renunciar por mi cuestión de género y orientación sexual." Luego de esa reunión B volvió a su escritorio y comenzó a temblar, a llorar, refirió fuertes dolores de estómago, sudoración, taquicardia, a la vista de todos sus compañeros de trabajo que no se acercaron para asistirlo Pudo llamar a una amiga, que vivía cerca de su trabajo para que la fuera a buscar e ir a una guardia hospitalaria donde permaneció en observación un par de horas y fue derivado a psicología. Finalmente B comenzó con tratamiento psicológico, y entró laboralmente, con licencia psicológica y psiquiátrica. Posteriormente, se contactó con un abogado y realizó la denuncia en el INADI. La empresa no se presentó a la mediación y allí quedo todo.

ANÁLISIS DEL CASO

De acuerdo con el análisis del discurso realizado con el ATA, encontramos como deseo dominante en B: Anal secundario. Su estilo discursivo es estilo narrativo: ordenado, lineal, detallado, intenta mantener el hilo lógico. Aclara. La defensa principal es la represión (de su posible sadismo) y las defensas secundarias: anulación racionalización, intelectualización, aislamiento, formación reactiva. Nos presenta una persona rígida, ordenada, lógica. Como deseo complementario encontramos a Fálico Genital: ejemplifica, habla de forma redundante Presenta ingenuidad e infantilismo, suele tener diferentes sensaciones o ansiedades a través del cuerpo, como ahogos, vómitos, mareos. La defensa primaria es la represión. La defensa secundaria es la conversión. El tipo discursivo es poético dramático.

Otro deseo complementario, es el oral secundario que se presenta como reclamo, queja, lamento y la sumisión aplacatoria. Y el deseo anal primario donde se "Destacan el valor de la justicia y el afán de venganza. Consecuentemente las acciones contenidas en los actos del habla que expresan este deseo, privilegian, las denuncias y las acusaciones". (Maldavsky, 2013, p. 68).

Para Freud (1920), los deseos son componentes de Eros (libido).

CONCLUSIONES

El resultado de la investigación deja de manifiesto la percepción del trato diferenciado, relacionados al acoso laboral a partir de los prejuicios y estereotipos que existen sobre las cuestiones de género, desde la visión de un entorno de trabajo heteronormativo. Se puede ver la discriminación que percibió en el lugar de trabajo, lo cual ha permitido identificarla como un aspecto más, del mobbing o acoso laboral.

TRABAJO 3: ESTUDIO DE DESEOS Y DEFENSAS DE UNA PREADOLESCENTE VÍCTIMA DE BULLYING

Elena Stein Sparvieri

Planteamiento del problema y pregunta del estudio

El bullying escolar existió siempre, pero cobra relevancia en los últimos años pues se está comenzando a prestar atención a los efectos psíquicos negativos que el bullying genera en las víctimas. Se sabe que, al ser acosadas más o menos violentamente, más o menos continuamente, y aisladas de sus compañeros de colegio, las víctimas sufren estados de depresión, lo cual es generador de estrés y de angustia, así como de trastornos del sueño, de trastornos psicosomáticos, alimentarios, etc., pudiendo, en casos extremos, llegar a ocasiones de acting out e intentos de suicidio.

El fenómeno del bullying escolar es estudiado generalmente desde un abordaje conductual. Nos interesa, por lo tanto, aportar una perspectiva psicoanalítica y averiguar cuáles son los deseos y las defensas que los adolescentes manifiestan cuando son víctimas de bullying. A partir de este objetivo original, estudiamos el caso de Mariana, una preadolescente de 12 años que sufre bullying en la escuela. Si bien los estudios de casos no aportan datos generalizables, este estudio permite elaborar ciertas hipótesis que, si resultan verificadas en estudios posteriores, podrían contribuir a generar una teoría de utilidad a los profesionales de la salud mental.

Marco teórico

De acuerdo con la metapsicología freudiana, a cada una de las fases de desarrollo del yo le corresponde una corriente psíquica que implica un conjunto de deseos y defensas (Stein- Sparvieri, 2017)[1]. En este sentido, la fase del yo-realidad-inicial comienza con el desarrollo de la libido intrasomática, mencionada por Freud (1926a) al pasar, que se define como la pulsión del bebé recién nacido, que inviste los órganos internos esenciales del corazón y pulmones. La defensa patológica de este estadio es la desestimación del afecto. Maldavsky (2013) explica que esta defensa, que es la más patológica de todas pues implica una confrontación entre la pulsión de vida y la de muerte, se manifiesta por la desvitalización, los estados de astenia, el goce por intrusión orgánica y la proyección de los estados coléricos. Este estadio de desarrollo psíquico inicial, en los meses subsiguientes, introduce la fase del yo-placer-purificado, que implica el deseo oral en su fase inicial de succión, y la siguiente, sádica canibalística, así como el deseo anal, en su fase inicial sádica expulsiva, según la clasificación de Maldavsky[2] (op.cit.). Las defensas de las fijaciones a los deseos

1 *El deseo es la pulsión enlazada con representaciones y huellas mnémicas (Maldavsky, 2013)*

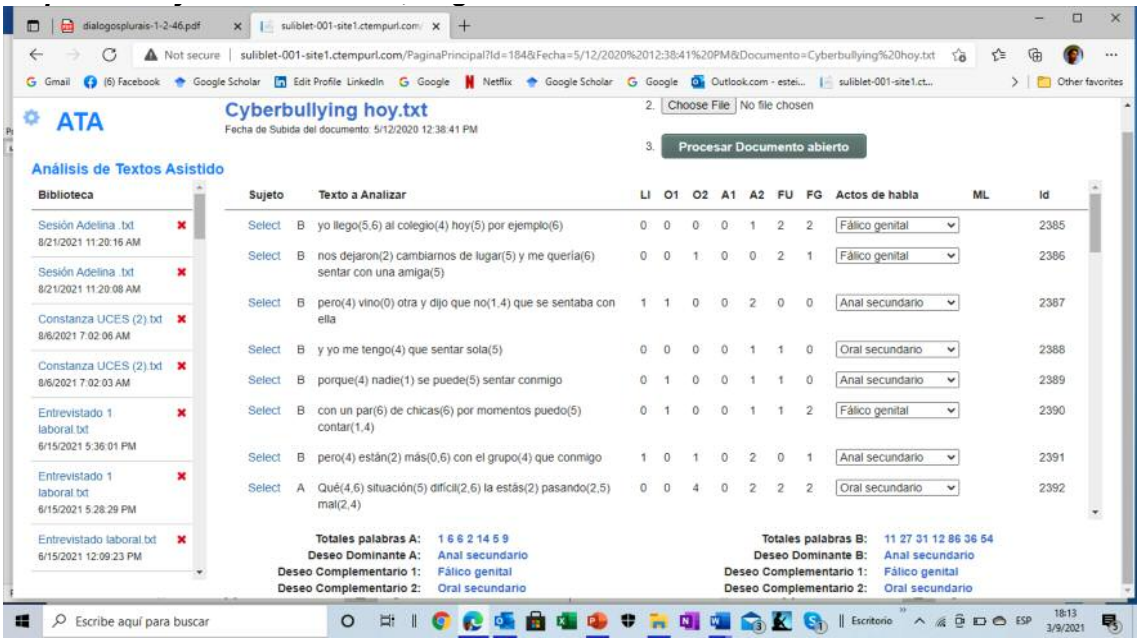
2 *El repertorio de deseos considerado por Maldavsky, en toda su obra, es el consensuado por Freud y su discípulo K. Abraham (Freud, 1933a, apud Maldavsky, 2013)*

de esta segunda fase sostienen una posición del yo a favor de los deseos. En consecuencia, si bien las defensas funcionales no aniquilan el criterio de realidad y los mandatos del superyó, la defensa patológica de la desmentida rechaza estos conceptos, mientras que la desestimación de la realidad y la ley, defensa más patológica aún, aniquila el criterio de realidad y los mandatos del suuperyó, en su totalidad. Cuando dominan los deseos del estadio del yo siguiente, que es el yo-realidad- definitivo, que son el anal retentivo, el fálico uretral y el fálico genital, las defensas de las fijaciones a estos deseos sostienen una posición a favor de la realidad y de los juicios del superyó. Las defensas funcionales no rechazan los deseos, sino que los inhiben o los postergan acorde a los fines, la creatividad o la sublimación. En cambio, la defensa patológica dominante, que es la represión resistente de los deseos, lleva a un estancamiento libidinal que favorece la regresión psíquica, en vez de a la complejización. Cuando fracasan las defensas, retorna el contenido de lo rechazado por ellas. Tanto los deseos como el criterio de realidad o la ley rechazados tienden a manifestarse en el yo como derivados, como formaciones substitutivas. En estas formaciones cobran eficacia los síntomas, los olvidos, etc., e intervienen las defensas secundarias: desplazamiento, condensación, proyección, conversión, etc.

Instrumento

Describimos, a continuación, el análisis cualitativo de una sesión psicoanalítica de la preadolescente víctima de bullying escolar, según los resultados arrojados por el instrumento Análisis de Texto Asistido (ATA). El ATA, herramienta de análisis del discurso, en español y portugués, fue creado por mí respecto de los conceptos psicoanalíticos de la teoría ADL de Maldavsky, y por Roberto Sparvieri respecto de los conceptos de automatización del análisis de deseos implícitos en palabras y en actos de habla, aplicando técnicas de Machine Learning. La herramienta se está refinando gracias a los aportes de nuestros colaboradores: G. Campodónico, J, Henshaw, L. Johnson, M. Pitone y A. Sparvieri entre otros.

Cuadro: Plataforma web ATA: herramienta para el análisis de deseos implícitos en palabras y actos de habla, según el método ADL



Análisis de deseos y defensas de la preadolescente

Según apreciamos en el ATA, la preadolescente manifiesta el deseo anal secundario para describir y dar explicaciones. Inferimos que este lenguaje le sirve para aclarar la situación de bullying e interpretarla, para entender lo que le está ocurriendo. La defensa en este caso es acorde a fines y exitosa. Sin embargo, otro deseo que se manifiesta excesivamente, el deseo fálico genital, al manifestar exageraciones y un optimismo poco fundamentado respecto de sus proyectos futuros,

permite inferir una represión exitosa del deseo de adecuación a una realidad que le resulta difícil asumir. La represión exitosa, como vimos en el marco teórico, tiende a promover una regresión psíquica. Esta se manifiesta en el sentimiento de aislamiento y soledad de la preadolescente, y en el de la culpa que la invade, expresiones del deseo oral secundario, cuyo destino es, en este caso, la desmentida de su situación de víctima de bullying, que es una situación difícil de asumir para una escolar que desea tener compañeras que la estimen. La angustia, resultante del fracaso de la desmentida, podría llevar a la preadolescente a adoptar actitudes muy regresivas, compatibles con la autolesión e incluso el suicidio. Destacamos que el ATA permitió observar la eficacia del deseo oral primario, como expresión de ambigüedad y falta de definición, así como la de la libido intrasomática, como manifestación somática de dolores en el cuerpo y pérdida de energía.

Discusión

Entendemos que la defensa de la desmentida es funcional al inicio de la situación de bullying, al estar al servicio de la recuperación del paciente. Pero, el riesgo de no trabajarla en profundidad implica dar lugar a defensas más regresivas. O sea que, si se mantiene la desmentida de la realidad en el tiempo, puede dar lugar a una desestimación de la realidad, que es una defensa más severa que la desmentida, que contribuye a generar una estructura psíquica de características narcisistas, cuando no una tendencia a la autolesión o al suicidio. Otra defensa de Mariana, la represión de sus deseos, manifestada en una actitud triunfalista, histriónica, de optimismo excesivo, correspondiente al deseo fálico genital, también puede ser funcional en un inicio de la situación de víctima, pero, si no se trabaja en profundidad, puede dar lugar a una tendencia a la represión con rasgos caracterológicos en el futuro, como modo de resolución de los problemas. Vale destacar también que esta actitud triunfalista, defensa del deseo fálico genital, permite denotar la eficacia de la defensa más regresiva, que es la desestimación del afecto, propia del deseo libido intrasomática. En efecto, Mariana desestimaba los sentimientos de desvalorización, incompetencia y rechazo que acompañan a quien es víctima. Esta defensa es siempre patológica y el mayor riesgo para Mariana podía ser el de una regresión que promoviese una fijación en este deseo, que se manifiesta en las patologías psicosomáticas, de ingesta de drogas y de proyección de la ira de forma descontrolada. El estudio del presente caso nos permite deducir que las defensas utilizadas por Mariana, durante su tratamiento psicoterapéutico, se corresponden con las de los adolescentes víctimas de abuso sexual (Shapiro y Dominiak, 2018) y con las de los que padecen serios problemas emocionales (Schulman, 2015). Asimismo, y lo que es más grave aún, verificamos que estas defensas son las utilizadas por los adolescentes suicidas (Apter et al, 2010). Sin embargo, nos distinguimos de los estudios precedentes pues pensamos que esas defensas pueden ser funcionales en un primer momento, si ofrecen un soporte para que el adolescente continúe su rutina diaria y logre reinsertarse social y académicamente. Vemos que la devastación psíquica causada por el bullying es un problema psicológico grave para los adolescentes víctimas, y que, si no se trata en profundidad, puede llevar a desarrollar estructuras psíquicas narcisistas, o, en el mejor de los casos estructuras en las que predomina la represión con rasgos caracterológicos. En los casos más severos, los adolescentes víctimas pueden desarrollar enfermedades psicosomáticas, consumir drogas, proyectar su ira en otros de modo descontrolado o, lo que es más riesgoso aún, intentar el suicidio.

EL TIEMPO DE LOS PRECONTEMPLATIVOS. CÓMO TRABAJAR CON PACIENTES NO MOTIVADOS SOBRE SU PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO

Osvaldo José Luis Chiarlo, [A], María Paula Carestía Lostaló, [B], Clara Sofía Brassesco [C]

El Modelo Tridimensional del Cambio (Prochaska y DiClemente,1984) es el más utilizado, al menos en nuestra localidad santafesina, para poder comprender cuál es el nivel de percepción de riesgo de las consecuencias del consumo que tienen las personas respecto a su vínculo con determinado objeto potencialmente problemático.

La percepción de riesgo es lo que técnicamente se denomina conciencia de enfermedad, y coloquialmente, la voluntad de una persona. García del Castillo (2012) afirma que dicho constructo se constituye como una variable capital en la iniciación y el mantenimiento del consumo de drogas, así como también se trata de un elemento fundamental en la adquisición y mantenimiento de los comportamientos relacionados con la salud individual y grupal.

Si bien se encuentra determinada por la zona orbitofrontal, también se construye a través del contexto social. Específicamente, el riesgo se configura a partir de la información y de las experiencias que una persona va acumulando, por lo cual muchas veces se vincula a los valores familiares o comunitarios aprendidos.

En el comportamiento normal de consumo una de las tendencias más generalizadas es la de intentar controlar el riesgo. Ante el consumo de sustancias, se mantiene una alta sensación de control del consumo, llamada mito del control, que contribuye a que la percepción de riesgo disminuya (Cortés, Espejo, Giménez, Luque, Gómez y Motos, 2011; García del Castillo y Días, 2007; Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo y Nerín, 2009; Melo y Castanheira, 2010).

A través de la percepción de riesgo podemos inferir la etapa de cambio, el estilo del vínculo que el consultante identificado posee con el objeto y el grado de percepción de las consecuencias de sus conductas sobre los otros significativos de su red. Esto se puede alcanzar a través de una serie de variables clínicas que se observan y se recaban luego de algunas preguntas básicas, como por ejemplo qué motivó a que soliciten la consulta.

Las etapas o estadios del cambio desarrolladas por Prochaska y Di Clemente (1984) representan la dimensión temporal en la que se encuentra la persona que demanda tratamiento o cuando es solicitado por el contexto significativo de ésta. Por lo tanto, dichas etapas refieren a cuándo cambian las personas. Los autores afirman que el tiempo para que una persona pueda mantener el cambio de una conducta a largo plazo es poder sostenerla durante un año; y para lograr ese estadío se atraviesa por diferentes etapas: precontemplación, contemplación, preparación-acción y mantenimiento. La primera etapa se caracteriza por nula percepción de riesgo (no voluntad) y la segunda etapa, una ambivalencia entre una percepción de no riesgo y otra de cierto riesgo (no voluntad-voluntad).

Hipotéticamente, podría decirse que una percepción de riesgo baja o nula estaría relacionada con la etapa de cambio precontemplativa. Ejemplo de estos dos indicadores juntos sería una afirmación del tipo "yo no tengo un problema, me encuentro aquí porque mi familia quiso que viniera". Por el contrario, la afirmación "para mí no es un problema, pero comprendo que este estilo de

[A] Lic. en Psicología y docente. Asociación Civil Abra. Santa Fé, Santa Fe. Argentina. osvaldochiarlo@hotmail.com
[B] Lic. en Psicología. Asociación Civil Abra. Santa Fé, Santa Fe. Argentina. pau.carestia@gmail.com
[C] Estudiante de lic. en psicología. Asociación Civil Abra. Santa Fé, Santa Fe. Argentina. clarabrassesco@gmail.com

vida perjudica a mi familia", lo colocaría en la etapa contemplación-preparación y señalaría una percepción de riesgo media, donde la persona podría identificar algún tipo de problema relacionado a su consumo.

Si bien los autores plantean el tiempo necesario para mantener un cambio de conducta, no plantean el periodo que pueda durar atravesar de la etapa de precontemplación a la de contemplación. Así mismo, que el consultante se encuentre en esta última etapa no garantiza el paso a la acción. Como refiere Mussi (2015), una persona puede pasar gran parte de su vida suplantando el pensar por el hacer, lo que se denomina "contempladores crónicos", es decir, personas que tienen un nivel de percepción de riesgo para comprender que hay que hacer un cambio, aunque todavía no lo es lo suficiente para emprender el camino de hacerlo. De igual modo, no es claro el tiempo en que la persona tardó para pasar a la etapa de contemplación crónica.

Habiendo expuesto esta situación, podemos decir que uno de los dilemas a descifrar en el abordaje de los consumos problemáticos es cuánto tarda una persona en aumentar su percepción de riesgo respecto a las consecuencias del consumo y qué es lo que debe hacer el trabajador de la salud para predisponer a este aumento. Dado que la SEDRONAR (2018) describe que existe un 70% de abandono de los tratamientos en relación al consumo problemático, si lo dicho no se resuelve, es probable que este porcentaje continúe en crecimiento. Y, a su vez, aquellas personas que se acerquen a solicitar una atención por un consumo problemático no puedan ser ayudadas para alcanzar sus objetivos, teniendo en cuenta que, como afirma Norcross (2002), el 80% de las personas que solicitan una consulta en relación a un problema de consumo no se encuentra en la etapa de motivación necesaria para comenzar un proceso terapéutico con todas sus implicancias, lo que tendría como consecuencia el abandono prematurno del tratamiento.

¿Cuánto tiempo terapéutico debe transitar una persona para alcanzar un nivel de percepción de riesgo que le permita aceptar la mejor alternativa terapéutica para su problema?

Durante seis meses, en el año 2020, se realizaron aproximadamente 106 primeras entrevistas, denominadas entrevistas de orientación, en la Asociación Civil Abra. Analizándolas, pueden observarse varios datos interesantes. El primero de ellos, es que el promedio de entrevistas para una persona que se encuentra con bajo nivel de percepción de riesgo acerca de las consecuencias del consumo, y que se ubicaría en la etapa de precontemplación, es de tres encuentros. Es decir, que una persona que no tiene "voluntad" debe ser acompañada más de un solo encuentro, lo cual pone en crisis aquellos abordajes lineales donde las entrevistas de admisión son estandarizadas.

En los últimos seis meses que van del año 2020-2021 se han podido analizar 9 situaciones que demandaban tratamiento donde el consultante identificado no presentaba indicadores de alta percepción de riesgo de las consecuencias del consumo. En 5 de los casos, la persona no asistió, siendo familiares, principalmente padres (4 casos) y abuela (1 caso), quienes pusieron en marcha la demanda. Los cuatro casos restantes asistieron con el consultante identificado, aunque denotando baja percepción de riesgo. En la presente muestra se podría vislumbrar una semejanza con los resultados de Norcross (2002), cuando afirma que un 40% de las personas que llegan a una consulta profesional por un problema de consumo se encuentra en precontemplación (los primeros cuatro casos que no asistió el consultante identificado) y un 40% en contemplación (asiste el consultante identificado, pero con baja percepción de riesgo).

En todos los casos antes mencionados, se ha podido construir motivación y conciencia sobre la situación actual que se encuentran atravesando las familias, y no solamente quien presenta el problema de consumo. En aquellos casos que el consultante no asistió, no solamente se realizaron intervenciones que predispusieron para que asista en encuentros futuros, sino que además se motivó a quienes sí asistieron a participar en procesos terapéuticos propios y familiares. En las situaciones donde el consultante identificado había asistido con sus redes significativas, se los acompañó a que puedan incrementar la percepción de riesgo y a tener motivación para iniciar un proceso de cambio de su estilo de vida.

El promedio de tiempo que llevaron los 9 casos fue de un máximo de tres meses. En base a lo desarrollado podríamos hipotetizar que el tiempo que lleva propiciar el movimiento de una etapa de cambio a una persona se encuentra en un continuo que puede ser de un mes a tres meses. Si bien es prematuro afirmarlo, podemos correlacionar la experiencia con la investigación de Prochaska y Norcross (2002), cuando refieren que a los 90 días es donde se encuentra el mayor porcentaje de deserción de los tratamientos. Es decir, tal vez en esos 90 días se tiene que acompañar un proceso de madurez psicoemocional, no solamente en la persona, sino en su red de contención, para luego planear un plan de tratamiento integral.

¿Qué debe hacer el trabajador de la salud para predisponer a elevar los niveles de percepción de riesgo?

Desarrollar esta pregunta cercana a una verdad acabada implicaría un mayor análisis y estudio de los casos presentados. No obstante, se intentará describir una serie de pasos que predispusieron el aumento de conciencia de enfermedad en los 9 casos presentados.

1. Una entrevista no basta: Una de las dificultades con la que las instituciones afrontan las entrevistas de ingreso es la estandarización de los encuentros en un determinado número de entrevistas, generalmente tres, para resolver cual es la alternativa terapéutica más conveniente. Es necesario flexibilizar dichos procesos teniendo en cuenta la evaluación del sistema consultante al comienzo de los mismos.

2. El problema no es solamente el consumo: Es necesario ampliar el lente más allá de quién o para quién se está demandando la consulta, y para eso es necesario comprender que el consumo es la punta de un iceberg que implica una problemática social compleja. De este modo, los terapeutas deberian tener maniobra terapeutica para construir dos motivos de consulta, uno que se relacione con el consumo, y otro motivo de consulta que implique situaciones familiares y/o sociales.

3. Alianzarse con el síntoma: Otro error muy común en la clínica de los consumos es creer que el consumo es el problema, y que la red de otros significantes o la familia tiene la razón. En este sentido, en primer lugar, hay que desafiar el sistema consultante para desestabilizarlo (Minuchin y Fishman, 2006), comprendiendo que ya han intentado soluciones fallidas y son parte de la estabilidad del consumo y, por otro lado, se debe establecer un vínculo estratégico entre la dimensión persona y la dimensión familiar-micro social. A su vez, no dejarse llevar por la demanda depositaria predispone a aumentar la maniobra terapéutica futura. Este segundo punto se relaciona directamente con el punto anterior.

4. Alianzarse con el objeto: El comprender el sentido del consumo nos posibilita reflexionar sobre su "para qué": esto implicaría el efecto primario que predispone a que la persona continúe haciéndolo. Esta intervención posibilita bajar la resistencia de la persona precontemplativa, validando (intervención terapéutica de validación y naturalización) que es necesario que esto esté pasando. Es útil servirse de metáforas en las intervenciones para aumentar la conciencia acerca del problema.

5. Quién establecerá el límite: Ante estas situaciones, se recomienda sondear dónde se encontraría la figura de autoridad, si está dentro o fuera de la familia o del sistema. En este caso, sondear si será una persona parte de su red más amplia, o alguna institución como la justicia o tratamiento con otras características institucionales.

Bibliografía

Cortés, M.T., Espejo, B., Giménez, J.A., Luque, L., Gómez, R. y Motos, P. (2011). Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. Health and Addictions/Salud y drogas, 11(2), 179-202.

García del Castillo, J. A. y Días, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. Health and Addictions/Salud y drogas, 7(2), 309-332.

García del Castillo, J. A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. Health and Addictions / Salud y Drogas, 12(2), 133-151.

Jiménez-Muro A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. y Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. Adicciones, 21(1), 21-28.

Melo, D.S. y Castanheira, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. Revista Latino-Am. Enfermagem, 18, 655-662.

Minuchin, S. y Fishman H. C. (2006). Técnicas de terapia de familia. Paidós.

Mussi, C. M. (2015). La práctica de la psicoterapia. Una guía para ser un terapeuta competente. HomoSampiens.

Norcross, J. C. (2002) Psychotherapy Relationships That Work. Oxford University Press. Prochaska, J. O. y Di Clemente, C. C. (1984) The Transtheoretical Approach. Dorsey Professional Books.
Prochaska, J. O. y Di Clemente, C. C. (1984) The Transtheoretical Approach. Dorsey Professional Books.
SEDRONAR (2018). Boletín estadístico del perfil de pacientes asistidos, transferencias por subsidios a tratamiento y línea de atención 141. I trimestre de 2018. Observatorio Argentino de Drogas. Recuperado de: http://www.observatorio.gov.ar/media

MALESTARES EPOCALES: CUERPO, TRAUMA Y BURNOUT PROFESIONAL

Maria Julia Ana Di Mare Duran [A], Andrea Karina Garcia [B]

En la historia de la humanidad existieron diferentes pandemias cuya principal medida de prevención y cuidado fue el aislamiento social. La característica principal de la actual es la velocidad de su propagación a nivel global que afectó a diferentes regiones, países y a todas las clases sociales sin distinción alguna.

Esta problemática atraviesa no solo a los profesionales de la salud sino también a todo aquel/a que cumple una función en el cuidado de los otros y es nuestra intención aportar un mirada que facilite el encuentro entre colegas y el armado de redes vinculares que ayuden a sostener a los que cuidan.

Los conceptos de trauma y de burnout profesional nos convocan a pensar y a preguntarnos en estos tiempos de pandemia y en un futuro de post pandemia, ¿Cómo afectará esta experiencia a los cuerpos, a los vínculos y a las subjetividades en los trabajadores de la salud? y ¿Cómo será la manifestación sintomática del sufrimiento psíquico?

El síndrome de Burnout, conocido también como el síndrome de la cabeza quemada, se produce ante la presencia de estresores crónicos en el ámbito laboral que no logran ser afrontados exitosamente.

Esta situación confronta a los trabajadores de la salud con los sufrimientos descritos por Freud en el apartado III de *El malestar en la cultura* : "señalamos las tres fuentes de que proviene nuestro penar: la hiperpotencia de la naturaleza, la fragilidad de nuestro cuerpo y la insuficiencia de las normas que regulan los vínculos recíprocos entre los hombres, en la familia, el estado, la sociedad". (Freud, 1930, pág 85)

Durante la pandemia los grupos de trabajo se vieron abocados directamente a la urgencia sin posibilidad de descanso y atención psicológica para poder procesar el acontecimiento disruptivo por el que estaban atravesados.

El aislamiento social obligatorio, la carencia de recursos para contener el síndrome de burnout y abordarlo correctamente determinaron factores de riesgo que impactan directamente sobre la salud mental, las relaciones familiares y en el desempeño laboral.

Observamos que las estructuras laborales rígidas pueden desorganizar los sistemas defensivos de la economía psicosomática que se reflejan en el deterioro de la salud en el cuerpo y en estados de depresión. Estas descompensaciones pueden empeorar patologías mentales preexistentes activando de esta manera, las defensas individuales (lo endógeno) y/o las defensas colectivas (lo exógeno) que son construidas por los grupos de trabajo; defensas elaboradas para luchar y combatir las diferentes formas del sufrimiento y para unificar a los trabajadores.(Dejours, 1992).

[A] *Lic. en Psicología UBA. AASM. CABA. Argentina. jumegua@yahoo.com.ar*
[B] *Lic. en Psicología. UBA. Docente FMED. CABA. Argentina. a.karinagarcia@gmail.com*

Asimismo, Foucault (1975) considera que el saber científico a través del disciplinamiento y las relaciones de poder transforma la manera de investir el cuerpo como tecnología política del cuerpo y que eliminando las resistencias lo transforma en dócil, sometido, utilizable y perfeccionado al modelo del mercado productivo.

La sociedad del consumo en la que vivimos a través de la propaganda y los medios de comunicación fue modificando la concepción de la salud y la enfermedad, y que con el uso de psicofármacos patologizó el dolor, la tristeza y el conflicto. De esta manera se fueron ampliando los márgenes de lo patológico-medicalizable y se incrementó la exigencia de productividad, de alegría, de belleza y de salud. El cuerpo modificado y adaptado tal como lo expresa Foucault, pasó de ser sentido a ser productivo, no habiendo lugar para las sensaciones.

Surge de manera sutil, casi invisible una nueva forma de saber y de dominio del cuerpo que va transformando los pensamientos y el imaginario hegemónico asociando la salud a la productividad.

El síndrome de Burnout, abarca una multiplicidad de sintomatologías psíquicas, físicas, cognitivas y conductuales que, la mayoría de las veces, son tratadas de forma aislada y no comprendidas como parte de una problemática compleja.

La ruptura brusca de contacto social a partir de la implementación del distanciamiento social obligatorio, no sólo arrasó con la posibilidad de contacto físico con el otro sino también, de alguna manera debilitó la coraza de protección anti estímulo provocando la angustia automática quedando así el Yo indefenso.

El trauma se produce como efecto de una privación primaria fundamental de cuidado; o por un impacto de carácter disruptivo que proviene del mundo externo que interrumpe el ritmo de la vida de forma brusca e inesperada.

Podemos pensar que lo traumático se puede llegar a dar cuando el profesional de la salud no es alojado en la trama discursiva de las políticas públicas y del estado, pudiéndose encontrar conjuntamente con el paciente en una relación simétrica donde ambos psiquismos funcionan en espejo. Por eso es imprescindible que se implemente "(..) el monitoreo y atención temprana del estrés negativo y el burnout, que son estrategias ineludibles desde la prevención secundaria que deben aminorar los impactos en la salud mental causados por el COVID-19 en todo el planeta " (Juárez y García 2020. Pág.5)

Teniendo en cuenta esta conceptualización nos adentramos a pensar cómo desde el trabajo analitico será posible transformar el dolor, en sufrimiento psíquico para la elaboración de los síntomas que provienen de lo traumático, contribuyendo a través de este vínculo en la construcción de un *"nivel tolerable, representable y pensable de la experiencia"* (Ávila Espada 2011, pág.140)

Es claro que no se puede cambiar o modificar la experiencia traumática, pero sí es posible trabajar terapéuticamente en la integración de significantes y en la construcción de nuevos símbolos para disminuir el impacto del dolor.

Donna Haraway (2019), plantea que la enfermedad es un lenguaje que confronta las otredades y afecta a los cuerpos. Y es desde el lenguaje, desde la palabra donde intervienen las prácticas en salud mental, sobre todo el psicoanálisis, para tejer nuevas redes.

Apostar a la subjetividad y a la ética del deseo, donde la salud no estaría sujeta a las leyes del mercado sino a la communitas, es un acto de rebeldía. Le Breton contrapone la búsqueda de otros saberes en la sociedad contemporánea, como la búsqueda de un cuerpo perdido; que en realidad es la búsqueda de una comunidad perdida.

La rebeldía, la resistencia la hallaremos en la ilusión creadora de una nueva comunidad. La ilusión es un registro fundante de lo humano, y sostenerlo implica pensar en un proyecto comunitario.

BIBLIOGRAFÍA

Ávila Espada, A. (2011). Dolor y sufrimiento Psíquicos. En Clínica e InvestigaciónRelacional Revista electrónica de Psicoterapia Vol. 5 (1) – Febrero 2011; pp. 129-145 (http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen51febrero2011/tabid/761/Default.aspx]

D´Alvia, R: (2002) Actualización sobre el stress desde la psicosomáticaPsicoanalítica Cap.12. pp 183-195 y "Calidad de Vida" Cap. 13. pp 196-210 en Psicoanálisis- Psicosomática- Ida y Vuelta. Ed. Dunken. Bs.As.

Dejours, C.: "Notas de trabajo sobre la noción de sufrimiento". Artículo del Equipo de Cátedras del Prof. Ferrarós. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
Dejours, C. (1992) "Introducción a la psicopatología del trabajo" en Trabajo y desgaste mental. Cap. 1 pp 151-158. GRUPO EDITORIAL LUMEN
Dejours, C. (2000) Psicodinámica del trabajo y vínculo social. En Revista Actualidad psicológica Nro 274. pp 2-5 Marzo de 2000.
Dejours, C.: (2009) "El desgaste mental en el trabajo". Madrid: Modus Laborandis en Cuadernos de Relaciones Laborales. Vol. 32, N° 2 pp. 493-496 (publicado en 2014)
Dejours, C.: (2011) Texto introductorio. En Psicopatología del trabajo – Psicodinámica del Trabajo. Laboreal VOLUMEN VII · Nº1 PP. 13-16
Dejours, C.: (2012). Trabajar es transformarse en uno mismo (En linea) en https://www.lanacion.com.ar/economia/cristophe-dejours-trabajar-es-transformarse-en-uno-mismo-nid1527892 (2019, julio 18)
Dejours, C (2015) .El sufrimiento en el trabajo. En colección Psicoanálisis, sociedad y cultura; N° 34. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Topía Editorial, 2015. - E-Book. Fecha de catalogación: 17/04/2015
Di Mare Duran, M.; García A.K. (2019) Burnout, un desafío contemporáneo . En Abordajes inclusivos en salud mental. Clínica, comunidad y derechos. Cap.III, pag.222. Compilado por Alberto Trimboli ... [et al.]. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación Argentina de Profesionales de Salud Mental - AASM, 2019.
Di Mare Duran, M.; García A.K. (2020) Será una ilusión el por- venir. En Salud pública y salud mental . Cap.III, pág.419. Compilado por Alberto Trimboli ... [et al.]. - 1a ed. volumen combinado. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Asociación Argentina de Profesionales de Salud Mental - AASM, 2020. Libro digital, PDF
Escardó, V.: (2012) Psicólogos y trabajo en instituciones de salud, los efectos del contexto: Burnout y Síndrome de Desgaste Laboral Crónico. En L.Lutereau (Comp.), Variantes de la cura y formas de tratamiento en Psicología. Actas de las X Jornadas de Psicología UCES (pp.31-56).Buenos Aires: Editores.
Escardó, V.: (2017) Síndrome de Burnout, Cuidado de cuidadores en Colección Conjunciones Ed. Noveduc
Freud, S. (1920) Más allá del principio de placer. En J.L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol. XVIII, pp. 1-162). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores (Trabajo publicado 1920).
Freud, S. (1925) Inhibición, Síntoma y Angustia. En J.L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol. XX, pp. 71-164). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores (Trabajo publicado 1926).
Freud, S. (1927). El provenir de una ilusión.En J.L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol. XXI, pp. 1-55). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores (Trabajo publicado 1927).
Freud, S. (1929) El malestar en la Cultura. En J.L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol. XXI, pp. 56-140). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores (Trabajo publicado 1930).
Juárez-García A. Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. Salud UIS. 2020; 53(4): 432-439. doi: https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010.
Laplanche, J.,y Pontalis, J.B.(1981) Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor World Health Organization. WHO | Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases, https://www.who.int/ mental_health/evidence/burn-out/en/

USO Y ABUSO DE INTERNET, CONSUMO DE ALCOHOL, DE TABACO, Y ESTRÉS

Pablo Nicolás Caimani Ferrer [A], Sonia Tifner [B],
Rosana Azpiroz [C], Miguel Ángel De Bortoli [D]

1. Introducción

Seis de cada cien estudiantes universitarios tienen problemas ocasionales o frecuentes con el uso de Internet, que pueden llegar a repercutir en su vida diaria o social (Fernández-Villa, *et al.*, 2015). En esta investigación no encontraron asociaciones entre el consumo de sustancias con el uso problemático de Internet. Pulido Rull y col. (2016) encontraron que la correlación entre adic-

[A] Estudiante. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. caimanipablo@gmail.com
[B] Docente Universitaria e Investigadora. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. stifner@gmail.com
[C] Docente Universitaria e Investigadora. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. cazpiroz@unsl.edu.ar |.
[D] Doctor en Bioquímica. Profesor Titular Área Psicobiológica. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. midebort@unsl.edu.ar

ciones químicas y tecnológicas es más estrecha para el alcohol que para el tabaco. En otra investigación (Golpe, Gómez, Braña, Varela, y Rial, 2017, pp.273-274) se encontró que los usuarios problemáticos de Internet presentan una tasa casi 3 veces mayor para desarrollar un consumo de riesgo de alcohol y casi 4 veces para drogas en general, y que el uso de Internet es más intensivo a medida que avanza la edad en la población estudiada.

2. Objetivos

- Indagar sobre el uso y abuso de Internet asociado al consumo de alcohol y tabaco.
- Explorar la relación entre el uso y abuso de Internet con el estrés y la edad.
- Establecer la frecuencia de los dispositivos de mayor uso para conectarse a Internet.

3. Metodología

3.1 Diseño y Participantes

Para el desarrollo de esta investigación se ejecutó un diseño descriptivo y de corte transversal. Participaron 103 sujetos de 9 provincias argentinas, 80 mujeres y 23 hombres, con edades de 17 a 71 años siendo la media de 31,50. De la muestra, 47 participantes fueron estudiantes universitarios.

3.2 Instrumentos

Se aplicaron: 1) cuestionario de datos sociodemográficos y 2) el Internet Addiction Test (IAT) (Young, 1998). Se utilizó estadística paramétrica cuando los datos mostraron una distribución normal, y estadística no paramétrica cuando los resultados no tuvieron distribución normal.

Resultados

Tabla 1

Variables	Correlación	Puntaje Test de Adicción a Internet (IAT)
Si fuma ¿Cuántos	Pearson	-0,585(**)
cigarrillos por día?	Sig. (bilateral)	**0,007**

Se halló una correlación negativa entre la cantidad de cigarrillos fumada y la adicción a Internet

Tabla 2

Variables	Correlación	Puntaje Test de Adicción a Internet (IAT)
Si toma alcohol	Rho de Spearman	- 0,513(**)
¿Cuántos vasos por día?	Sig. (bilateral)	**0,088**

Se halló una correlación negativa entre cantidad de vasos consumidos de alcohol al día y abuso de Internet

Tabla 3

Variables	Correlación	Puntaje Test de Adicción a Internet (IAT)
Edad del sujeto	Rho de Spearman	- 0,339(*)
	Sig. (bilateral)	**0,000**

Se halló una correlación negativa entre la edad de los sujetos y la adicción a Internet

Tabla 4

Variables	Correlación	Puntaje IAT
¿Experimentó alguna vez episodios de estrés (malhumor, enojo) recurrentes al no poder conectarse debido a fallos de conexión entre el proveedor/MODEM/?	Rho de Spearman Sig. (bilateral)	0,298(**) **0,002**

Se halló una correlación positiva entre la cantidad de episodios experimentados de estrés, malhumor, enojo recurrentes con adicción a Internet

Tabla 5
¿Qué dispositivo electrónico es de su preferencia para usar Internet?Total

		Netbook	Notebook	PC	Smartphone	Tablet	netbook
sexo de los sujetos	masculino	0	2	10	11	0	23
	femenino	5	21	6	46	2	80
Total	5	23	16	57	2	103	

El dispositivo electrónico de mayor frecuencia para el uso de Internet es el Smartphone seguido de la Notebook.

Discusión

A partir de los resultados obtenidos se infiere que un mayor consumo de tabaco se asocia a una menor adicción a Internet lo cual nos hace pensar en un cambio de adicción. Respecto al consumo de alcohol los resultados indicarían que las personas que más consumen tenderían a usar menos Internet; esto se contrapone con lo dicho por Pulido Rull (2016) para quien "algunas sustancias químicas, como el alcohol, mantienen relaciones más estrechas con las adicciones tecnológicas que otras, como el tabaco", con lo cual volvemos a pensar si no se trataría de un cambio de adicción como lo muestran nuestros resultados tanto en el consumo de tabaco como en el de alcohol. Por otro lado, un mayor uso o abuso de Internet se asocia a un mayor estrés al haber fallos de conexión, siendo una señal de alarma que denotaría una dependencia (Echeburúa, 2012). A diferencia de Golpe, Gómez, Braña, Varela, y Rial (2017) se encontró en nuestra investigación que a mayor edad menor uso de Internet. Es de destacar que nuestra muestra tuvo edades entre 17 y 71 años, y la franja de mayor edad –mayores de 60 años- pesó bastante en la correlación encontrada. El 55% de los encuestados refiere que su dispositivo tecnológico de preferencia es el Smartphone, probablemente debido a que los Smartphones actuales incorporan prácticamente cualquier utilidad, eliminando cada vez más las diferencias entre dispositivos (Pedrero-Pérez, *et al*, 2018, p.197), es decir, prácticamente cualquier operación o uso virtual de cualquier tipo se puede hacer a través de estos teléfonos inteligentes. Por último, se sugiere educar sobre las consecuencias del abuso de Internet para disminuir el estrés que provocaría.

Referencias bibliográficas

Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A., y Oberst, U. (2012). Adicción a Internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles. Papeles del Psicólogo, 33(2),82-89

Domínguez Martín, C., Geijo Uribe, S., Sánchez Lorenzo, I., Imaz Roncero, C., y Cabús Piñol, G. (2012). Revisión de los mecanismos implicados en el uso problemático de Internet. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 32(116), 691-705

Echeburúa Odriozola, E., (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. Comunicaciones Breves,37 (4), 435-447

Fernández-Villa, T., Alguacil Ojeda, J., Almaraz Gómez, A., Cancela Carral, J. M., Delgado-Rodríguez, M., García-Martín, M., Jiménez-Mejías, E., Llorca, J., Molina, A.J., Ortíz Moncada, R., Valero-Juan, L.F., Martín, V. (2015) Uso problemático de Internet en estudiantes universitarios: factores asociados y diferencias de género. Adicciones, 27 (4)265-275.

Golpe, S., Gómez, P., Braña, T., Varela, J. y Rial, A., (2017). Relación entre el consumo de alcohol y otras drogas y el uso problemático de Internet en adolescentes. Adicciones, 29 (4) 268-277

Pedrero-Pérez, E.J., Ruiz-Sánchez de León, J.M., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M., Pedrero-Aguilar, J., Morales-Alonso, S. y Puerta-García, C,.(2018). Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC): uso problemático de Internet, videojuegos, teléfonos móviles, mensajería instantánea y redes sociales mediante el MULTICAGE-TIC.Adicciones,30 (1), 19-32.

Pulido Rull, M.A., Hernández Avila, A.M., Bonnet, C.I., Reynoso Ascensio, M., Rivera-Fong, L., Silos et al.(2016, 16 de enero). Comorbilidad entre uso de alcohol y tabaco y adicción a tecnologías de información: evaluación del modelo BIS/BAS. www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com, 8 (1), 19-35.

Ruiz Olivares, R., Lucena Jurado, V., Pino Osuna, M.J. y Herruzo Cabrera, J. (2010). Análisis de comportamientos relacionados con el uso/abuso de internet teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios. Adicciones, 22 (4) 301-310.

CONSTRUCCIÓN DE UN DISPOSITIVO COLEGIAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN TIEMPOS DE PANDEMIA, PARA EL DISTRITO I, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, REPÚBLICA ARGENTINA

Laura Rosa Berstein [A], Claudia Alejandra Crudele [B], Alba Picardi [C], Myrian Inés Rodríguez [D]

RED DE CUIDADO COLEGIAL

Presentación

En este texto, presentaremos las características de la construcción de un dispositivo de asistencia telefónica, de primer nivel de atención, en tiempos de pandemia para la ciudad de Bahía Blanca. (Anexo I).

El mismo fue creado en el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires Distrito I Bahía Blanca, por el Consejo Directivo del mismo, del cual, las autoras de este trabajo, somos integrantes.

Se generó como respuesta inmediata a la presencia de lo inentendible de un virus que nos amenazaba a cada unx y al impacto subjetivo del primer aislamiento obligatorio implementado como medida de prevención desde una perspectiva de salud pública.

Introducción

En marzo de 2020, lxs psicólogxs, como la población en general, nos vimos sorprendidos por una emergencia sanitaria. La misma nos involucraba como ciudadanxs en el padecimiento y como psicólogxs en nuestra intervención en salud pública.

Es así como hubo que armar un marco que contuviera lo disruptivo.

Como institución colegial y dando cabida a nuestra obligación ética, de cooperar con organismos sanitarios en situaciones de emergencia social -"Código de Ética", cap II, de la "Responsabilidad en la práctica profesional", art. 5- es que comenzamos la construcción del servicio de asistencia telefónica.

Obligación y necesidad.

Necesidad de poner palabras allí donde no había, de tratar de entender junto con otrxs qué estaba sucediendo. Necesidad de alojar desde nuestra tarea de psicólogxs a la población del distrito pero también necesidad de alojar a la población de psicólogxs en una tarea, aún desconocida para la mayoría.

La pandemia nos involucra a todxs desde su inicio. Y cada unx fue necesitando hacer algo con ello, con sus angustias, miedos, riesgos …, que le permitiera vivir en un tiempo sanitario diferente a lo ya conocido. Cada unx y con otrxs.

En la construcción del servicio del cual vamos a hablar, se necesitó de la solidaridad entre colegas -Código de Ética, cap IV- y fue tarea del equipo organizador, trabajar en pos de ella.

Desarrollo

Ante una comunidad golpeada por la irrupción del Covid 19, tratamos de facilitar el alojamiento a sujetos vulnerables, en el modo en que nuestra comunidad de psicólogxs pudo proporcionar.

Sabemos que cuando lo real irrumpe, entendiendo lo real como aquello que no entra en el orden de la significación, un sujeto puede caer. Por lo tanto dar lugar a su palabra, alojar su angustia y redireccionar su vinculación y atención sanitaria, fueron los objetivos propuestos.

[A] Lic. Psicología. Colegio de Psicologos Pcia de Bs As Dto I. Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina. lberstein61@gmail.com
[B] Lic. Psicología. Colegio de Psicologos Pcia de Bs As Dto I. Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina. claucru69@gmail.com
[C] Lic. Psicología. Colegio de Psicologos Pcia de Bs As Dto I. Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina. albangepi@yahoo.com.ar
[D] Lic. Psicología. Docente UNISAL. Colegio de Psicologos Pcia de Bs As Dto I. Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina. rodriguezmyrian68@gmail.com

En un momento de tanta incertidumbre y de irrupción de malestar cobra importancia dimensionar y dar importancia al valor de la palabra.

Para comenzar la tarea, se realizó una convocatoria abierta, a lxs psicólogxs matriculadxs en el Distrito I.

Una vez inscriptxs, se efectuó un primer asesoramiento acerca de los objetivos del servicio. Decimos "primer" porque fue necesario continuar el mismo en diversas ocasiones, cuando se desvirtuaba el objetivo.

Desde el inicio del Dispositivo Colegial, fuimos consistentes respecto del encuadre del trabajo planteado. Al mismo tiempo fue necesario ser flexibles de tal manera que nos permitiera repensarnos a fin de dar una respuesta adecuada frente a las contingencias que se iban manifestando.

Dado que se trataba de "atención en crisis" y que la mayoría de lxs psicólogxs acostumbrabamos a desarrollar nuestra tarea en tratamientos clínicos, fue necesario acompañar la escucha para no correrno del objetivo.

La convocatoria resultó muy buena. Se anotaron 210 colegas, de lxs cuales 130 trabajaron en la instancia de escucha.

El Equipo Organizador constituido por 6 psicólogxs pertenecientes al Consejo Directivo, planificó el Dispositivo en tres instancias: un triage, el staff de escucha telefónica, el equipo de supervisores y supervisoras.

El **triage** es un equipo de admisión; un método que permite organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos.

Estuvo conformado por 21 colegas. Se organizó en guardias de tres horas cada unx, con un número telefónico que era redireccionado por un colega a cada unx de lxs admisores.

El equipo del triage era el que realizaba la primera escucha y el ingreso al sistema. Al atender la llamada el/la colega se presentaba como perteneciente al Colegio de Psicólogos.

La pregunta inicial era *"qué necesita"*. La palabra "necesita" era clave para caracterizar el estilo de servicio. La atención en PAP -Primera Ayuda Psicológica- es de carácter pragmático. Trabajamos para no preguntar qué desea o qué quiere, dando cuenta desde un inicio, del encuadre. El lenguaje que utilizamos, la forma de nombrar y de habilitar la palabra, enmarcan la tarea.

Una vez despejada la demanda, se derivaba al colega disponible para tal fin y, de ser necesario, se orientaba al o la consultante hacia otros servicios.

"Consultante" o "damnificadx" son también palabras claves. No hablamos de pacientes, porque el servicio no contemplaba esa posibilidad. El objetivo era acompañar y redireccionar a los servicios que correspondiesen.

En el triage se iniciaba una "planilla de intervención", que nos facilitaba el registro correcto de los datos del daminificadx. Esta era enviada a el o la psicólogx que estaba en la escucha.

Es de hacer notar que cada miembro del triage se contactaba previamente con un grupo de psicólogxs dispuestxs a atender el teléfono en el horario de su guardia. Este punto fue de capital importancia pues se intentaba que el primer contacto luego de la admisión fuera en el curso de las siguientes doce horas.

En el pasaje se preservaba la identidad de el/la damnificadx. Los datos personales eran tomados a efectos de seguimiento del o de la psicólogx a cargo.

Una vez efectuada la derivación, quien realizaba la admisión no continuaba en contacto con el o la daminificadx.

Una segunda instancia estaba constituida el **staff de escucha telefónica,** que eran quienes realizaban la contención telefónica.

Cada unx de ellxs dejó constancia de la franja horaria en que podía ser convocadx y los grupos etarios que estaba dispuestx a atender.

El único requisito para inscribirse en este staff era estar matriculadx en el Distrito I y acordar con los objetivos del Dispositivo.

Desde un principio se formuló el objetivo de este servicio, a saber, intervenir a fin de reducir el

riesgo de impacto de una situación crítica. *Realizar apoyo psicológico en tiempos de pandemia.* Se esperaba que quien escuchara colaborara en mitigar y si fuera posible ayudara a remitir procesos de angustia, ansiedad, pánico …de tal forma que el o la daminificadx pudieran transitar su padecer de un mejor modo. Hacer énfasis en los aspectos vinculados al cuidado de la salud más que al peligro de la enfermedad, transmitir tranquilidad y la idea de lo transitorio de esta situación, pensando las restricciones como acciones de protección, brindando información precisa y oportuna.

Entre los objetivos también se encontraba realizar tareas de redireccionamiento a otros servicios de salud de la ciudad.

Los encuentros telefónicos los acordaban el o la daminificadx y el/la profesional. Fue relevante no confundir funciones, no dar lugar a transferencias que, dadas las características del servicio, no iban a poder ser trabajadas. No hemos realizado un diagnóstico en toda su forma dado que esto hubiera sido apresurado y no adecuado a las características del formato de la red de asistencia, sólo se ha hecho una presunción diagnóstica a los efectos de acotar la escucha.

Una vez finalizada la intervención, el o la psicólogx completaban la planilla iniciada en el triage, remitiéndola a quienes se hacían cargo de la coordinación.

Esto permitió tener un seguimiento en casos de nuevas consultas por parte del o de la misma daminificadx, así como, el pasaje del o la damnificadx a otrxs profesionales intervinientes.

Como tercera instancia contábamos con 21 psicólogos que conformaban el **equipo de supervisores y supervisoras**, tenían como objetivo supervisar las intervenciones de los psicólogxs prestadores, no tratamientos.

El o la supervisor/a tenía que estar dispuestx a la tarea en el corto plazo y de acuerdo a la necesidad, al igual que el o la psicólogo/a de la escucha telefónica.

Cabe destacar que la creación del Dispositivo Colegial estuvo desde el inicio inserta en la Red de Cuidado Local, es decir, que junto con otros dispositivos formamos parte de la red de cuidado que daría respuesta a las necesidades en salud mental de la comunidad de Bahía Blanca.

Se pensó como fundamental esta articulación, dada la necesidad de tener una mayor cobertura de las demandas de la comunidad, fundamentando la misma en los principios de la Ley de Salud Mental que plantea la importancia del acceso a la salud de los distintxs usuarixs del sistema, de acuerdo a un principio de equidad que intente acercar a cada quien a lo que necesita.

Frente a la necesidad de pensar lo preventivo y asistencial en este momento de tanta incertidumbre nos posicionamos desde un lugar en donde lo colectivo como estrategia se torna fundamental, ya que comprendemos las *construcciones colectivas* como las únicas posibilitadoras de verdaderas transformaciones en el plano de lo social y desde ahí en las favorecedoras de intervenciones subjetivantes, enfatizando la necesidad de fortalecer los lazos sociales diferenciándolo de la distancia social propuesta por los protocolos sanitarios.

El trabajo articulado requería de una comunicación abierta y constante entre los distintos dispositivos y equipos de salud, así como también con las autoridades sanitarias, por lo que también fue necesario participar de los espacios generados a fin de acordar los alcances y protocolos de cada integrante de la red. Se utilizaron como parámetros comunes los lineamientos emanados desde la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud – Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Las intervenciones fueron pensadas desde una perspectiva comunitaria, siendo lxs consultantes sujetos activxs que hacían frente a la situación que les tocaba enfrentar desde sus propias historias, recursos psíquicos y posibilidades para transitar un proceso de apropiación de la experiencia que no por ser común a todxs la vuelve idéntica en las formas de padecimiento subjetivo y afrontamiento.

Si bien cada profesional pudo haber hecho en alguna circunstancia un diagnóstico íntimo y presuntivo de un/a consultante, tuvimos en cuenta que trabajábamos con un proceso de percepción subjetiva de lo que acontecía, en el cual cada quien evaluaba su situación y sus capacidades para soportarla. En todo caso, esa presunción pudo ayudar a acotar las intervenciones.

Acordamos con lo que dice Silvia Bentolila (2020), "El nombrar una emergencia o desastre como IC -Incidente Crítico-, expresa una posición ética y sanitaria, en tanto es una expresión asociada al ámbito de la salud y no de la enfermedad mental".

Inicio y finalización de las intervenciones

Lxs psicólogxs padecimos la irrupción del virus al igual que nuestrxs conciudadanxs, con su efecto sorpresa y desestructurante de la realidad vivida hasta el momento.

Fue en la emergencia de este incidente crítico, que el Colegio de Psicólogos Distrito I convocó a sus colegiadxs a sumarse a su Red de Cuidado Colegial.

Podríamos pensar que esta convocatoria sirvió a modo de red para los propios profesionales que manifestaron su disposición solidaria a trabajar ad honorem, en quienes el bienestar psicosocial también se vio afectado.

Lo inesperado de la situación, la indicación sanitaria de cortar el modo de atención psicológica presencial, el temor a quedarse sin trabajo, el desconocimiento para muchxs de nuevas modalidades de atención, produjo un alto impacto en nuestrxs colegas. "Presencial" fue una nueva palabra que comenzó a sonar en lo social.

La convocatoria formó parte de esta red de cuidado y ofició como modulador de la intensidad del impacto. Desde el Colegio se decía a lxs psicólogxs que había otro modo de atención y se ponía en práctica. Esto generó una dimensión prospectiva del incidente crítico. Se ofreció un soporte psicosocial a lxs colegas. El convocarlxs fue una forma de decir que era posible y necesario seguir ejerciendo nuestra profesión. El modo de asistencia hizo que descubran posibilidades de atención telefónica o de videollamada, creando aprendizajes para su práctica, fortaleciendo un modo de trabajo poco usado hasta el momento.

Consideramos que esta propuesta de PAP a la comunidad, recayó en lxs propixs psicólogxs, quienes pudieron conectar con nuevos aspectos laborales.

Según el Comité Permanente entre Organismos (IASC), se define la Primera Ayuda Psicológica como el modo práctico y humano para ayudar y apoyar a nuestrxs semejantes en graves situaciones de crisis, con un marco de trabajo que apoye a las personas respetando su dignidad, cultura y capacidades.

El orden de lo impensable nos afectó a cada unx de los intervinientes. Al tiempo que se desarrolló la atención primaria psicológica, que fuimos conectando en red con otros efectores de salud, se produjo un movimiento que permitió poner palabra y desplegar acciones posibles.

Habiéndose cumplido con los objetivos propuestos y dado que la mayoría de las actividades retomaron su funcionamiento y que fuimos acomodándonos en esta nueva realidad, el 10 de septiembre del 2020 se dio por concluido el servicio, dejando abierta la posibilidad de reapertura de ser necesario.

¿Cómo encontró el entramado social bahiense, el Incidente Crítico que produjo el impacto del Covid?

Nuestro entramado social se basa actualmente en la libertad individual de mercado, es decir, en el dominio del ocio de masas y el consumo privado. Las personas pasan a ser objetos consumidos por un sistema que obliga a consumir. Así se impulsa la "felicidad" como cáscara. De otro modo, queda el vacío, la desorientación en relación a la propia subjetividad. La lógica es la del interés individual, la eficacia, el Estado empresarial. Desde esta perspectiva se había dado de baja el Ministerio de Salud de la Nación, que empezó a funcionar pocos días antes del inicio de la pandemia, con el gobierno que inicia en diciembre de 2019.

Este modo de armar realidad social, erosiona los vínculos sociales ya que atenta contra la solidaridad y sólo apunta al éxito individual.

Otra cuestión es la presencia de un ideal científico que todo lo puede.

En este marco social, llega el covid para todxs, sin distinción de clases, credos, profesiones... se trata de un problema de salud colectiva.

Se hace necesario tener en cuenta al otrx de manera recíproca, no utilitaria. Se hace necesario

revisar en cada unx el lazo social con el/la otrx. Se hace necesario hacer otra cosa con unx mismx que el mero consumo. Emerge la idea de "comunidad científica", que no lo sabe todo e investiga. Se reclama al Estado una intervención de cuidados en todas las áreas, cuando hasta el día anterior se pretendía su exclusión.

Con este plafón, desde nuestro Colegio decidimos dar lugar a un dispositivo, desde un enfoque de derechos y perspectiva comunitaria, haciendo foco en el cuidado de él y la otrx. Tuvimos en cuenta los lineamientos de la O.P.S. en cuanto reforzar la accesibilidad a la prestación en salud mental, brindando un espacio para escuchar la aflicción que a cada unx, en su singularidad, generaba la irrupción del virus y la modificación de la vida diaria por este motivo.

Articulación con otros efectores de salud.

El sistema de salud de la ciudad de Bahía Blanca, (anexo II) presenta una estructura sanitaria insuficiente y fragmentada. La "red informal" aparece como favorecedora de las intervenciones en los procesos de salud y el abordaje de las situaciones que se presentaban. En este momento crítico ha quedado evidenciada la fragmentación del sistema de salud al momento de dar respuestas oportunas e integradas, dándose situaciones en donde las intervenciones eran insuficientes y otras en donde nos encontrábamos con múltiples intervenciones desarticuladas entre sí y sin un objetivo unificado. Fue necesario reconstruir las redes de cuidado ya que muchos efectores dejaron de funcionar y otros debieron reconvertirse en función de las necesidades que fueron surgiendo. Asimismo, las dificultades en la comunicación fueron obstáculo para que la población tuviera un acceso oportuno a los distintos dispositivos que se fueron generando. Un ejemplo de esto fue el serio inconveniente que generó que en un primer momento el número de teléfono del Dispositivo de Escucha Colegial fuese transmitido de manera errónea por los medios oficiales. Respecto de los padecimientos en salud mental y problemáticas psicosociales, nuestra comunidad cuenta con dispositivos alternativos a la internación limitados. Nos encontramos también con consultas que hacían referencia a otras necesidades fundamentales, tales como el derecho a la alimentación, la vivienda, la educación. Desde una lógica de la salud en su sentido más amplio, reorientamos la demanda hacia los efectores que pudiesen dar una respuesta acorde a la urgencia de la necesidad. Las intervenciones realizadas desde el dispositivo se encuadraron en un criterio de corresponsabilidad, pensando a la salud mental como un proceso histórico, multideterminado y socialmente construido, en donde las respuestas posibles se generaron en relación con los diferentes dispositivos y efectores de la red.

En concordancia con el funcionamiento de la red, debimos ajustar el horario del dispositivo. Iniciamos con un horario de lunes a domingo de 9 a 12 y de 15 a 18hs. modificándolo de 15 a 21hs, teniendo en cuenta que el dispositivo municipal funcionaba de 8 a 15 hs. Con este cambio logramos una mayor cobertura en la red de cuidados.

Conclusiones

Nuestro Dispositivo de cuidado colegial tomó como referencia en su diseño los lineamientos de la APS y de la OPS, según los cuales el rol del equipo de salud mental deberá tener en cuenta la particularidad de cada caso, construyendo y acompañando los procesos de duelo y reconstrucción de vínculos, contribuyendo a disminuir la ansiedad, organizando referencias concretas frente al shock de lo inesperado. Procuramos reforzar la accesibilidad de la prestación en salud mental entendiendo, como plantea la O.P.S., que "las emergencias se expresan como verdaderas tragedias o dramas humanos, y por ende en su abordaje no sólo es necesario tener en cuenta los aspectos de atención a la salud física y las pérdidas materiales, sino también atender la aflicción y consecuencias psicológicas del evento en cuestión". Tenemos como eje el concepto de salud, no sólo como la ausencia de enfermedad sino desde un punto de vista integral donde las condiciones en que las personas viven y se desarrollan, son determinantes en los procesos de salud-enfermedad. Se trata de una intervención en una situación que afecta a la población en general. Tiene la impronta de lo traumático y por tanto la creación de la red se ofreció como alternativa a disposición, para poner palabra allí donde esto se hizo presente. Organizamos contención y acompañamiento

desde la perspectiva de la salud mental, teniendo en cuenta las particularidades, sin hacer diagnósticos ni rotulaciones; con la posibilidad de sugerencia de derivación si se escuchaba necesaria y excedía los marcos del dispositivo.

Con Yago (2020) podemos decir que "...la intervención en situaciones de emergencia psicosocial es una suerte de "concentrado" de intervención comunitaria, en la que se invierte una gran cantidad de trabajo, de recursos y de energía durante un tiempo relativamente breve..."

En este trabajo hemos tenido en cuenta el respeto por lxs otrxs; su seguridad, esto es, evitar que nuestras acciones provocaran mayor daño - no responder a hostilidades, no presionar a hablar de lo que el o la otrx no desea, no juzgar, no generalizar...; garantizando la equidad.

Con esta pandemia, hemos observado que lxs psicólogxs pasamos a formar parte del personal esencial. Nos preguntamos si es que la crisis sanitaria lo hizo visible o si ya era considerado así en lo social.

En relación a lxs profesionales intervinientes hemos tenido en cuenta el cuidado de su salud, en el ofrecimiento de supervisiones, en el acotamiento de las horas de atención, en las posibilidades de cambio y sustitución, en el acompañamiento continuo del equipo que organizaba. La tarea se desarrolló siempre con otrxs y esto ha formado parte del cuidado de la salud mental. Sabemos que la soledad horada un buen trabajo en Salud Mental.

Las características que distinguieron este dispositivo comunitario de los dispositivos más tradicionales, fueron su plasticidad, flexibilidad y creatividad, lo que permitió realizar ajustes y modificaciones según la situación de confrontación con la realidad abordada.

Anexo I

Datos Poblacionales

La ciudad de Bahía Blanca está emplazada en el sur de la Provincia de Buenos Aires. Al partido de Bahía Blanca, además de la ciudad cabecera, lo integran también las localidades de Cabildo, General Daniel Cerri e Ingeniero White.

En la ciudad cabecera se encuentra la sede del Colegio de Psicólogos de la Provincia, Distrito I. Comprende según el art. 18 de la Ley 10.306 la siguiente competencia territorial: Adolfo Alsina, Bahía Blanca, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Coronel Rosales, Coronel Suárez, Monte Hermoso, Patagones, Puán, Saavedra, Tornquist y Villarino.

De acuerdo al último censo poblacional realizado en 2010, la población de la ciudad de Bahía Blanca asciende a 301.572 habitantes, población que representa el 1,9% de la totalidad de la población bonaerense.

La ciudad de Bahía Blanca, por su magnitud poblacional, se ubica como el decimoséptimo centro más poblado de la Argentina. Desde el punto de vista geográfico es la segunda de las poblaciones costeras del país, detrás de Mar del Plata. En el ámbito de la provincia de Buenos Aires alcanza el cuarto lugar, detrás del Gran Buenos Aires, el Gran La Plata y Mar del Plata; y en lo que se conoce como la sexta sección electoral bonaerense, la ciudad de Bahía Blanca se constituye en el principal partido en términos de cantidad de población y actividad económica.

Posee una importante dotación de infraestructura física y de servicios que la consolidan como un centro urbano proveedor de bienes y servicios. Las zonas del micro y macrocentro de la ciudad cuentan con red de agua potable, cloacas, electricidad, gas y telecomunicaciones. Las redes de servicios disminuyen su intensidad hacia la periferia.

Anexo II

SISTEMA DE SALUD

El sistema de Salud en la Ciudad de Bahía Blanca se compone del sector público y privado. Dentro del subsector público funcionan distintas instituciones y establecimientos de mediana y alta complejidad que atienden a la población de la ciudad y de la zona. Por un lado, se encuentran los que dependen del Municipio, como las 56 Unidades Sanitarias, cuatro Centros de Salud: Cerri, White, Cabildo y Vista Alegre, y el Hospital Municipal (HMALL), que funciona como ente descentralizado y de autogestión. Y, por otro lado, el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. José

Penna" dependiente de la provincia de Buenos Aires. Los establecimientos privados más importantes de la ciudad son el Hospital Italiano Regional del Sur, el Hospital Privado del Sur, el Hospital Regional Español, el Centro de Salud "Dr. Matera", el Hospital de la Asociación Médica y el Hospital Militar de Bahía Blanca, también existe en la ciudad una Clínica Psiquiátrica (Clínica Privada Bahiense) con disponibilidad de 100 camas. En cuanto al recurso físico de camas, el número de camas disponibles en el sector público es de 386 camas. El Hospital "Dr. José Penna" cuenta con 252 camas disponibles de las cuales actualmente destina 12 camas a "salud mental". El número de camas disponibles en el sector privado en la ciudad es de 472.

Referencias

Benyakar, M. (2020) Asistencia, psicoterapia y psicoanálisis en tiempos de pandemia. Material de la conferencia virtual del 29 de junio de 2020.
Di Nella, Yago (2000) La grupalidad como eje constituyente del trabajo comunitario. Curso virtual: Abordajes en situaciones de desastres, catástrofes e incidentes críticos. Primeros auxilios en las intervenciones de emergencia y dispositivos de contención emocional de las personas con mayor vulnerabilidad psicosocial. Universidad de Río Negro. Marzo – Abril de 2020
Di Nella, Y., Yacachury, M., (2018) Abordaje Psicosocial en situaciones de desastres, catástrofes e incidentes críticos. Adalquí - APADEAS. Ed. Copalqui.
Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2020). Obtenido en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/practicas-de-salud-mental-y-apoyo-psicosocial-en-emergencias-y-desastres-enfoque-en-covid19.pdf
El Senado y la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. (1985, 01 de agosto). Ley de Ejercicio Profesional 10.306. Obtenido en www.colpsibhi.org.ar
INDEC: https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135
Laval C., Dardot P. (2013) La nueva razón del mundo. Ed. Gedisa. Buenos Aires
Municipio de Bahía Blanca: https://www.bahia.gob.ar/-
Resolución 110/89 – Resolución 1117/06 – Resolución 1129/06 Resolución 1670/20 Resolución 1670/20. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires – Código de Ética Provincial. Obtenido en www.colpsibhi.org.ar
OPS (2002) Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington, D.C.
OPS (2006): Guía práctica de salud mental en desastres. Washington, D.C.: OPS, Editores: Rodríguez, J. - Zaccarelli Davoli, M. - Pérez, R. OPS/OMS.
Riorda M., Bentolila S., (2020). Cualquiera tiene un plan hasta que te pegan en la cara. Aprender de las crisis, Ed. Paidós. Buenos Aires.

PREVALENCIA DE LA PROCRASTINACIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS BAJO ENSEÑANZA VIRTUAL EN PANDEMIA COVID-19

Franco Tisocco [A], Juliana Beatriz Stover [B]

Introducción

Aunque ha transcurrido más de un año y medio desde el brote de COVID-19, este continúa siendo una creciente amenaza sanitaria (WHO, 2021). Ningún individuo ha permanecido sin ser afectado de una o múltiples formas al atravesar la pandemia (Salari et al., 2020).

Particular es el caso de la educación superior y su transición a la virtualidad. Si bien la digitalización de la enseñanza y aprendizaje ha formado parte de una agenda de modernización de la educación desde tiempos anteriores, la pandemia de COVID-19 forzó una adopción abrupta de este método y sumó un elemento disruptivo más a la cotidianeidad de la población estudiantil (El Said, 2021; Pelikan et al., 2021). Esta situación ha introducido una necesidad apremiante por

[A] Psicólogo. Docente UBA. Becario Doctoral UBACyT. CABA. Argentina. francotisocco@psi.uba.ar
[B] Psicóloga. Docente UBA. Investigadora CONICET. UBA – CONICET. CABA. Argentina. stoverjuliana@gmail.com

llevar a cabo investigaciones sobre variables educativas en el contexto de la pandemia por COVID-19, con la efectividad del aprendizaje en línea durante la pandemia puesto en tela de juicio (Hong et al., 2021).

Asimismo, se torna importante estudiar variables psicológicas y educativas para con el contexto actual en países en desarrollo, donde la infraestructura educativa y tecnológica no es igual de equitativa en comparación con países desarrollados; esto potencialmente amplificaría los desafíos de enseñanza virtual en los primeros países (El Said, 2021; Mahdy, 2020). Sobre la situación de aprendizaje a distancia en pandemia por COVID-19, se reportó la dificultad de aprender a la par que lidiar con ansiedad e incertidumbre resultantes por la situación sanitaria, con una necesidad particular de ayuda para con la organización de tareas y del empleo del tiempo (Pelikan et al., 2021).

El aprendizaje a distancia favorece una mayor flexibilidad y la oportunidad de individualizar el proceso de aprendizaje en un entorno de mayor distribución de la información (Means et al., 2013); no obstante, también demanda mayor autorregulación del estudiantado, y por tanto provee un entorno que facilita el aumento de la procrastinación (Pelikan et al., 2021). Esta última se define como la tendencia por parte de estudiantes a demorar la realización de actividades académicas como consecuencia de una falla en la autorregulación, incluso a pesar de un perjuicio en el desempeño (Steel, 2007; Tuckman, 1991). La procrastinación se ha vinculado con sentimientos de depresión, ansiedad, estrés y un empeoramiento en el desempeño académico (Steel, 2007).

Durante la pandemia, se reportó que estudiantes de menor competencia académica exhibían mayores niveles de procrastinación (Pelikan et al., 2021). Asimismo, se informó a la procrastinación como predictor negativo de estrategias de aprendizaje autorregulado, favoreciendo la inefectividad del aprendizaje a distancia (Hong et al., 2021). Estudiantes reportaron que el pasaje a la virtualidad afectó su desempeño académico considerablemente (Mahdy et al., 2020).

Con vistas en lo anteriormente expuesto, el objetivo del presente trabajo fue el de analizar los niveles actuales de prevalencia de la procrastinación en la población estudiantil argentina, e interpretarlos en comparación con tasas de prevalencia correspondientes a tiempos previos a la pandemia; esto, con fines de analizar y estimar la existencia de un posible incremento en el riesgo de caer en el patrón dilatorio por parte del estudiantado superior del medio local.

Método

Se planteó un diseño correlacional, transversal, no-experimental, y explicativo. Se trabajó con una muestra total de 901 estudiantes de universidades públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y alrededores (Medad = 27.07; DEedad = 7.93; 84.35% mujeres, 15.65% hombres). De la muestra total, 495 estudiantes completaron los instrumentos durante el mes de febrero del año 2020 (previo a la eclosión de la pandemia), y 406 estudiantes completaron la batería de medidas durante el mes de junio 2021.

Se administraron una encuesta de datos sociodemográficos y académicos (recolecta información sobre género, edad, situación laboral -trabaja o no trabaja-, estado civil, grupo de convivencia, universidad, facultad, carrera, y fecha de inicio de carrera) y la versión bonaerense de la Escala de Procrastinación de Tuckman (Tisocco & Fernández Liporace, en prensa; Tuckman, 1991). Esta última evalúa las tendencias a la procrastinación mediante 15 ítems con formato de respuesta Likert (1 = *nunca me pasa* a 5 = *siempre me pasa*).

Se realizó una codificación *dummy* de grupos de edad, estado civil, grupo de convivencia, situación laboral, y género. Se dividió asimismo la orientación de las carreras de estudiantes en Exactas y Humanidades y Sociales, y se consideró la duración en carrera en términos del número de cuatrimestres cursados (Freiberg Hoffmann, 2013). Se codificó una variable *dummy* que denotaba la pertenencia a los grupos respectivos de estudiantes pre-post pandemia.

En primer lugar, se llevó a cabo una clasificación de los estudiantes en no-procrastinadores y procrastinadores a partir de una metodología habitual en la literatura (e.g., Wang et al., 2015). Se dividió a los estudiantes tomando en cuenta mediana de la escala de Procrastinación (*Mdn*=3). Se catalogó como "procrastinadores" a aquellos estudiantes cuya puntuación total promedio igua-

lara o superara la mediana, y como "no-procrastinadores" a aquellos restantes. En segundo lugar, se llevó adelante un análisis de regresión logística multivariada por bloques, donde la variable-resultado fue la pertenencia al grupo de procrastinadores. En un primer modelo se introdujeron las variables sociodemográficas y académicas caracterizadoras de la muestra, mientras que en un segundo modelo se introdujo la variable pre-post-Pandemia. Esto se llevó a cabo para evaluar el efecto explicativo del grupo de la pandemia en la prevalencia de la procrastinación por sobre el efecto de características muestrales. Se calculó la prevalencia de procrastinadores pre/post-pandemia, y se utilizó el *Odds-Ratio* de la variable Pandemia del modelo de regresión en conjunto con la tasa de prevalencia pre-pandemia para efectuar el cálculo del Riesgo-Relativo-corregido (Zhang & Kai, 1998). La multicolinealidad para el análisis de regresión se evaluó con estadísticos de tolerancia y VIF, los cuales no sobrepasaron ni se encontraron debajo de valores respectivos de > 0.1 y < 10.

Resultados

El modelo de regresión final explicó el 6.5% de la varianza de la pertenencia al grupo de procrastinadores (*R2N* = 0.65, □• (13) = 44.57, $p < .001$). La inclusión del estatus pre-post-Pandemia resultó estadísticamente significativa (□• (1) = 22.49; *OR* = 2.01, IC 95% = [1.50, 2.70], $p < .001$). La tasa de prevalencia de procrastinación pre-pandemia fue de 36.16 %, y la post-pandemia de 50.25 %. El Riesgo-Relativo-corregido de la procrastinación post-pandemia fue de *RR* = 1.47 (IC 95% = [1.27, 1.67]).

Discusión

La procrastinación en estudiantes universitarios ha aumentado de manera considerable, con ahora poco más de la mitad del estudiantado manifestando altas tendencias a demorar la realización de trabajos a expensas de su desempeño y estado psicológico. En comparación con tiempos pre-pandemia, los estudiantes actuales corren un riesgo de 27% a 67% mayor de ser clasificados como procrastinadores.

Los hallazgos se condicen con lo explicitado por reportes de la literatura (e.g., Hong et al., 2021; Mahdy, 2020). El atravesamiento por la pandemia, y la transición forzosa a la virtualidad que esto conllevó, ha aumentado la prevalencia del patrón conductual procrastinatorio en proporciones considerables. La información sobre el incremento del riesgo de caer en la procrastinación permite entrever la importancia del abordaje e intervención sobre la organización del tiempo y prioridades académicas de los estudiantes (Pelikan et al., 2021). Futuras investigaciones podrían investigar si este aumento de la procrastinación implica un empeoramiento del desempeño académico del estudiantado del medio local. De esta forma, parte del efecto adverso de la pandemia sobre el aprendizaje podría paliarse al conducir intervenciones destinadas a disminuir la procrastinación.

Este trabajo ofrece información sobre un fenómeno psicológico prominente en la esfera de la educación actual, esperando que los datos y estimaciones aquí presentados nutran la conceptualización de un panorama álgido, aunque ciertamente abierto a la acción fundada en datos científicos.

Referencias

El Said, G. R. (2021). How Did the COVID-19 Pandemic Affect Higher Education Learning Experience? An Empirical Investigation of Learners' Academic Performance at a University in a Developing Country. Advances in Human-Computer Interaction, 2021.

Hong, J. C., Lee, Y. F., & Ye, J. H. (2021). Procrastination predicts online self-regulated learning and online learning ineffectiveness during the coronavirus lockdown. Personality and individual differences, 174, 110673.

Mahdy, M. A. (2020). The impact of COVID-19 pandemic on the academic performance of veterinary medical students. Frontiers in veterinary science, 7, 732.

Means, B., Toyama, Y., Murphy, R., & Baki, M. (2013). The effectiveness of online and blended learning: a meta-analysis of the empirical literature. Teachers College Record, 115(3), 1–47.

Pelikan, E. R., Lüftenegger, M., Holzer, J., Korlat, S., Spiel, C., & Schober, B. (2021). Learning during COVID-19: the role of self-regulated learning, motivation, and procrastination for perceived competence. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 24(2), 393-418.

Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., ... & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Globalization and health, 16(1), 1-11.

Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. Psychological bulletin, 133(1), 65.
Tisocco, F., & Fernández Liporace, M.M. (en prensa). The Tuckman Procrastination Scale: Psychometric Features among Buenos Aires Undergraduates. Psychological Thought.
Tuckman, B. W. (1991). The development and concurrent validity of the procrastination scale. Educational and psychological measurement, 51(2).
Wang, J., Sperling, R. A., & Haspel, P. (2015). Patterns of procrastination, motivation, and strategy use across class contexts and students' abilities. Journal of Psychology and Behavioral Science, 3(2), 61-73.
World Health Organization. (2021). COVID-19 Weekly epidemiological update on COVID-19 - 22 June 2021.
Zhang, J., & Kai, F. Y. (1998). What's the relative risk?: A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. Jama, 280(19), 1690-1691.

USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET EN ADULTOS DE BUENOS AIRES DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO

Juliana Beatriz Stover [A], Franco Tisocco [B]

Introducción

El uso problemático de Internet (PIU) se caracteriza como un síndrome multidimensional (Caplan, 2002, 2007; Davis, 2001) que incluye cogniciones y comportamientos relacionadas al uso de Internet, generando disfunciones en las áreas sociales, académicas y/o laborales en la vida del sujeto (Beard & Wolf, 2001). El PIU se divide en específico y generalizado. El primero implica la realización de actividades determinadas, como apuestas online, consumo de pornografía, compras excesivas. Estas acciones podrían realizarse sin la existencia de Internet. Por el contrario, el PIU generalizado se desarrolla debido solamente a la posibilidad de acceso a Internet (Davis, 2001). Involucra el uso multidimensional y excesivo de Internet, abarcando una variedad de comportamientos tales como navegar por páginas y redes sociales sin un motivo específico, uso de chats y mails. Se compone de cuatro dimensiones: 1) preferencia por la interacción social online, 2) regulación de humor, 3) autorregulación deficiente -cognitiva y comportamental-, 4) consecuencias negativas.

En el desarrollo del PIU generalizado se postula que la sintomatología psicopatológica es una condición necesaria para su aparición (Caplan, 2002; Davis, 2001). Esto fue corroborando en distintas investigaciones que reportaron una asociación entre la sintomatología psicopatológica y el PIU generalizado (e.g., Barke, Nyenhuis & Kroer-Herwig, 2014; Caplan, 2002, 2007; Kuzucu, Sariot Ertürk, □im□ek & Gökda□, 2020). A su vez, el PIU se vincula especialmente al uso de redes sociales (B□achnio, Przepiorka, Senol-Durak, Durak & Sherstyuk, 2017; Gámez-Guadix, Orue & Calvete, 2013). Por otro lado, debe remarcarse que en el último año el PIU ha sido objeto de estudio debido a que por las características del Aislamiento Preventivo Social Obligatorio (ASPO), se detectó un aumento del uso problemático de Internet (e.g., Alheneidi, Al Sumait, Al Sumait & Smith, 2021; Islam et al., 2020; Servidio, Bartolo, Palermiti & Costabile, 2021).

En función de las investigaciones mencionadas, los objetivos de este trabajo son: 1) Analizar el PIU generalizado antes y luego del ASPO; 2) Examinar el PIU generalizado según frecuencia de uso de redes sociales; 3) Analizar la asociación entre el PIU y la sintomatología psicopatológica.

[A] Psicóloga. Docente UBA. Investigadora CONICET. UBA – CONICET. CABA. Argentina. stoverjuliana@gmail.com
[B] Psicólogo. Docente UBA. Becario Doctoral UBACyT. CABA. Argentina. francotisocco@psi.uba.ar

Método

Se realizó un diseño no experimental, transversal, y un estudio descriptivo, correlacional. El muestreo fue intencional simple.

Participantes

Se trabajó con 95 adultos de Buenos Aires evaluados de Diciembre a Febrero de 2019 (25.3% varones; 74.7% mujeres; *Medad*=42.02; *DEedad*=12.89) y 123 evaluados entre el 19/03/2020 y abril de 2020 (37.4% varones; 62.6% mujeres; *Medad*=33.90; *DEedad*=13.48).

Materiales

Se recolectaron datos con: 1) una encuesta de datos sociodemográfica; 2) una encuesta de uso de redes social, indagando la frecuencia percibida de uso de WhastApp,

Facebook e Instagram con opciones de respuesta Likert de cuatro posiciones (*Nada*, *Poco*, *Bastante*, *Mucho*); 3) el Symptom Check List 27 (SCL-27; de la Iglesia & Castro Solano, 2019; Hardt & Gerbershagen, 2001) que examina la sintomatología psicopatológica no específica experimentada en la última semana; 3) la adaptación local en curso de la Escala de Uso Problemático Generalizado de Internet 2 (GPIUS2; Caplan, 2010; Stover & Tisocco, 2020), la cual evalúa Preferencia por la Interacción Social Online, Regulación del Humor, Resultados Negativos, Preocupación Cognitiva, y, Uso Compulsivo.

Procedimiento y análisis de datos

La recolección se efectuó mediante un formulario online, utilizándose un consentimiento informado que detallaba los objetivos de la investigación y garantizaba la confidencialidad de los datos. Debido a las diferencias en los porcentajes según sexo entre las muestras, previo a los análisis se compararon las medias del GPIUS-2 y del SCL-27 según género en cada grupo, calculando una prueba *t* de Student para muestras independientes. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Para responder al objetivo 1 se calculó una prueba *t* de Student para muestras independientes. Para el objetivo 2 se efectuó un análisis de la varianza de un factor (ANOVA) comparando los grupos que utilizaron poco, bastante o mucho cada red social. Se excluyeron aquellos que no usaban la red evaluada. Finalmente, para el tercer objetivo, se analizaron correlaciones *r* de Pearson.

Resultados

Con relación al objetivo 1, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión Regulación del Humor presentando mayores medias aquellos sujetos en ASPO (t= 2.86, 216 *gl*, p=.000, *Msi*=8.92 vs. *Mno* = 7.41). Considerando el objetivo 2, en el grupo evaluado durante el ASPO, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el Uso Compulsivo [$F(114, 2)$= 4.55, p =.013] presentando mayores medias quienes usan más Facebook (*M*=11.52) que quienes lo usaban poco (*M*=8.51). En Instagram se detectaron diferencias en la misma dimensión [F(95, 2)= 6.21., p =.003]; los que reportaron usar poco dicha red social exhibieron medias menores (M=7.64) en comparación con los que la utilizaron bastante (*M*=10.21) y mucho (*M*=11,50). Analizando WhastApp no se hallaron diferencias significativas. Finalmente, en las correlaciones efectuadas en el objetivo 3 se encontraron asociaciones estadísticamente significativa (p< .01) con tamaño del efecto moderado entre los puntajes del SCL-27 y Resultados Negativos (r=.31), Regulación del Humor (r=.37) y Preocupación Cognitiva (r=.33). Se observaron asociaciones significativas (p<.05) débiles con Uso Compulsivo (r=.21).

Conclusiones

Este trabajo tuvo como objetivos analizar el PIU generalizado en el contexto del ASPO. En primer lugar, se hallaron mayores puntajes en Regulación del Humor en aquellos sujetos atravesando el ASPO. Si bien investigaciones previas indicaron mayor PIU en ASPO (e.g., Alheneidi et al., 2021; Islam et al., 2020; Servidio et al., 2021, los resultados guardan coherencia con el contexto en el cual el medio predominante de comunicación fue online debido a las restricciones de circulación. Analizando solo el grupo en ASPO por red social, se hallaron medias mayores en Uso Compulsivo de Facebook e Instagram en los sujetos que utilizaban más dichas redes sociales; la

información sobre vínculo entre PIU y uso de redes sociales data de hace varios años (B□achnio et al., 2017; Gámez-Guadix et al., 2013 y se mantiene en el contexto del ASPO. Por último, se encontraron asociaciones positivas entre la sintomatología psicopatológica con Resultados Negativos, Regulación del Humor, Preocupación Cognitiva y Uso Compulsivo, coincidentes con estudios previos (Barke et al., 2014; Kuzucu et al., 2020).

Como limitaciones deben mencionarse el muestreo intencional simple y que los sujetos evaluados no fueron los mismos en ambas muestras. Por otro lado, los instrumentos fueron de auto reporte, no pudiendo corroborar la actividad real efectuada de modo online. A pesar de estos aspectos a mejorar en futuros trabajos, se considera que se realiza un aporte a la compresión del uso de nuevas tecnologías en el contexto de pandemia a nivel local.

Referencias Bibliográficas

Alheneidi, H., Al Sumait, L., Al Sumait, D., & Smith, A. P. (2021). Loneliness and Problematic Internet Use during COVID-19 Lock-Down. Behavioral Science, 11. doi: 10.3390/bs11010005

Barke, A., Nyenhuis, N., & Kroer-Herwig, B. (2014). The German Version of the Generalized Pathological Internet Use Scale 2: A Validation Study. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 17(7), 474-482. doi: 10.1089/cyber.2013.0706

Beard, K. W., & Wolf, E. M. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction. Cyberpsychology and Behavior, 4, 377–383.

B□achnio, A., Przepiorka, A., Senol-Durak, E., Durak, M., & Sherstyuk, L. (2017). The role of personality traits in Facebook and Internet addictions: A study on Polish, Turkish, and Ukrainian samples. Computers in Human Behavior, 68, 269-275. doi: 10.1016/j.chb.2016.11.037

Boyd, D. M., & Ellison, N. B. (2007). Social network sites: Definition, history, and scholarship. Journal of Computer-Mediated Communication, 13(1). Recuperado de http://jcmc.indiana.edu/vol13/issue1/boyd.ellison.html

Caplan, S. E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive–behavioral measurement instrument. Computers in Human Behavior, 18, 553–575.

Caplan, S. E. (2007). Relations among loneliness, social anxiety, and problematic internet use. Cyberpsychology & Behavior, 10(2), 234-242. doi: 10.1089/cpb.2006.9963

Caplan, S. E. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. Computers in Human Behavior, 26, 1089–1097. doi:10.1016/j.chb.2010.03.012

Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. Computers in Human Behavior, 17, 187-195.

de la Iglesia, G., & Castro Solano, A. (2019). Academic achievement of college students: the role of the positive personality model. Problems of Education in the 21º Century, 77(5), 572-583. doi: 10.33225/pec/19.77.572

Gámez-Guadix, M., Orue, I., & Calvete, E. (2013). Evaluation of the cognitive-behavioral model of generalized and problematic Internet use in Spanish adolescents. Psicothema, 25(3), 299-306. doi: 10.7334/psicothema2012.274

Hardt, J., & Gerbershagen, H. U. (2001). Cross-validation of the SCL-27: a short psychometric screening instrument for chronic pain patients. European Journal of Pain, 5(2), 187-187

Islam, M. S, Sujan, M. S. H., Tasnim, R., Zannatul Ferdous. M., Hossain Bhuiyan Masud. J, Kundu, S., et al. (2020) Problematic internet use among young and adult population in Bangladesh: Correlates with lifestyle and online activities during the COVID-19 pandemic. Addictive Behavioral Reports. doi: 10.1016/j.abrep.2020.100311

Kuzucu, Y., Sariot Ertürk, Ö., □im□ek, Ö. F., & Gökda□, □. (2020). Cognitive distortions and problematic Internet use connection: Examining the mediator roles of loneliness and social anxiety by partialling out the effects of social desirability. Journal of Evidence-Based Psychotherapies, 20(1), 51-76.

Servidio, R., Bartolo, M. G., Palermiti, A. L., & Costabile, A. (2021). Fear of COVID-19, depression, anxiety, and their association with Internet addiction disorder in a sample of Italian students. Journal of Affective Disorders Reports, 4. doi: 10.1016/j.jadr.2021.100097.

Stover, J. B. & Tisocco, F. (2020). Generalized Problematic Internet Use Scale 2: Estudios psicométricos en adultos de Buenos Aires. En Facultad de Psicología (Eds). Memorias del XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación y XVI Encuentro de Investigadores del Mercosur. Tomo 4. (p. 52). Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA

EL AISLAMIENTO SOCIAL DE ADULTOS MAYORES EN EL MARCO DEL COVID-19. SUS RECURSOS EMOCIONALES PARA LA SALUD MENTAL

Fabio Salas [A], Karina Diaz [B]

Introducción

La pandemia causada por el covid 19, representa un gran desafío para la salud mental. Son múltiples las alteraciones psicológicas asociadas al aislamiento social, que afectan la vida de los adultos mayores, puesto que se añaden factores que van desde, el deterioro marcado de la funcionalidad, insomnio, ansiedad, depresión, angustia, que tiene efecto sobre su salud, física y mental, y su bienestar. Dada esta situación es necesario que los profesionales de la salud intervengan desarrollando estrategias viables para reducir el impacto psicológico en la población afectada.

En primer lugar, se realiza una introducción teórica a los conceptos centrales: desarrollo humano, aislamiento social, soledad, procesos emocionales, salud mental, emociones asociadas al envejecimiento, Inteligencia Emocional.

Posteriormente se explica la metodología empleada, desde el enfoque cualitativo con el cual se aborda este trabajo, y el análisis e integración teórica en función de las entrevistas realizadas.

Marco de referencias teóricas

Los adultos mayores se encuentran entre los grupos más vulnerables durante la pandemia de Covid-19 y también entre los más segregados. Incluso se han realizado campañas dirigidas específicamente a estimular la discriminación de los ancianos a través de la elaboración de memes llegándose a sugerir, explícitamente, que la vida de un adulto mayor vale menos que la de un joven. El sentimiento de soledad surge en los casos en que el aislamiento social es impuesto desde el exterior, obligando a la persona a vivir/estar sola en contra de sus deseos; pero cuando el aislamiento social es algo voluntario no se manifiesta un sentimiento de soledad (Castro Blanco, 2010).

El aislamiento social se define como "la falta de contacto e interacción con otras personas y es un problema que pone en riesgo la integridad física y mental del adulto mayor" (*House*, 2001, citado en Martínez Rebollar et al., 2015, p.181-191). El aislamiento social en adultos mayores es un asunto trascendental, no sólo por su prevalencia, sino porque además afecta la salud y el bienestar de los individuos, debido a su relación con una etapa de la vida asociable a pérdidas sociales y a su influencia en la salud mental de las personas mayores. Al mismo tiempo, constituyen el principal grupo de riesgo al tener una sintomatología más grave y una letalidad mucho más alta.

El mundo de los adultos mayores sufre grandes transformaciones como universo cambiante y en el que con frecuencia se dan situaciones donde la familia, o seres queridos, no siempre son un apoyo. En ocasiones, el aislamiento en personas mayores se ha convertido en un blindaje ante las trabas que el individuo va encontrando a lo largo de su trayectoria vital y en el que interviene de forma accesoria procesos tales como la pérdida de la pareja, el duelo, las transformaciones de tipo físico y económico, tan difíciles de superar (Fernández y Ponce de León, 2011).

Estudios recientes confirman que el efecto del confinamiento en los adultos mayores, durante la pandemia de Covid-19 ha conllevado a un profundo deterioro de la salud mental en estas personas. En algunos estudios se reporta la existencia de miedo recurrente a la muerte, miedo a la separación de la familia, insomnio, pesadillas, síntomas de ansiedad generalizada, síntomas depresivos, aparición de sintomatología obsesiva (lavarse las manos y el aseo frecuente de objetos de uso personal), síntomas de estrés postraumático.

[A] *Profesor y Licenciado en Psicologia. Doctor en Psicologia. Universidad Nacional de San Luis. Investigador categorizado. Universidad Nacional de San Luis. Ciudad de San Luis, San Luis. Argentina. salasfg@yahoo.com.ar*

[B] *Estudiante de Licenciatura en Psicologia. Universidad Nacional de San Luis. Ciudad de San Luis. San Luis. Argentina. mdlamodon@gmail.com*

De igual forma que el temor y la ansiedad, se ha documentado ampliamente que la tristeza y la depresión son de las emociones más frecuentes y propias de la vejez. Al respecto se argumenta que los adultos mayores se sienten tristes a causa de las distintas pérdidas que se presentan al entrar en esta etapa, como son: la pérdida del trabajo a consecuencia de la edad de jubilación, con ello, las personas mayores van perdiendo las relaciones establecidas en el mismo.

La tristeza muchas veces se confunde con la depresión, pero es la tristeza la que predomina cuando se sufre una pérdida importante. El significado personal de la tristeza por la pérdida puede variar de persona a persona. El tipo de pérdidas en la vejez van desde la pérdida de la salud, a la pérdida de los seres queridos o bien la pérdida de un estatus o posición social que otorga identidad (Lazarus, 2000).

Objetivo General

Conocer aspectos y procesos emocionales emergentes en el contexto de pandemia causado por el covid-19 en adultos mayores que viven solos en la ciudad de La Toma San Luis

Metodología

El trabajo se realizó desde un enfoque cualitativo en donde se utiliza la recolección de datos, sin medición numérica. Este abordaje permite recolectar y analizar e interpretar la información obtenida acerca de diferentes categorías que presenta dicha problemática, configurando una guía de análisis que nos lleva a un conocimiento más profundo acerca de los procesos emocionales que atraviesa el adulto mayor en el marco del aislamiento social.

La técnica de recolección de datos

En esta investigación se utiliza la entrevista cualitativa semi-estructurada. Este tipo de entrevista está organizada en forma de guía de memoria o ayuda en la que se encuentran los temas o áreas que buscan ser tratados durante la entrevista; complementados con guion de preguntas principales a seguir, el cual permite puntualizar preguntas y respuestas.

Las entrevistas se realizaron a 7 adultos mayores en el domicilio de cada uno, en los días y horarios acordados en la pre-entrevista y duraron entre 45/50 minutos. Todas se realizaron en el comedor, el cual estaba ambientado de manera neutral, pintado de colores claros, sin estímulos distractores, posibilitando una atmósfera favorable que facilitó la entrevista.

Los participantes de la investigación son personas que se encuentran en un rango de edad de 60 años en adelante, de ambos géneros, que viven en la localidad de La Toma, provincia de San Luis y que se encuentran en condiciones de salud biopsicosocial para responder a las preguntas establecidas en la investigación.

Estos adultos mayores viven en la localidad de La Toma, ubicada en el Valle de Conlara, Departamento Coronel Pringles, Provincia de San Luis, cuenta con 7374 habitantes (Indec, 2010). Es una localidad donde sus habitantes se conocen entre sí en la mayoría de los casos. La asistencia sanitaria por parte del sistema de salud hace visitas diarias a los hogares de cada uno de los adultos mayores, brindando no solo asistencia en salud, si no también cierto acompañamiento, tiempo que se aprovecha para descubrir cuáles son las necesidades del adulto mayor, en relación con situaciones que no puede resolver por sí mismos, por ejemplo: hacer las compras de alimentos y medicación.

Procedimiento de administración

El acercamiento con el grupo poblacional se llevó a cabo por medio de los agentes sanitarios que trabajan en la asistencia a adultos mayores (Técnicas/os Superiores en Promoción de la Salud y Agente Sanitario del "Hospital Dr. Osvaldo Ledesma"). Esto permitió ubicar a las personas y contactarlas personalmente para acordar finalidad, modalidad de trabajo y tiempo de la entrevista. También se le solicito el acuerdo bajo consentimiento informado.

Se percibió de entrada cierto monto de ansiedad propio de la primera entrevista, lo que fue disminuyendo a medida que se le iba explicando el procedimiento. Luego de firmar el consentimiento informado se pudo percibir mucho entusiasmo por comenzar la entrevista.

Categorías sobre el tema de estudio

En la presentación de los datos se realiza una propuesta de categorías que permiten orientar la estructura de la información recabada señalando los lineamientos iniciales de los posibles agrupamientos finales sin ser categorías cerradas ni estancas. En un primer análisis las más destacadas serian:

- *El malestar general asociado a dificultades físicas que "aparece" en el contexto de pandemia,* observado en respuestas como: "aparte del dolor de cabeza …bueno por supuesto reuma, como las personas grandes" "soy casi sorda de un oído"; "Pero con estos de la pandemia como que se me vivieron los años encima, como si me hubiera hecho vieja de una sola vez…" "… me empezó a fallar la vista"

-*La soledad,* observada en respuestas como: "me encerré mucho tiempo, estar sola no es muy lindo…no es fácil" "me sentía mal…me sentí sola, porque estaba sola, aislada, no sabíamos nada porque fue de improvisto que nos han encerrado"

-*El miedo,* observado en respuestas como: "en principio fue duro, con mucho temor, porque uno no aprende a afrontar esto"; "te podía tomar esta enfermedad y que te aislaban y te podés ir de este mundo sin poder despedir a la familia (se quiebra su voz)"

-*La tristeza,* observada en respuestas como: "en un momento fue como que me sentí depresiva (su voz se quiebra y sus ojos se llenan de lágrimas…"; "yo sentí así como mucha angustia cuando empezó a pasar esto que no se podía salir"

-*La ansiedad,* observada en respuestas como: "pero esa incertidumbre que angustia muchas veces, el no saber qué va a pasar con nosotros eso genera un mal estar" ; "…y de haber pasado por tanto y ahora tener esta incertidumbre de esta enfermedad tan mala que se ha venido"…

Discusión y conclusión del trabajo

Scheibe y Carstensen (2009) sugieren que, contrario al pensamiento tradicional, a medida que envejecemos, se dan cambios en el repertorio de estrategias emocionales que ponemos en marcha, concretamente a partir de los 60 años. Así, Vasiliki y Louise (2008) han señalado que en la vejez aumentan las dificultades en el reconocimiento de emociones de signo negativo como la tristeza y el miedo. En este sentido, Thomas (2002) ha señalado que, aunque aumenta la dificultad en el reconocimiento, por otro lado, en la vejez disminuye la experimentación de la ira. Sin embargo, (Matthias et al., 2007), han señalado que las personas de tercera edad muestran mejores estrategias de reparación emocional que los adultos.

Por otro lado, (Bucks et al., 2009), analizaron diferentes situaciones interpersonales en población mayor, y pudieron observar como "los adultos mayores se muestran capaces de seleccionar las estrategias más eficientes para resolver los problemas interpersonales, y de adaptar sus estrategias de resolución de problemas a los contextos, utilizando una combinación de estrategias de regulación" (Bucks et al., 2009, pp. 141). Entre sus argumentos, destacan la importancia de la inteligencia emocional en el suministro de los recursos que las personas mayores tienen al enfrentar nuevos retos donde pondrán a prueba su capacidad adaptativa.

A diferencia de estos estudios, en los resultados se observa que estos adultos tienen recursos emocionales limitados. Si bien manifiestan conciencia de emociones como angustia, tristeza, miedo, soledad; presentan escasa respuesta en cuanto al control y/o gestión de estas, lo que implica una falta de estrategias para afrontar el malestar psicológico que genera el distanciamiento social y el contexto de pandemia general.

Referencias bibliográficas

-Bucks, R.S., Garner, M., Tarrant, L., Bradley, B.P. y Mogg, K. (2008). Interpretation of emotionally ambiguous faces in older adults. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 63(6), 337-343
-Castro Blanco, M.P. (2015). El sentimiento de soledad en las personas mayores y su relación con la atribución causal y el afrontamiento. [Tesis Doctoral, Programa de Doctorado de "Salud y Familia]. Universidad de Deusto.
-Fernández, T., y Ponce de León, L. (2011). Trabajo Social con familias. Madrid: Ediciones Académicas.
-Lazarus, R. (2000). Pasión y Razón. La comprensión de nuestras emociones. Buenos Aires: Paidós.
-Martínez Rebollar, A., & Campos Francisco, W. (2015). Correlación entre Actividades de Interacción Social Registradas con Nuevas Tecnologías y el grado de Aislamiento Social en los Adultos Mayores. Revista mexicana de ingeniería biomédica, 36(3), 181-191. https://doi.org/10.17488/RMIB.36.3.4

-Sampieri, R. (2006). Metodología de la investigación. McGraw-Hill. Cuarta edición. 2006.
-Scheibe, S. y Carstensen, L.L. (2009). Emotional Ageing: Recent Findings and Future Trends. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 2, 135-144.
-Thomas, L.V. (1991). La muerte: una lectura cultural. Barcelona: Paidós.
-López-Pérez, Belén y Fernández-Pinto, Irene y Márquez-González, María (2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. Revista Electrónica de Investigación en Psicología de la Educación, 6 (2), 501-522. Recuperado el 8/5/21 de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121924013
Vasiliki, O. y Louise, H. P. (2008). Effects of age and emotional intensity on the recognition of facial emotion. Experimental Aging Research, 34(1), 63-79.

ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE LA PANDEMIA EN CLAVE DEL MALESTAR ACTUAL

Mariana Fariña [A]

Introducción

En esta ocasión surge la idea de reflexionar, abrir algunas preguntas, a partir de algunos conceptos psicoanalíticos, acerca de los efectos de la pandemia en articulación con diversos vectores discursivos que hoy atraviesan el plano social. Y algunos efectos de los mismos en relación a los lazos sociales y al plus de malestar que acarreó. En este punto pensar alguna propuesta/respuesta posible ante ese malestar, que no implique un sostenimiento o reforzamiento del discurso capitalista en su versión neoliberal imperante.

¿Qué efectos produjo el aislamiento en torno a los lazos sociales?

Freud nos dice en el Malestar en la cultura que la relación con los otros es constitutiva del sujeto humano, conlleva una alta cuota de satisfacción, y a la vez es la mayor causa de malestar. Campo, el social en su sentido amplio, de mayor tensión entre la soledad ante la castración y lo colectivo con sus exigencias, limitaciones y satisfacciones. A la vez que el lazo social se presenta como un saber hacer posible con lo imposible, donde se pone en acto el encuentro/desencuentro con el otro. Pero qué ocurrió cuando ese lazo se vio afectado por el aislamiento, la dependencia de la tecnología y lo virtual para "ver" al otro, con la ausencia de la presencia de los cuerpos. A la vez que en otros casos las relaciones de convivencia se vieron forzadas a un "ver al otro" 24 horas por 7 días a la semana. Y en quienes viven solos, la forzada, obligada y eterna soledad entre sus cuatro paredes. En los diferentes casos se dio un forzado encierro con las tecnologías, las redes sociales y los medios de comunicación.

Hemos visto, y acompañado en nuestro trabajo de escucha el aumento del nivel de angustia, desasosiego, malestar, tristeza y desesperación. En otros casos el negacionismo casi llevado al punto de la renegación, con la consiguiente manía. Aunque de estos últimos no me ha tocado tanto escucharlos.

Mientras se transitó y se sigue transitando la pandemia, un trasfondo de duelo se escucha y se atraviesa desde el 20 de marzo del 2020. Duelo por una cotidianeidad, un "mundo" que de un día para otro se vio cercenado y modificado abruptamente por un real inapelable, como se planteó en este mismo ámbito el año pasado.

Duelo que, como tal, lleva y llevó un trabajo de desasimiento, pieza por pieza, de aquello que bien o mal funcionaba en la cotidianeidad de cada cual. Con su satisfacción, sus beneficios secundarios del síntoma, su angustia, malestares.

También es importante considerar la necesidad de tramitar el efecto traumático que la pandemia produjo a nivel social y subjetivo. Con la resignificación y tramitación que demanda en todos los aspectos, las modificaciones de la vida que trajo este acontecimiento.

[A] Psicóloga. Psicoanalista. Hospital J. T. Borda. CABA. Argentina. marianafarina9@gmail.com

Sumado a esto cabe agregar el contexto socio político, nacional e internacional. Hay un constante bombardeo en los medios que alimentan la sensación de catástrofe inminente. Hay un uso con fines políticos y económicos, sostenidos por el neoliberalismo, del malestar que conlleva la pandemia, engordándolo y potenciándolo.

Posible reflexión

El año pasado, en el ciclo de charlas virtuales que se llamó Nosotros en la época, Jorge Alemán planteó uno de los efectos de este discurso neoliberal en el plano de lo subjetivo. Ubicó la estrategia, el movimiento en el cual los mandatos de éxito, individualismo, progreso, etc. se han articulado con la instancia psíquica del superyó. Superyó que actualmente ha tomado la forma de un mandato a gozar en algunos casos muy articulado con los mandatos imposibles, renegatorios de la castración, angustiantes del discurso capitalista actual. Mandato adherido a ideales que se basan en el odio, la pulsión de muerte, al servicio de los intereses de unos pocos que concentran el poder económico.

¿Cómo pensar estos efectos? Lacan nos dice que los discursos son aparatos, modos de tramitar el goce, modos de tramitar ese "penar de más". Cuando plantea el discurso capitalista señala dos puntos que pueden ayudar a conceptualizar qué ocurre. Por un lado, el circuito sin corte, sin interrupción, sin inscripción de lo Real imposible. Por el otro, que lo que caracteriza a este discurso es el renegar de la castración y por consiguiente del amor, en tanto lazo social. Odioamoramiento dice Lacan, recordando que cuanto más grande es el amor más grande es el odio. Punto para dejar señalado en tanto clínicamente nos hemos encontrado con un aumento, en algunos casos excesivo, del afecto del odio. Siguiendo a Freud podemos decir de una desmezcla pulsional, que genera un aumento del malestar. Desmezcla en torno a la que cabe la pregunta acerca de cuánta responsabilidad tiene el manejo propagandístico de los medios de comunicación.

Seguimos siendo sujetos sociales, como nos lo recuerda Freud en Psicología de las masas. Requerimos del lazo al y con el otro, el semejante y las encarnaciones del Otro, en todos los aspectos y tiempos de la vida.

La renegación de la castración lleva a un circuito maníaco que solo produce malestar. Circuito que alimenta el mandato superyoico que obliga a gozar, sin recursos para introducir un corte en él. Corte que abriría la posibilidad de un hacer "creativo" con la castración y no solo y puramente sufriente.

Respecto a lo planteado anteriormente, acerca del discurso actual y sus efectos, se plantea y se repite muchas veces literalmente, verdades presentadas como inquebrantables y absolutas, lecturas unívocas sobre los acontecimientos, cuyo efecto es angustia y malestar, un "no saber hacer" con eso, más que enfilarse tras esas verdades poniendo el cuerpo a ese malestar en la peor soledad.

Posibles propuestas ante ese "no saber hacer"

Aquí resulta interesante retomar el planteo de J. Alemán acerca de la soledad: común, para diferenciarla de la que nombraba recién como "peor soledad".

Soledad común se refiere a ese punto común que articula con el "no hay" en una triple dimensión, no hay relación sexual, no hay metalenguaje, no hay Otro del Otro (no hay garantías últimas ni absolutas). Puntos de articulación topológica de lo real imposible, del que todos y cada uno estamos hechos. Es a partir de estos "no hay" que en el plano de lo singular, pero también de lo social, se puede hacer algo con ese real imposible que no sea retroalimentar el puro goce y malestar.

Punto donde se articula el discurso analítico en respuesta (en sentido histórico) al capitalista. En su origen apoyado, hoy más aún, en el discurso de la ciencia. Respuesta la del discurso analítico que incluye sostener una posición abierta, interrogativa, causante y motorizadora de un saber-hacer en dirección a un "penar de menos", parafraseando a Lacan en tanto nos recuerda que lo que autoriza al analista a meterse hasta el hueso es ese penar de más con el que cada cual llega a consultar un analista.

Penar de más que se anuda y engarza con el punto más perverso de la versión actual del discurso capitalista, por ejemplo, en la referencia que hacía en torno al superyó.

J. Alemán (59) agrega que la civilización capitalista no se sostiene "sólo por una opresión violenta y externa sino también por la complicidad (agregaría inconciente) del sujeto en su respuesta fantasmática e ideológica a esos distintos no hay."

Esto enlaza lo dicho en tanto es vía el superyó de cada uno con lo que se argumenta el mandato a gozar y el "no querer saber nada de eso" que caracteriza la respuesta ante esos 3 "no hay".

El psicoanálisis nos recuerda y nos hace experimentar en la carne (cuerpo como articulador R-I-S) que lo real imposible, el objeto a causa del deseo es el hueso vacío que sostiene nuestra existencia. Hueso que mantiene una apertura y por lo tanto un movimiento en el cual se abre la posibilidad de hacer con él, de un modo benéfico.

La complicidad se sustenta en el hecho estructural que articulan tanto Freud como Lacan en torno al no querer saber nada de la castración. Punto de empalme con las ofertas de mercado que se venden como completas, como LA solución a todos los problemas. Este punto de empalme es inteligentemente utilizado por el discurso capitalista que digiere e incorpora toda diferencia, toda propuesta de apertura, vendiendo la llave que cierra.

Pero esa apertura, muchas veces presentada por la angustia, la inhibición y el síntoma que siempre siempre insisten, es también apertura a otra respuesta ante lo que no cierra. Allí surge el psicoanálisis y el arte cuando enlaza con su aspecto sublimatorio, y no puramente comercial.

Freud define la sublimación como una satisfacción pulsional sin satisfacción directa, sexual. Lacan plantea la sublimación como un modo de elevar el objeto a la dignidad de la cosa, un modo de tratar lo Real mediante lo Simbólico. También se refiere al psicoanálisis como un modo de tratar lo Real mediante lo Simbólico.

Pregunto, ¿cuánto del trabajo del discurso analítico, del recorrido de un análisis no implica este aspecto sublimatorio?

Lacan ubica que el lugar del semblante de objeto a en el discurso analítico se sostiene y se determina desde el lugar de la verdad. Verdad que nos recuerda con su aforismo "yo, la verdad hablo", verdad no toda dicha, siempre por venir, nunca completa ni completable. A la vez que se hace presente y sacude, pero siempre no-toda, abriendo.

Enorme diferencia en torno de la verdad entre estos dos discursos a los que nos venimos refiriendo, por un lado, una verdad absoluta, cerrada, petrificada y petrificante, que a nivel del ser hablante lo deja en su soledad más pura, absoluta de pura angustia. Por otro lado, la verdad en tanto efecto, apertura y cierre del inconciente, verdad en tanto no toda soporte de un saber inconciente con el cual se produce un saber hacer en el análisis. Verdad no toda que habilita un lazo social "sublimante" que tramita el malestar estructural de esos "no hay", de esa soledad común.

Punto al cual también puede responderse rápidamente, desde el sostener sistemáticamente el "no querer saber nada de eso" (la castración, de esos tres "no hay" que hacíamos referencia), encontrando LA solución, el tapón que en general está a la venta, pero que nunca termina funcionando, siempre es fallido. El psicoanálisis nos propone otro hacer con eso que falla, con ese saber y con esa verdad que se abre camino en cada síntoma, sueño o pesadilla, en la angustia misma.

La diferencia está en la respuesta ante el encuentro que falla. El discurso capitalista actual nos vende infinitas respuestas a "medida del consumidor", lo que no nos dice es que quien queda consumido es quien se presta a esa lógica discursiva. Efectos que hoy vemos y escuchamos. Efectos que llevan a muchos a consultar con un analista, a acercarse a los servicios de atención psicológica de los hospitales e instituciones. Efectos que reproducen y engordan el malestar en tanto no se le da otro estatuto a eso que falla, a esa verdad que insiste por ser dicha y escuchada a la vez que es no toda dicha, y a la vez que no se quiere saber nada de ella.

Efectos que, si se disponen a alojar esta verdad, esos tres "no hay" tal vez abren el camino no solo a un penar de menos, sino a un saber hacer con cierto efecto creativo, disponiendo a lo nuevo y al encuentro con el azar de un modo más amable. La posibilidad de un hacer diferente con esa articulación discursivo- pulsional. Empuje pulsional que el análisis y el arte proponen orientar hacia una apertura que reste malestar y permita lazos sociales posibles, no totales ni per-

fectos, que abran a una satisfacción posible a diferencia de una frustración absoluta ante el fracaso de LA felicidad comprada a medida.

Quisiera cerrar con algunas palabras de A. Pizarnik quien ha sabido transmitirnos de la relación con esos tres "no hay" de un modo bello, contundente, haciéndonos sentir esa verdad que abre, que abre con un efecto de corte. También nos dice de la capacidad sublimatoria y su efecto de satisfacción:

"No puedo hablar con mi voz, sino con mis voces"..."Y he sabido donde se aposenta aquello tan otro que es yo" ... "las fuerzas del lenguaje son las damas solitarias, desoladas, que cantan a través de mi voz, que escucho a lo lejos..."

"Lo que se ve, lo que se va, es indecible."

"O viejo Sigmund Freud, la ciencia psicoanalítica se olvidó la llave en algún lado: abrir se abre, pero ¿Cómo cerrar la herida?" Tal vez Sigmund respondería: no cierra, pero esa "herida" labora, produce, causa.

Y Pizarnik respondería: "El hombre está herido por una desgarradura que tal vez, o seguramente, le ha causado la vida."

A lo que el psicoanálisis podría responderle: Con esa desgarradura hay mucho por saber-hacer aún.

BIBLIOGRAFÍA

Freud, Sigmund. El malestar en la cultura.
Psicología de las masas y análisis del yo
Inhibición, síntoma y angustia.
Lacan, Jacques. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis
El reverso del psicoanálisis
Aún
De otro al otro
Alemán, Jorge. Soledad común
Capitalismo
Pizarnik, Alejandra. Obras completas

LA IRRUPCIÓN DE UN GOCE DESREGULADO COMO RESPUESTA AL TRAUMA ASOCIADO A LA PANDEMIA DEL COVID 19

Liliana Szapiro [A]

De los aportes desde el psicoanálisis de orientación lacaniana a la clínica de los fenómenos psicosomáticos (FPS)

Antes de comenzar nuestra reflexión acerca de la emergencia de casos caracterizados por la irrupción de un goce desregulado como consecuencia de la pandemia, vamos a tratar de puntuar algunas cuestiones que hemos desarrollado en el marco de la investigación Ubacyt (2001/2021) acerca del tema de los aportes del psicoanálisis a la clínica de la psicoaomática y de las crisis de pánico.(a)

Las principales hipótesis de la Investigación son las siguientes:

a) Que en los sujetos que padecen FPS el Nombre del Padre ha sido inscripto, pero no opera en su dimensión simbólica.
b) Que es posible modificar el anudamiento precario de la estructura que se manifiesta por medio de la afección psicosomática por un anudamiento en que se ponga en juego el Nom-

[A] Psicoanalista. Profesora UBA. Dra. en psicología. Directora Proyectos Ubacyt y Ubanex. UBA. Ubacyt. EOL. AMP. Proyecto Asistir. CABA. Argentina. lilianaszapiro@yahoo.com

bre del Padre a partir de la operación que Lacan llama nominación, posibilitando el anudamiento de la estructura por el sínthoma, anudamiento que, podemos decir, es más estable.

c) Que una dirección de la cura orientada hacia el anudamiento de la estructura por el sínthoma propicia una nueva regulación de goce que tiene como una de sus consecuencias que el fenómeno psicosomático ceda "por añadidura".
d) Que en los sujetos que padecen FPS hay una escritura fantasmática lábil por el fracaso del fantasma en dar un marco al goce.
e) Que ante coyunturas que provocan en el sujeto una conmoción fantasmática, se produce la irrupción de la lesión.
f) Que la irrupción del FPS está articulada a cierto "des amalgamiento" de las pulsiones de vida y de muerte.

Ideas directrices

Las hipótesis arriba desarrolladas están articuladas a nuestra Idea Directriz que está vinculada a los desarrollos de J. Lacan en relación a la posibilidad de "suplencia" o "reparación" de las fallas del nudo de tres a partir del "sinthome", desarrollada por primera vez en su enseñanza en las clases del 10 y el 17 de febrero de 1976 b) de su Seminario a propósito del caso del escritor James Joyce de quien nos dice "que su caso responde a un modo de suplir un des anudamiento del nudo". Debemos recordar que Lacan nos dice que el Nombre del Padre es el anudamiento mismo en el nudo de tres. De esta posibilidad de "suplir" las fallas en el nudo por el Sinthome es de lo cual nosotros extraemos consecuencias clínicas de las cuales venimos dando cuenta en nuestra Investigación Ubacyt desde el año 2001.

Puntos en común entre los casos

El padecer de una afección psicosomática no da cuenta de una estructura psíquica. Pese a esto, a partir del trabajo de Investigación que hemos realizado en relación al tema hemos podido ubicar entre otras, las siguientes cuestiones:

De la escritura del Nombre del Padre

Planteamos que en los casos de sujetos que padecen fenómenos psicosomáticos, el Nombre del Padre ha sido afirmado, pero opera precariamente en su dimensión simbólica.

Del desencadenamiento

En la mayoría de los casos analizados, ante coyunturas que provocan en el sujeto una conmoción fantasmática, en lugar de responder este, a partir de un síntoma o una inhibición, se produce la irrupción de la lesión, el desencadenamiento de un goce no acotado, del cual testimonia la dolencia corporal. Esto está articulado al fracaso del fantasma en dar un marco al goce. En estos casos, se manifiesta una dificultad en procesar situaciones que evocan su fantasma, estas devienen, por lo tanto, traumáticas y frente a ellas se desencadena la enfermedad. Esto nos condujo a pensar en una labilidad de la estructuración fantasmática. En gran número de los casos, se trata de una estructura donde el fantasma falla en su eficacia de regulación del goce. La labilidad fantasmática da cuenta de un goce acotado precariamente por un singular fracaso de la escritura del Nombre del Padre. Si el Nombre del Padre ha sido afirmado, pero no opera eficazmente anudando la estructura pensamos que nos podemos encontrar con la irrupción, en el momento en que el sujeto se enfrenta con el deseo del Otro, de un goce no acotado que se testimonia en la dolencia corporal. En estos casos el sujeto no puede responder ante la emergencia del deseo del Otro con su fantasma. No puede velar lo real con su fantasma. Así, la emergencia del Deseo del Otro deviene traumática (siguiendo el planteo freudiano en relación al trauma, de "Más Allá del principio del Placer" c), se produce una irrupción de un goce no acotado y se desencadena la enfermedad. Se trata, siguiendo a Freud, de propiciar una distribución diferente del mismo. Cabe destacar que, en muchos casos, pudimos constatar que la irrupción del fenómeno se produjo en situaciones de pérdidas significativas para el sujeto. En otros, se pudo ubicar una relación entre la aparición del FPS y la asunción de responsabilidades que ubicaban a los sujetos en un lugar paterno. Y, por su-

puesto, frente a la emergencia de ese real sin ley asociado a la pandemia del coronavirus, los sujetos no pudieron velar ese real con el fantasma y se produjo la irrupción del FPS.

Del goce

Planteamos que cuando Lacan nos dice que en el FPS nos encontramos con un "goce congelado en su fijación" (1975) d) se trata de un goce donde el acotamiento articulado a la falta estructural fracasa. Fracaso del que da cuenta también en estos casos la ferocidad del Superyó. El goce que se vehiculiza en el fantasma está articulado a lo que Lacan articula como un goce "enlatado" (1967) e) por la función fálica. Un goce acotado por la función fálica, por el Nombre del Padre, por la falta. En estos casos en que el fantasma fracasa en dar un marco al goce nos encontramos con un goce "enlatado" precariamente por la función fálica.

De la Dirección de la Cura

Hemos orientado la cura en estos casos en la línea de lo que Lacan llama "reparación" o "suplencia" del anudamiento de la estructura. Se pudo constatar que en los casos de sujetos que padecen FPS el Nombre del Padre había sido afirmado, pero fallaba con relación al anudamiento de la estructura. Pudimos ubicar el Nombre del Padre en el discurso. La Dirección de la Cura se orientó a la "reparación" en su dimensión simbólica del Nombre del Padre, a posibilitar -a partir de propiciar la operación de nominación simbólica- que el Nombre del Padre operara. El orientar la Dirección de la Cura en relación a una reparación o suplencia de la función paterna propició un nuevo anudamiento de la estructura. Este nuevo anudamiento de la estructura del sujeto tuvo como consecuencia una regulación de goce diferente. Esta nueva regulación de goce tuvo como uno de sus efectos el descongelamiento de ese "goce específico en su fijación" d) del cual nos habla Lacan, y, por ende, el FPS cedió. Es decir, el FPS cedió "por añadidura" a partir de esa nueva distribución del goce que se produjo como efecto de la cura. Así, en los casos analizados la cesión del FPS ha sido coincidente con un cambio de posición subjetiva que en la mayoría de los casos estuvo articulada a una caída de una identificación imaginaria. Identificación imaginaria asociada a una modalidad de goce que daba cuenta de un "penar de más". Identificación imaginaria articulada a un sentido que venía del Otro, que daba cuenta de la alienación del sujeto al Discurso del Otro.

La irrupción de un goce desregulado como respuesta al trauma asociado a la pandemia del Covid 19.

Podemos decir que la pandemia tiene características traumáticas. No estamos frente a una guerra, ni a un accidente, ni a un choque, pero sí frente a lo que apareció como una amenaza a la vida. Nos encontramos de manera sorpresiva, desvalidos frente a un virus que la mayoría no habíamos soñado que enfrentaríamos, esas eran historias del pasado: la peste bubónica, la fiebre amarilla, la gripe española, el virus de la polio… Desvalidos también frente a la catástrofe económica que ya está teniendo lugar.

Recurrimos a Freud que nos ilumina con sus desarrollos en "Más allá del principio del placer" c) en que nos plantea que "Llamamos traumáticas a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección anti estímulo. Un suceso como el trauma externo provocará sin ninguna duda una perturbación enorme en la economía energética del organismo y pondrá en acción todos los medios de defensa (…) de suerte que el resultado es una extensa parálisis o rebajamiento de cualquier otra operación psíquica". Lo traumático está caracterizado, por otra parte, por la falta de apronte angustiado. Lo sorpresivo de un acontecimiento traumático no da tiempo al sujeto a responder con el apronte angustiado.

Desde Lacan queda claro que lo que irrumpió en esta contingencia sorpresiva, fue ese real sin ley, que cada sujeto luego del "terror" inicial ha estado intentando velar a su manera con su fantasma. En algunos casos esto ha sido exitoso, en otros no tanto y la angustia ha surgido entonces como señal indubitable de ese real.

En muchos sujetos, la respuesta frente a ese real que emergió de manera sorpresiva fue la irrupción de un goce desregulado que se testimonió en fenómenos psicosomáticos, ya que tal

como anticipamos en la síntesis que antes hicimos sobre nuestra investigación, en los sujetos que padecen FPS el fantasma fracasa en dar un velo a lo real.

Así se han multiplicado las consultas de sujetos que padecen lo que se denomina desde el psicoanálisis FPS y la angustia aquí se manifestó desplazada con relación a ese fenómeno que irrumpió de pronto en su cuerpo.

Por otra parte, muchos de los FPS objeto de nuestra investigación, fueron catalogados por los epidemiólogos como "co morbilidades" que vuelven más riesgosa la exposición al virus. Así, desde la medicina se afirma que en el caso de enfermar con COVID 19 la evolución de la enfermedad tiene más probabilidades de ser grave e incluso conducir a la muerte en los sujetos que padecen FPS tales como hipertensión (que muchas veces es la manifestación de una enfermedad autoinmune), diabetes, fibrosis pulmonar, etc.

Al comienzo de la pandemia no se tenía claro cuánto incidía el padecer de los FPS que antes mencionamos en la gravedad de la evolución del Covid en los sujetos infectados por el virus, lo cual aumentaba la incertidumbre y la angustia en los sujetos frente a la posibilidad de padecer complicaciones pulmonares y/o enfrentarse a morir en soledad. Los medios periodísticos no cesaron de insistir con noticias alarmantes respecto a esas "comorbilidades". Esto tuvo efectos que muchas veces potenciaron y agravaron los fenómenos psicosomáticos.

Por lo tanto, muchas consultas se refirieron al agravamiento de los FPS, en los casos en que eran considerados como "comorbilidades" y la angustia frente al desamparo fue y sigue siendo muy intensa paralizando al sujeto y desencadenando crisis de pánico asociadas a la posibilidad de morir. Así, en el marco de nuestra investigación en estos tiempos de pandemia, hemos abordado muchos casos de irrupción de diabetes y de agravamiento de esta dolencia.

Por otra parte, la Dra. Susana Campeni, una de las médicas que integra nuestro Equipo, nos ha advertido del aumento de las consultas por pubertad precoz, fenómeno que no está asociado a ninguna determinación orgánica y que es considerado como de causa desconocida. Creemos que podemos considerar este fenómeno como una respuesta desregulada frente al trauma, que precipita un cambio en la distribución del goce corporal. Nos interesa mucho continuar investigando desde el psicoanálisis este fenómeno.

La respuesta asociada a la irrupción de un goce desregulado por el fracaso del fantasma en velar lo real, se ha manifestado también en la multiplicidad de las consultas relativas al desencadenamiento de anorexias y bulimias, así como también a la ingesta desmedida de alimentos que han tenido como efecto un aumento del peso corporal en muchos sujetos con el consecuente malestar subjetivo.

Ya más avanzada la pandemia, el desamparo no solo estuvo asociado a la posibilidad de contraer el virus, a enfermar gravemente y a morir ya sea por el virus o por las complicaciones posteriores a haberlo padecido, sino a la pérdida repentina de seres queridos. Se multiplicaron las consultas por manifestaciones corporales ligadas a la irrupción de un goce desregulado, que sorprendía al sujeto por no poderlo controlar. Podemos considerar la irrupción de ese goce como una respuesta frente al enfrentamiento traumático con lo real de la muerte. Real que el fantasma también aquí fracasa en velar. Las manifestaciones de este goce desregulado que invade el cuerpo y que el sujeto no puede "controlar" la consideramos compatible con la sintomatología de lo que la psiquiatría denomina "crisis de pánico" que es también objeto de nuestra investigación en los últimos seis años[1].

1 *En los últimos seis años las crisis de pánico han sido también objeto de nuestra investigación, así en el Proyecto Ubacyt de la Convocatoria 2017 "NUEVOS APORTES DEL PSICOANÁLISIS A LA CLINICA DE LAS DOLENCIAS PSICOSOMÁTICAS. PUNTOS DE CONVERGENCIA Y DE DIVERGENCIA CON RELACIÓN A LA DIRECCIÓN DE LA CURA DE LOS SUJETOS QUE PADECEN FPS Y LOS SUJETOS QUE PADECEN 'ATAQUES DE PÁNICO'" hemos abordado la cuestión, así como en el marco de Proyecto Ubacyt de la Convocatoria 2020 "NUEVAS APORTACIONES DESDE EL PSICOANÁLISIS A LA CLÍNICA DE LOS SUJETOS QUE PADECEN FENÓMENOS PSICOSOMÁTICOS Y 'ATAQUES DE PÁNICO'. ESTUDIOS COMPARATIVOS.".*

Muchos de los sujetos que nos han consultado han padecido muertes repentinas de amigos, hermanos, maridos, compañeras, etc. Seres queridos de quienes no pudieron despedirse. Seres queridos a quienes no pudieron velar ni enterrar siguiendo los ritos fúnebres.

Si la muerte de quien amamos es siempre un acontecimiento traumático, el no poder despedirlo ni enterrarlo siguiendo los ritos fúnebres, tiene como efecto una grave dificultad de procesar simbólicamente ese fallecimiento. La imposibilidad de poner un velo al dolor de la pérdida.

Lo real del trauma se manifiesta sin recubrimiento alguno y el sujeto doliente queda en suspenso, la palabra bloqueada y aparece el pánico como única respuesta. Se produce la emergencia de un goce que invade el cuerpo sorpresivo y des reguladamente. También se manifiesta un intenso temor a morir.

Conclusiones

Si recordamos el planteo de Lacan (1945) f) acerca de los tiempos para pensar no solo la práctica analítica sino también la lógica de una colectividad, a saber: tiempo de ver, tiempo de comprender y tiempo de concluir pensamos que respecto de los efectos subjetivos del trauma asociado a la pandemia del Covid 19, todavía estamos en un tiempo de ver, ya que consideramos que es muy probable que más adelante comiencen a manifestarse otras respuestas subjetivas al trauma, entre ellas seguramente las asociadas al aumento de manifestaciones de dolencias del sistema inmune de las personas. Cuestión que pensamos como relativa a la emergencia de la pulsión de muerte.

Apostamos a que en breve podamos llegar al momento de concluir.

Referencias

A 1 Szapiro L., Elementos para una teoría y clínica lacaniana del FPS. Grama Ediciones. Buenos Aires 2008

a 2 Szapiro L., Aportes del Psicoanálisis a la clínica de los fenómenos psicosomáticos. Anuario de Investigaciones, vol. XXII, 2015, pp. 195-205 Universidad de Buenos Aires

b) Lacan J., Libro XXIII de su Seminario Paidós. Buenos Aires 2015

c) Freud, S. (1920-1967h). Más allá del principio del placer. En Obras Completas. Tomo III (pp. 2507-2542). Madrid. Editorial Biblioteca Nueva.

d) Lacan, J. (1075 -1988) "Conferencia en Ginebra sobre el Síntoma" en Intervenciones y textos 2 (pp. 115-144). Buenos Aires: Manantial.

e) Lacan, J. (1966/1967). El Seminario de J. Lacan. Libro XIV: La Lógica del fantasma. Material inédito.

f) Lacan J, (1945- 2007) El tiempo lógico y el aserto de la certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. Escritos 1. Siglo XXI Editores. Buenos Aires 2007

ATENCIÓN PSICOLÓGICA VIRTUAL: APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA

Xabier Imaz [A]

Introducción

La experiencia de la actual pandemia, sin duda, es traumática, pero constituye también na oportunidad de la que se puede aprender. Es una situación que implicó un importante trastocamiento de lo cotidiano y que en la práctica profesional hizo que fuera necesario implementar nuevas herramientas, como las consultas virtuales, que pasaron a ser la casi exclusiva forma de trabajo con la mayoría de los pacientes. Este ejercicio intensivo de lo virtual implicó una adaptación importante a esta forma de trabajo, y nos ofrece la posibilidad de descubrir sus limitaciones, sus

[A] Psicologo. Facultad de Psicología - UBA, Escuela de Especialización Colegio de Psicólogos Pcia. Bs.As. Distrito XIV. Morón, Buenos Aires. Argentina. xabierimaz@gmail.com

ventajas, y sobre todo nos permite pensar en cómo desplegar todo el potencial de este dispositivo de atención.

Entre las características de estas sesiones virtuales pueden destacarse algunas cuestiones transferenciales y fuertes modificaciones del encuadre, en gran medida por razones de fuerza mayor, en tanto muchos pacientes no suelen contar con las condiciones ideales como para reproducir el espacio de privacidad y el entorno controlado propio del consultorio. Otra característica sería cierta transformación en la modalidad comunicacional, donde, al parecer, se han ido deslizando algunas de las prácticas y costumbres propias de las redes sociales, transformando, así, parte de su encuadre.

Transferencia y Encuadre

Si algo parece ser distinto en las sesiones online es el vínculo con el analista y la modalidad transferencial. En tanto muchos tratamientos se han iniciado en modo virtual, esto no solo implica un cambio de encuadre habitual, sino que de algún modo parece tener algún efecto sobre la instalación de la transferencia.

Los ámbitos en que se desarrolla la sesión del paciente pueden ser absolutamente diversos. Por ejemplo, en su búsqueda de lograr cierta privacidad, puede realizar su sesión en una plaza, en el jardín o en el auto. Algunos lo hacer en su habitación, otros pueden elegir la cocina, el garaje o el lavadero. Incluso, algún paciente ha llegado a subirse a la terraza de su casa y sentarse junto al tanque de agua para poder hablar tranquilo. Todo esto mostraría, por un lado, una importante necesidad de privacidad y por otro, las carencias de espacios adecuados por parte de muchos pacientes, que tienden a ser mayores cuanto más deficitaria es su situación habitacional.

En este sentido quienes venimos trabajando en psicología del deporte, necesariamente hemos tenido que desarrollar cierta plasticidad, cierta adaptabilidad, porque, por ejemplo, muchas veces las charlas con los atletas pueden llegar a desarrollarse también en lugares extraños, como tribunas, amarras, muelles, bares, gimnasios, lobbies de hotel, incluso en micros y aviones. Se termina aplicando una lógica que podría expresarse como: !Solo busquemos algún lugar donde podamos charlar tranquilos". Lo importante, en principio es generar ese espacio para la sesión, crearlo donde sea posible. Aún así, a veces, algunas de las mejores intervenciones pueden suceder en estos lugares poco convencionales. Podría decirse que la pandemia nos ha encontrado a los psicólogos deportivos medianamente entrenados en cuanto a la plasticidad respecto al encuadre.

Por otra parte, los atletas, al igual que los músicos y artistas, son personas especiales, hablan de otra manera y tienen universos simbólicos y vivenciales muy propios. Donde parece ser necesario poder entender sus particularidades para poder trabajar mejor con ellos. Incluso podría decirse que sus demandas y el vínculo que establecen también serían algo distintos. Este también sería un entrenamiento propio de la psicología del deporte que puede resultar de utilidad en épocas de pandemia, dado que, por ejemplo, entre los múltiples efectos que ha producido, puede encontrarse que muchos de los pacientes que solicitan tratamiento, son pacientes que en otras condiciones muy posiblemente no hubiesen consultado. Algunos lo hacen porque sufren situaciones de duelo por la muerte de personas cercanas por Covid-19. Otros porque por primera vez en sus vidas padecen crisis de ansiedad de gran intensidad sin explicación aparente. Muchos de ellos podrían ser descriptos como "no analizables". Son pacientes que pueden iniciar su consulta diciendo: "Yo no creo en la psicología" o "Nunca pensé en hacer terapia". Serían pacientes que, tal como los deportistas, presentan demandas y características propias que requieren un trabajo muy específico.

Entre estas novedades desconcertantes puede encontrarse que algunos pacientes nos hacen recorridos mostrando su casa, sus lugares preferidos, mostrando dónde trabajan ahora, mostrando cómo viven. La sesión ya no se compone solo de aquello que el paciente dice, se incorpora la dimensión de aquello que el paciente muestra. A veces parecen llevados por un impulso de mostrar, quizás como parte de la transferencia, pero también lo visual como un canal de expresión, en una era audiovisual, las sesiones parecen ser formateadas como campos de expresión multimedial.

Envián fotos, música, audios y tramos de diálogos escritos. Los tratamientos progresivamente van adquiriendo una modalidad multiplataformas. Nuevos códigos comunicacionales invaden aquel diseño puramente verbal propio de las sesiones de diván. Ahora el tiempo se hace más veloz y todos los canales sirven para expresarse y producir subjetividad. Este proceso, que ya estaba avanzando progresivamente, parece haberse acelerado, aún más, con la tecnología que incorporan las sesiones virtuales.

Por otra parte, mirando el lado más vincular, podría pensarse que el paciente incluya al terapeuta en su mundo multimedial, sería en realidad todo un modo de establecer transferencia, ya que reproduce la forma en que establece sus vínculos emocionales actualmente. Sería un indicador de familiaridad, de confianza. Comienza a vincularse con el terapeuta tal como lo hace con las personas significativas de sus vidas. Es toda una transferencia positiva estas recorridas multimedia por su realidad. De algún modo estos pacientes van presentando aspectos de sus vidas, sus miedos y sus ilusiones, tal como ellos las viven, sin traducciones, podría decirse que lo hacen en "su idioma original". Esto que sería casi un cambio de paradigma que requiere toda una adaptación en el modo de trabajo con estas formas expresivas múltiples.

La otra cuestión sería pensar qué se sostiene del encuadre tradicional en este dispositivo, porque dará la impresión de que se tiende a establecer un encuadre tan flexible que parece no existir. Sin embargo, hay algo que habla en el encuadre que va proponiendo el paciente. Por ejemplo, un paciente que había atravesado una cirugía de bypass gástrico y sentía un importante malestar respecto a su imagen corporal, pidió tener las sesiones solo con audio. Así fueron sus dos primeras sesiones, luego aceptó prender su cámara. Puede pensarse que recién pudo hacerlo cuando estableció cierta transferencia. Por otra parte, esta rara excepción mostraría que existe un acuerdo tácito de prender ambos la cámara, este sería, entonces, un encuadre mínimo necesario que tanto el paciente como el psicólogo necesitan y comparten.

Otros dos aspectos del encuadre que operan eficazmente, tanto como lo hacían en atención presencial en el consultorio, serían es el espacio físico donde el terapeuta atiende y su vestimenta. Puede suceder que por cuestiones laborales un paciente solicite cambiar el horario la sesión, si esto implica pasar de la noche con luz artificial a la mañana con luz natural, este cambio le puede producir al paciente la sensación estar siendo atendido en otro lugar, y es probable que pregunte. Lo mismo puede ocurrir si se pasa de usar el celular a utilizar la computadora, una cámara diferente puede generar una imagen diferente y puede darle al paciente una sensación de extrañeza. En estos casos es habitual que el paciente pregunte e incluso manifieste cierta inquietud. Lo mismo sucede si la ropa del terapeuta un día es distinta. Son alteraciones mínimas de aquello a lo que estaban habituados, y sin embargo sus comentarios probablemente se deban a cierta necesidad de contar con un entorno estable y previsible. Resulta curioso que en medio de una pandemia donde la mayoría vivimos y trabajamos en un estado de total excepcionalidad, aún así, muchos pacientes esperan que el entorno del terapeuta se mantengan dentro de lo esperado. Si algo de esto cambia parecen necesitar una explicación que los tranquilice. Todo parecería indicar que el encuadre sigue operando como un elemento tranquilizador, siendo una pieza importante del dispositivo tal como lo teorizaba José Bleger. Quizás incluso sea, aún, más necesario en un entorno de cambios e imprevisibilidad.

En síntesis, dado que se registran otras demandas, otras formas de la transferencia, nuevas modalidades comunicacionales y un nuevo tipo de encuadre, es que podría afirmarse que la atención virtual requeriría ser considerada como un nuevo dispositivo de trabajo. Un espacio de trabajo distinto, que requiere ser pensado en su especificidad, y que requiere un método propio que, aún hoy, estaría en desarrollo.

Posible proyecto de atención virtual en salud publica

En vista de la experiencia que estamos adquiriendo sobre la atención psicológica virtual, sería posible proyectar un plan que mejore las prestaciones en la salud pública.

En este sentido, si bien es probable que la actual pandemia de COVID-19 vaya cediendo, sería

previsible que, aún así, parte de las consultas se sigan realizando en forma remota. Se trataría de una tendencia que se muestra cada vez más firme. Esto puede ser positivo en tanto abre la posibilidad de optar por una modalidad de atención presencial o virtual según las necesidades o posibilidades del paciente, mejorando su acceso a este derecho, sobre todo si se piensa en poblaciones alejadas de los centros de atención.

Este dispositivo, claramente ha ganado espacio en los sistemas de medicina prepaga y de obras sociales. El desafío, entonces, sería pensar en la aplicación de estas herramientas para mejorar el sistema púbico. Donde, si bien hay servicios que ya implementaron la atención virtual como el Sedronar, o en el sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires, la experiencia muestra que para un real acceso deben superarse las dificultades de conexión y de espacios de privacidad que presentan muchos pacientes.

El primer objetivo sería llegar a aquellas localidades alejadas donde se dificulta la atención presencial. Es este tipo de población donde la posibilidad de contar con buenas conexiones de internet les permitira el acceso a muchas posibilidades de salud que en este momento solo se efectivizan si los pacientes se trasladan a los centros de mayor complejidad en las ciudades principales. Por lo tanto, es importante considerar la conectividad como un servicio público que requiere planes gubernamentales que garanticen el acceso al mismo en todo el país.

En cuanto a la necesidad de espacios de privacidad, podría pensarse como propuesta que en todo centro de Atención Primaria de la Salud (APS) se cuente con un consultorio dedicado a la atención virtual. A este consultorio concurriría el paciente de la zona de atención del centro de APS y sería atendido en modo virtual por un profesional que se conectaría desde el centro de referencia de mayor complejidad.

Este dispositivo de atención permitiría a los pacientes de las pequeñas localidades acceder a consultas psicológicas por ejemplo con especialistas en violencia de género, adicciones, adopciones, identidad de género, trastornos del espectro autista, cuidados paliativos, oncología, deterioro cognitivo, fertilidad asistida, trastornos alimentarios, etc. Por otra parte, sería de gran utilidad para el personal de salud, ya que les permitiría realizar interconsultas, ateneos y supervisiones.

En principio el dispositivo incluiría una computadora, con cámara de video y micrófono, un programa de sistema de turnos que organice las consultas y un operador auxiliar para aquellas personas que no manejan estas tecnologías.

La importancia y necesidad de este tipo de dispositivo sería mayor cuanto mayor es el nivel de limitaciones del centro de atención. En la medida que un centro cuenta con menos profesionales, más necesario sería esta solución para la atención a distancia, no solo para las consultas de psicología, sino también para una gran variedad de especialidades médicas. De este modo se lograría brindar a estas poblaciones un mejor nivel de atención, ampliando sus posibilidades de acceso real a su derecho a una salud de calidad, y en definitiva avanzando hacia una sociedad con mayores niveles de equidad.

Bibliografia

Bleger, J. (1967). Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. Buenos Aires. Editorial Paidós. Fernández, A.M. (2013). Jóvenes de vidas grises. Buenos Aires. Nueva Visión.
García Godoy, B. (2014). Producción de conocimiento científico y toma de decisiones en el campo de la política publica. Modelos, tensiones y perspectivas. Revista Debate Publico. Año 4 No 9. noviembre 2014.
Imaz, X. (2014). La preparación del equipo de Kayak Argentino. Juegos Olímpicos de Londres 2012. Psicodeportes – La revista de APDA, agosto 2014, 26-27.
Imaz, X. (2016). Especificidades del trabajo en Psicología del Deporte, en Revista: Redes Y Paradigmas, Fundación PROSAM. Buenos Aires.
Nasio, D. (1996). Como trabaja un psicoanalista. Buenos Aires. Editorial Paidós. Reygadas, L. (2008). La apropiación: Destejiendo las redes de la desigualdad. Rubí Anthropos Editorial. Barcelona.
Sadin, E. (2017). La Humanidad Aumentada, la administración digital del mundo. Buenos Aires. Caja Negra Editora.

TOXICOMANÍAS Y EXCESO PULSIONAL

Gabriela Gasquet [A], Gustavo Saraceno [B], Emilia Paturlanne [C], Verónica Czachurski [D], Hernán Sosa Márquez [E]

Este trabajo se enmarca en la investigación UBACyT 2018-2021 "La urgencia en salud mental en el hospital público en la República Argentina" dirigida por la Dra. en Psicología María Inés Sotelo. Se trata de un estudio descriptivo-interpretativo cuyo objetivo principal es caracterizar la población que consulta en urgencia en salud mental, así como el modo de intervención y resolución de dicha urgencia en diferentes hospitales públicos de la República Argentina. Teniendo en cuenta las consultas recibidas en el hospital público relacionadas al consumo problemático de sustancias, en este artículo nos proponemos explorar ciertas modalidades de consumo que presentan la omnipresencia de un goce deslocalizado que mortifica al sujeto.

Tomaremos referencias del caso M. presentado por Uberto Zuccardi Merli (2008) en el marco de la Conversación Clínica, publicada por Jacques-Alain Miller y otros (2016) bajo el título Desarraigados.

Zuccardi Merli (2008), respecto del caso M., destaca: un "cuerpo habitado por el exceso pulsional" y un "estilo de goce frenético y solitario" (p. 69). El autor se refiere a esta particularidad de la clínica psicoanalítica contemporánea, como "la figura del ser sin respiro" (p.69).

Se trata de un paciente de 25 años de edad que padece de una grave adicción a la cocaína. Su lazo con el campo social se presenta extremadamente complicado a raíz de la intensidad de goce en juego en su síntoma. M. comienza a consumir cocaína a los 16 años. Su mayor problema es la imposibilidad de ponerse un límite. "Traspasar el límite (…) es el núcleo duro de su goce" (Zuccardi Merli, 2008, p. 70).

Sus padres se separan cuando él tenía tres años de edad. M. vive con su madre. Como antecedente a la consulta con el psicoanalista -ofrecida a M. por su madre- se ubica un período de siete meses de internación en una institución terapéutica -también conseguida por su progenitora-. De allí M. decide irse.

La relación entre madre e hijo es muy fuerte, definida por M. como "enfermiza". Zuccardi Merli (2008) lo describe como "muy celoso de su madre" (p.71).

En palabras de dicho autor: "lo trágico de su toxicomanía reside principalmente en la relación incestuosa con su madre" (Zuccardi Merli, 2008, p. 72). La madre lo echa de su casa, lo envía a casa del padre. Pero la mujer del padre no lo quiere allí, por lo tanto la madre lo recibe nuevamente. Un ciclo reiterado del que M. no logra salir. En otra escena de similar estructura, la madre le dirá a M. "no puedo dejar que te vayas" (Zuccardi Merli, 2008, p. 72).

El analista de M. afirma: "Del lado paterno, aparece un rasgo identificatorio que cierra el bucle en lo que concierne a la naturaleza de su goce" (Zuccardi Merli, 2008, p. 73). "Desde mis trece años me llevaba con él a discotecas (…) conversábamos con las chicas, tomábamos un trago y luego nos íbamos" (Zuccardi Merli, 2008, p. 73). Dicho autor comenta: "Se puede advertir la marca del sin límites y la extracción del estilo de goce de su padre" (p.73).

[A] *Psicoanalista. Docente. UBA. Hospital General de Agudos "Dr. José M. Penna". CABA. Argentina. gabiefg@yahoo.com.ar*
[B] *Psicoanalista. Docente. UBA. H.E.S.M. "Dr. Carlos Pereyra". Mendoza, Mendoza. Argentina. licsaraceno@gmail.com*
[C] *Psicoanalista. Docente. UBA. Hospital General de Agudos "Dr. José M. Penna". San Rafael, Mendoza. Argentina. emipaturlanne@hotmail.com*
[D] *Psicoanalista. Hospital en Salud Mental "San Francisco de Asís". Corrientes, Corrientes. Argentina. czachurski.veronica@gmail.com*
[E] *Psicoanalista. Hospital en Salud Mental "San Francisco de Asís". Corrientes, Corrientes. Argentina. hernanesteban2012@gmail.com*

Zuccardi Merli (2008) agrega:

> Encontramos (...) una lógica edípica en la que el padre desarticula la metáfora paterna por el estilo exclusivamente autoerótico de su goce, que excluye a la madre y que fue la causa de su divorcio. El disfuncionamiento de la metáfora deja al hijo pegado a la madre, lo que impide la separación y configura una triangulación en la que la cocaína ocupa el lugar del falo (p. 73).

La ruptura del lazo conlleva a una ruptura con la sexualidad. Christine Le Boulengé (2008), se refiere al uso de la cocaína, en este sujeto, como aquello que le permite sostenerse ante las exigencias que comporta lo sexual. La sustancia funciona como un refuerzo para asumir su virilidad, puesto que solo se acerca a las chicas bajo su efecto.

Fabián Naparstek (2015) en "Nuevos cuerpos, nuevos goces", aporta:

> Uno de los problemas de la actualidad es efectivamente la falta de conexión con el Otro. Y la pregunta es cómo nos la arreglamos en la clínica cuando vienen desenganchados del Otro, que en realidad si vienen ya es una paradoja, porque si están desenganchados del Otro no vienen (p. 6).

La diversificación de nuevas formas de intoxicar-se, deja a la vista la existencia de insospechadas posibilidades de consumo por parte de los sujetos. Inscribiendo así únicos e irreproducibles modos de gozar que se corresponden con la fórmula de lo Uno.

Inés Sotelo (2007) afirma que el consumo resulta una oferta para des-responsabilizar al sujeto. Por consiguiente se presenta a los toxicómanos "como víctimas de una enfermedad que se padece" (p. 144).

Siguiendo a esta autora, entendemos que cada modo de goce, puede ser considerado como una forma de aliviar la angustia producida por el vacío que implica la no escritura a nivel inconsciente de la no relación sexual, dando lugar así a un goce que otorga "consistencia al yo y sutura la división subjetiva" (Sotelo, 2007, p. 144).

En el intento de ubicar algunas coordenadas que permitan pensar la particularidad de estas formas contemporáneas en las que el goce se presenta en las toxicomanías, Éric Laurent (1988) parte de la tesis de ruptura con el goce fálico que Lacan (1975) plantea respecto del uso de las drogas. Laurent señala que tal afirmación compromete la teoría del goce en la enseñanza de Lacan como así también el lugar del padre y su porvenir en la civilización.

Laurent (1988) señala tres consecuencias de la ruptura con el goce fálico, con las que intenta cernir cuál es el goce en juego en las toxicomanías.

En primer lugar, partiendo de las reflexiones que consideran que las toxicomanías no constituyen un síntoma -entendido como una formación de compromiso- es decir, no implican un retorno de lo reprimido, éstas no responden a la estructura de la metáfora. Laurent (1988) las define como formaciones de ruptura con el goce fálico, cuestión que lleva a pensar la relación entre el significante Nombre del Padre y la significación fálica. En el terreno de las psicosis, ambos términos remiten a un agujero. Sin embargo, este autor destaca que en el uso del tóxico puede haber ruptura con el goce fálico sin que haya forclusión del Nombre del Padre; por lo que toxicomanías no es equivalente a psicosis. Se trataría de sujetos en los que el goce -sin resultar un retorno en lo real- no se encuentra mediado por el significante del Nombre del Padre ni articulado al falo.

La segunda consecuencia que destaca Laurent (1988) apunta a una ruptura con el objeto de goce concernido alrededor del fantasma. Dicho autor afirma: "Ruptura con aquello que el fantasma supone objeto de goce en tanto incluye la castración" (p. 19). Es decir, se trata de un goce que se presenta por fuera del fantasma, que no se localiza alrededor de un objeto y que no cuenta con la mediación de la castración.

Finalmente Laurent (1988) señala que el goce en las toxicomanías no es sexual, en el sentido que es incapaz de ser aprehensible en la fragmentación del cuerpo; por lo que se presenta como un goce *uno* (p. 20).

En relación a estas observaciones articulamos el aporte de Massimo Recalcati (2002):

> Los nuevos síntomas parecen definirse (…) a partir de una problemática que afecta directamente a la constitución narcisista del sujeto -en el sentido de que indica un defecto fundamental del mismo- y de unas prácticas de goce que parecen excluir la existencia misma del inconsciente, en el sentido de que ese goce no se inserta en el intercambio con el Otro sexo, sino que se configura como un goce asexuado, producto de la técnica y de la química, fácil de conseguir en el mercado social y vinculado a una práctica pulsional determinada. Este nuevo estatuto del goce, desvinculado del fantasma inconsciente y del Otro sexo, radicalmente autista y en relación con técnicas y prácticas concretas de consumo, es lo que Hugo Freda ha definido como goce uno, precisamente para poner de manifiesto la desconexión entre el sujeto y el Otro que su consumo produce (p.11).

Zuccardi Merli (2008), al referirse a M. alude a la "fijación de un goce no significantizable" alrededor de una escena, "al mismo tiempo marca un rasgo de identificación con el padre, que se torna motor de los excesos toxicómanos" (p. 73).

Esta escena remite el estilo autoerótico del goce del padre de "vivir por encima de sus medios" y se conjuga con las visitas al burdel que mantenía junto con M., lo cual será soporte de la identificación con el padre. Por un lado, está la huella del exceso y a la vez, una orientación para la función fálica de este sujeto en relación a las mujeres.

No muestra mayor interés en las mujeres, a las cuales se dirige sólo cuando está bajo los efectos de la sustancia, tratándose de mujeres cocainómanas o prostitutas. Como señalamos anteriormente, en este detalle clínico Le Boulengé (2008) ubica a la cocaína, en el caso M., como un "recurso para sostener las exigencias de lo sexual" y asumir su posición viril (p. 139).

Ahora bien, Laurent (1988) nos recuerda lo señalado por Lacan acerca de la inadecuación del órgano con el símbolo, siendo la Ley aquello que opera como suplencia para hacer de su goce peneano algo fálico.

En el Seminario XIX, … o peor, Lacan (1971-1972) afirma:

> (...) para acceder al otro sexo hay que pagar realmente el precio, el de la pequeña diferencia, que pasa engañosamente a lo real a través del órgano, debido a lo cual deja de ser tomado por tal, y al mismo tiempo, revela lo que significa ser órgano. Un órgano no es un instrumento más que por mediación de esto, en lo que todo instrumento se funda: que es un significante (p.17).

A la luz de estas referencias, en relación al caso M. nos preguntamos si el recurso a la sustancia permite asumir una posición viril sostenida y mediada por el falo en la identificación al padre, o bien, si al tratarse de un goce no significantizable -tal como lo postula Zuccardi Merli- la cocaína queda más bien del lado del goce del órgano en el encuentro con el otro sexo.

Armelle Gaydom (2008) enfatiza: "una clínica de los modos de goce apunta a hacer del goce una función" (p. 146), para lo cual se requiere del límite del objeto a en tanto que este permite que se realice cierto trayecto pulsional.

La deslocalización del goce evidencia la omnipresencia del mismo. En el intento de localización, se presenta el cuerpo como instrumento con el se puede realizar cualquier cosa. Así se pone de manifiesto el desenganche con el Otro.

El cuerpo hablante -el parlêtre- como sufragáneo de la sustancia gozante, abre el problema clínico de la localización/deslocalización del goce. Jacques-Alain Miller (1997), en el curso titulado El partenaire-síntoma, plantea que Lacan en el Seminario XX, a partir del surgimiento del cuerpo hablante en el centro de la escena, introduce un giro fundamental en la noción de goce. De su conceptualización clásica en el Seminario VII, como goce limitado, evitado, accesible solo por transgresión, vira a la omnipresencia del goce, que supone su deslocalización.

Naparstek (2015) sostiene que la distinción entre goce localizado y omnipresente, permite distinguir el cambio de época. Durante los dos primeros períodos de la Revolución Industrial, el Nombre del Padre localizó el goce en el cuerpo en relación a lo sexual, ordenado en función del Edipo

y el falo. En la actualidad, el goce se presenta deslocalizado, los cuerpos están implicados en prácticas de goce que no necesariamente pasan por lo sexual y toman formas excesivas.

Bibliografía

Gaydom, A. (2008). Dominio materno/desarraigo social. En Jacques-Alain Miller y otros, Desarraigados. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Paidós, 2016.

Lacan. J. (1971-1972). El Seminario. Libro XIX: ...o peor. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2012.

Lacan. J. (1972-1973). El Seminario. Libro XX: Aun. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1991.

Lacan, J. (1975). Discurso en las Jornadas de los carteles en la Escuela Freudiana de París (12 y 13 de abril de 1975). En Lettres de l'École freudienne, N° 18, 1976.

Laurent, É. (1988). Tres observaciones sobre la toxicomanía. En Ernesto Sinatra y otros, Sujeto, goce y modernidad. Los fundamentos de la clínica II. Buenos Aires: Editorial Atuel - T y A, 1998.

Le Boulengé, C. (2008). Dominio materno/desarraigo social. En Jacques-Alain Miller y otros, Desarraigados. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Paidós, 2016.

Miller, J.-A. (1997). El partenaire-síntoma. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Paidós, 2008.

Naparstek, F. (2015). Nuevos cuerpos, nuevos goces. Revista Virtualia N° 32, Julio-Agosto, 2016. Recuperado el 10 de agosto de 2021 de:
http://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/Q9sPt2eI6JkjDAvuaN6Yc4Be2aHipGQlqR7sTfPq.pdf

Recalcati, M. (2002). Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis. Madrid: Editorial Síntesis, 2003.

Sotelo, I. (2007). Clínica de la urgencia. Ciudad de Buenos Aires: JCE Ediciones.

Zuccardi Merli, U. (2008). Hiperactividad y cocainomanía: efectos de desarraigo. En Jacques-Alain Miller y otros, Desarraigados. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Paidós, 2016.

IMAGEN CORPORAL Y MALESTAR PSICOLÓGICO EN MUJERES QUE ATRAVIESAN LA ADOLESCENCIA INICIAL

Fabio Salas [A], Maria de los Angeles Modon [B]

Presentación y referencia teórica del trabajo

Nuestra sociedad está atravesada por modelos de consumo excesivo y de estereotipos que nos dicen qué se debe comprar y/o alcanzar como meta. En este sentido, es esperable que nos encontremos con etapas evolutivas más afectadas que otras, debido a los complejos cambios que en ellas se atraviesan. El adolescente, no siendo ajeno al contexto social-cultural, se ve inmerso en una diversidad de perturbaciones por lograr alcanzar los modelos esperados por la sociedad.

Se intenta mostrar que la preocupación de los jóvenes con respecto a su peso corporal y a su figura, incluso a edades muy tempranas, se ve aumentado en el caso de las niñas. Hay que agregar que en todas las edades las mujeres manifiestan tener más insatisfacción con su peso que los hombres (Leal, et. al, 1995). Siguiendo en esta misma línea, se ha encontrado que las adolescentes se ven fuertemente influenciadas por los medios de comunicación social (Gómez Peresmitré, 1993), para adoptar y mantener las normas que impone la cultura de la delgadez. Cabe destacar, lo que Brownell y Napolitano (1995,) afirman que los niños desde muy temprana edad y de forma cotidiana se exponen a ciertos modelos corporales de belleza.

Estos procesos se pueden evidenciar con más claridad en la adolescencia inicial. Al respecto podemos suponer que la sociedad de consumo implica un impacto en adolescentes en pubertad reflejado en la preocupación por la imagen corporal que podría conducir a comportamientos que se organizan a modo de patrones sintomatológicos.

[A] *Profesor y Licenciado en Psicologia. Doctor en Psicologia. Universidad Nacional de San Luis. Investigador categorizado. Universidad Nacional de San Luis. Ciudad de San Luis, San Luis. Argentina. salasfg@yahoo.com.ar*

[B] *Estudiante de Licenciatura en Psicologia. Universidad Nacional de San Luis. Ciudad de San Luis. San Luis. Argentina. mdlamodon@gmail.com*

Se puede mencionar tal como plantea Pineda y Aliño (1999) que, estudiar la adolescencia inicial es conocer que en ella acontecen diferentes cambios a nivel físico, emocional, conductual y psíquico; el tránsito de ésta es importante para la constitución del adulto del futuro. Es caracterizada por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, cambios puberales e inicio de caracteres sexuales secundarios. Se percibe una marcada preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia.

Debido a las características antes descritas, el adolescente es claramente más vulnerable, de caer en los estereotipos de belleza, y por ello desarrollar síntomas como modo de manifestar la insatisfacción que tiene con su cuerpo o con el modelo que por *imposición* debería alcanzar. Esto implica una exigencia para adecuarse a ciertas estructuras y dinámica sociales-culturales, sus propias valoraciones afectan los procesos de reconocimiento social, imponiéndose lo que *deben* alcanzar para lograr una aceptación de los pares. Estas exigencias los pueden llevar a manifestar alteraciones emocionales como llanto fácil, ansiedad, bajo estado de ánimo, irritabilidad, entre otros. Inicialmente solo es percibida por la propia persona, posteriormente se evidencia en la conducta generando egodistonía y haciéndolo perceptible por la familia y personas cercanas.

Pueden aparecer varios aspectos sintomatológicos en una búsqueda de adaptar los nuevos cambios a la configuración de un sí mismo en continua modificación. Por ello, se puede sostener según Halgin y Whitbourne, (2009), que la idealización que hace la sociedad respecto a la delgadez puede influir a que muchas adolescentes experimentan insatisfacción con su imagen corporal enfocándose en forma desmesurada en sus deficiencias corporales, además de la ansiedad social que experimentan, lo cual puede sentar las bases para el surgimiento de trastornos de riesgos para la salud físico y psíquica de las adolescentes.

Objetivo principal

- Explorar la relación entre la preocupación por la imagen corporal y patrones sintomatológicos en un grupo de adolescentes de género femenino de 12 a 14 años de un colegio de la ciudad de San Luis.

Metodología

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo que implica la recolección de datos y el análisis estadístico para establecer rasgos de comportamiento y relaciones entre los mismos.

Participantes

El trabajo tiene 33 participantes que fueron seleccionados por poseer características de interés para la investigación, a saber, tener entre 12 a 14 años de sexo femenino y asistir a colegios de la ciudad de San Luis.

Se procedió al contacto con la institución educativa, se explicó que se pretendía hacer y se presentó solicitudes de autorizaciones, los cuestionarios a aplicar y el consentimiento informado. Este periodo fue relativamente corto, fue aprobado por la rectora del colegio, donde nos dispuso aulas y horario para la toma de los cuestionarios a las alumnas. Se aplicó el instrumento en tres días, un curso por día. Para el posterior análisis estadístico de datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Respecto al procedimiento ético, se realizó el paso previo a la administración del instrumento. Se les entregó una copia del consentimiento informado a cada adolescente, el cual debía ser llenado y leído junto con tutor responsable, luego firmado y entregado nuevamente. Pasados algunos días, se recogieron todos los consentimientos autorizados, para luego aplicar dichos cuestionarios.

Instrumentos utilizados

- Cuestionario sociodemográfico: nos brinda información sobre las características de la muestra, en cuanto a aspectos sociodemográficos generales.
- Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC-40, Josep Toro, S/F) Adaptación del Cuestionario Influencia de los Modelos Estéticos Corporales Riveros Cabibbo, A., (2011), que consta de 40 ítems, divididos en 4 factores: (Influencia de la publicidad: In-

fluencia de mensajes verbales, Influencia de los modelos sociales e Influencia de las situaciones sociales).

- Inventario de síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1994) (adaptación de Casullo, 1999/2004). Instrumento desarrollado para evaluar el grado de malestar psicológico actual que experimenta una persona. Los ítems se responden por medio de una escala de Likert en donde las 5 opciones de respuesta son: sí siempre, casi siempre, a veces, muy pocas veces y nunca.

Análisis de datos

En primer lugar, se identificaron los porcentajes referidos a: edad, curso, nivel de estudio alcanzado por tutores, calidad de la relación que mantienen con estos y nivel socioeconómico percibido.

Luego se realizaron los cálculos de correlación entre las subescalas.

Tabla N 1: Correlación entre las subescalas de CIMEC-40 y de SCL-90

	Som	O y C	SI	D	Ans	Hos	Ans Fob	IP	Psico	MIC	IPIMV	IFMS	
O y C	,593** ,000												
SI	,395* ,023	,555** ,001											
Dep	,498** ,003	,674** ,000	,817** ,000										
Ans	,496** ,003	,641** ,000	,429* ,013	,465** ,006									
Hos	,420* ,015	,477** ,005	,506** ,003	,597** ,000	,457** ,008								
Ans Fob	,346* ,049	,466** ,006	,442* ,010	,407* ,019	,627** ,000	,147 ,415							
Id P	,479** ,005	,749** ,000	,710** ,000	,864** ,000	,528** ,002	,680** ,000	,277 ,119						
Psico	,275 ,121	,565** ,001	,745** ,000	,742** ,000	,317 ,073	,634** ,000	,376* ,031	,670** ,000					
MIC	,309 ,080	,193 ,281	-,181 ,314	,022 ,904	,189 ,293	,208 ,244	-,079 ,660	,197 ,272	-,041 ,820				
IP	,272 ,125	,180 ,316	,084 ,642	,046 ,798	,202 ,259	,189 ,292	,066 ,716	,109 ,548	,007 ,968	,499** ,003			
IMV	,141 ,434	,205 ,253	,125 ,489	,132 ,464	,372* ,033	,191 ,288	,048 ,789	,178 ,321	-,050 ,784	,484** ,004	,520** ,002		
IFMS	,276 ,120	,108 ,549	,053 ,769	,029 ,872	,305 ,084	,261 ,142	,070 ,699	,222 ,215	,017 ,926	,489** ,004	,290 ,101	,187 ,298	
ISS	,343 ,051	,234 ,190	,182 ,310	,289 ,102	,133 ,460	,260 ,144	,003 ,985	,336 ,056	,193 ,281	,670** ,000	,531** ,001	,412* ,017	,323 ,067

Referencias de abreviatura de subescalas:

Som= Somatizaciones; O y C= Obsesiones y Compulsiones; SI= Sensibilidad Interpersonal; D= Depresión; Host= Hostilidad; Ans Fó= Ansiedad Fóbica; IdP= Ideación Paranoide; Psico= Psicoticismo

MIC= Malestar por la Imagen Corporal; IP=Influencia de la Publicidad; IMV= Influencia de los mensajes Verbales; IFMS= Influencia de los modelos Sociales; ISS= Influencia de las situaciones sociales.

Discusión de los resultados

La investigación presenta una muestra de 33 adolescentes, de las cuales el 66,7% tenían 12 y 13 años y sólo el 33,3% de 14 años. Las mismas pertenecían a distintos cursos, que fueron agrupadas para su análisis en Grupo 1 (Primero y Segundo año) representa el 42,4% y Grupo2 (tercer año) representa el 57,6%.

La calidad de la relación filial de las mismas refleja características entre muy buena y buena. Manteniendo un nivel socioeconómico medio-medio bajo. En cuanto al nivel de estudios alcanzado, en relación con la madre la mayoría cuenta con un título universitario a diferencia de los padres, se señala haber alcanzado el ciclo bachiller o secundario. Estos datos dan cuenta de la percepción que se adjudican las adolescentes acerca de su círculo familiar. Se puede apreciar una coherencia sobre la percepción que las adolescentes tienen sobre su nivel adquisitivo en relación con los estudios alcanzados por sus padres, ya que desde lo que manifiestan se puede pensar que nivel adquisitivo permite que asistan a un colegio privado.

Se debe destacar la relevancia del estudio, al tratar estas variables en este rango de edad específico, ya que los aportes sobre la adolescencia inicial resultan fundamentales cuando refieren a aspectos relacionados con el cuerpo, sus cambios, y en este caso posibles síntomas. Al comparar los resultados de la investigación con el de otros trabajos las coincidencias son dispares, aun así, no deja de darnos elementos de análisis.

Por otro lado, se observa una correlación entre las subescalas Influencia de los mensajes verbales y Ansiedad. Los distintos significados que se van constituyendo desde la palabra en el mundo del adolescente se asocia a la ansiedad como componente de comportamientos sintomatológicos. En el marco de la sociedad de consumo el lenguaje es parte de la lógica que intenta mediar las experiencias en los jóvenes, y la ansiedad puede estar favoreciendo la manera en que se significan los cambios que acontecen en la adolescencia inicial a nivel de la preocupación por su imagen corporal.

Esto advierte sobre como procesos puntuales que podrían estar promoviendo comportamientos sintomatológicos en este grupo de mujeres, complejizando el trabajo de ajuste que tienen que realizar frente a los fuertes cambios que surgen en este periodo del desarrollo.

Referencias bibliográficas

-Brownell, K.D. y Napolitano, M.A. (1995). Distorting reality for children: Body size proportions of Barbie and Ken Dolls. International Journal of Eating Disorders

Casullo, M. (2004). El inventario de síntomas SCL-90-R de Derogatis, L. (1994) Recuperado de: http://fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf

-Gómez Peresmitré (1993). Variables cognoscitivas y Actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. Revista Mexicana de Psicología, 3, 95-112

-Halgin y Whitbourne, (2009). Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos (5ª. ed.). México: McGraw-Hill.

-Leal, L., Weise, M. y Dood, D. (1995). There action ship bet ween genders, symptoms of bulimia, and for stress. Addictive Behaviour, 20, 105-109

-Pineda Pérez S, y Aliño Santiago M. (1999). El concepto de adolescencia. En: Marques Gálvez

-Riveros Cabibbo, A., (2011) Adaptación del Cuestionario Influencia de los Modelos Estéticos Corporales en población adolescente mendocina. Tesina de Licenciatura en Psicología. Universidad del Aconcagua

EL INCONSCIENTE COMO RESPUESTA A LA URGENCIA SUBJETIVA

Maria Florencia Aquino Cabral [A]

Introducción

El presente trabajo se encuadra como parte del Proyecto de Investigación CONSOLIDAR 2020-2023: "Manifestaciones actuales del síntoma". Este equipo sigue una línea de investigación, en relación al concepto de padecimiento subjetivo. Y desde el año pasado, con la declaración de la pandemia por COVID-19, algunas personas nos vimos convocadas a trabajar sobre el concepto de urgencias subjetivas no como una *nueva* manifestación sintomática, sino como otro tipo de presentación de padecimiento subjetivo que se vuelve más frecuente en la clínica en éste contexto (Fuentes, 2021; González, 2021; s/d, 2021; Roman, 2021). En continuidad con esa línea de investigación, el presente trabajo se propone conceptualizar algunos efectos que se producen en el encuentro de un analista con una persona en éste momento tan peculiar, teniendo en cuenta la herramientas por excelencia con la que trabaja el psicoanálisis, uno de sus conceptos fundamentales: la transferencia, para pensar en una dirección: de la urgencia subjetiva hacia un tratamiento analítico.

El encuentro con un analista

Siguiendo la enseñanza lacaniana, entendemos que el sujeto del inconsciente es evanescente, aparece como hallazgo, con efecto pulsátil, en una hiancia, un intervalo que se genera en la cadena de significantes. Es en este punto que retomamos el concepto de urgencia subjetiva: como un momento de ruptura de la cadena de significantes, donde esa hiancia no está, por lo que sujeto queda sin posibilidad de representarse, es en este momento donde la realidad psíquica de la persona también queda rota. Frente a ésta ruptura de la cadena de significantes, de la realidad construida hasta entonces, a veces se ven afectados sus lazos con los otros, con el trabajo, incluso con su propio cuerpo y pensamiento (Aquino Cabral y Ceccon, 2020). Esta situación de crisis puede manifestarse de modos diferentes, desde la inhibición, mutismo o aislamiento hasta la impulsividad, pueden llevar a la persona a actos desesperados, en ocasiones a situaciones de riesgo de vida (Sotelo, 2015). Coincidimos con Ochoa de la Maza et al (2018) que existen tantas urgencias subjetivas como sujetos del inconsciente, por lo que estableceremos ésta manifestación del padecimiento como clínica de la urgencia subjetiva.

El encuentro con un analista, que recibe ésta urgencia, puede tener efectos en la persona cuyo sujeto del inconsciente se encuentra en suspenso, sin poder hacerse representar. Entonces, el camino a seguir irá en dos vías, por un lado, la apuesta del sujeto es un tiempo a producir(se), es la producción de un tiempo subjetivo, un tiempo lógico, distinto a la prisa de quienes lo rodean. El tiempo en el discurso de la ciencia es importante, salva vidas en situaciones de riesgo pero en ocasiones, no da lugar a la hiancia, pues prevalece la mirada orgánica, de sentido, que cierra. Para dar lugar a la subjetividad, recordemos que esta realidad se encuentra rota, será necesario una pausa, en esa vorágine, y ofrecer una escucha distinta a la de la ciencia, usar ese lugar que Lacan (1966) señalaba, de extraterritorialidad que tiene el psicoanálisis, para que el propio sujeto se localice a sí mismo (Sotelo, 2009). Es en esa misma sintonía que la apuesta del analista es a que se produzca un decir, un decir en el cual el sujeto esté concernido, un decir que vuelva a ligarlo al otro, que construya nuevamente una realidad para habitar, en una trama que lo implique (Sotelo, 2007; Aquino Cabral y Ceccon, 2020).

[A] *Docente. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Córdoba. Argentina. florencia.aquino@unc.edu.ar*

Destitución subjetiva y deseo del analista

Éste trabajo de subjetivación será posible si el analista es sostenido por su destitución subjetiva, por su falta en ser, y no por su neurosis, acto imprescindible para alojar al sujeto del consultante. Es decisivo que el analista responda por fuera de lo que para sí mismo, como sujeto, son referencias y verdades de su propia realidad, ya que se constituyen como obstáculos en el despliegue de la subjetividad de la persona consultante (Lombardi, 2009).

En el caso de las urgencias subjetivas, Bassols (en Sotelo 2015) advierte que es mejor no responder con la urgencia del Otro, es decir, no responder desde ese lugar de saber y dirección, "ya sea la urgencia de curar o desangustiar; y lo peor es responder a la angustia con señal de angustia" (p.13), respecto de ésta última advertencia, no responder desde nuestro fantasma, como sujetos. Sassaroli (en Sotelo 2009) da coordenadas distintas: cuando se instala un lugar más allá del Otro, se abre un espacio a la transferencia y al deseo, el operador que habilita ese movimiento es el deseo del analista. Éste es un deseo inédito, que es producto de un psicoanálisis, del analista se espera haber pasado por la experiencia del psicoanálisis, de él, puede surgir un deseo, habitarlo un deseo, que es deseo de obtener la diferencia absoluta, dirá Lacan en su Seminario XI (1964). De este seminario podemos tomar otra indicación, que consideramos especialmente útil para la clínica de la urgencia subjetiva: "el analista debe abandonar esa idealización para servir de soporte al objeto a separador, *en la medida en que su deseo le permite, mediante una hipnosis inversa, encarnar el hipnotizado"* (Lacan, 1964, p.281). El lugar que nos toca como analistas es el de hipnotizados, éste da lugar a la transferencia, y ella al despliegue el inconsciente.

La transferencia como herramienta y el inconsciente como respuesta

Además de la palabra, que no es menor en éstas situaciones, dado que muchas veces las personas en crisis no pueden hablar de lo acontecido, como hemos descripto, porque su realidad se fragmentó, los analistas contamos con la transferencia como herramienta de trabajo, un operador en psicoanálisis (Chamizo en Luis, 2019). Freud (1914), en sus escritos técnicos, realizó varias elaboraciones al respecto, la nombró como amor en "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia", analizó sus efectos y resistencias, luego Lacan, en su retorno a los textos freudianos, continuó con este trabajo a lo largo de toda su enseñanza. Navegar por las definiciones, elaboraciones y articulaciones respecto de la transferencia exceden lo que este trabajo se propone, por lo que elegimos una cita como central, extraída de la clase X, cuando Lacan comienza a trabajar sobre la transferencia, dice: "La propia presencia del analista es una manifestación del inconsciente" (Lacan, 1964, p. 131). Manifestación que sólo sucede si hay un lazo que lo sostenga, la transferencia, hay que esperar éste acontecimiento para dar lugar a la interpretación, indica el analista francés. Por lo que, en la clínica de la urgencia subjetiva, dejaremos en suspenso ésta técnica analítica, ya que aún no ha sido convocado el analista a ocupar el lugar de saber supuesto (Sotelo en Belaga, 2006).

La hipótesis central de este trabajo es: *ante la urgencia subjetiva, la respuesta es el inconsciente* (Susella, 25/7/2021). Es con el despliegue del inconsciente, en un tiempo subjetivo que se construya, que podrá armarse un relato, restituirse una cadena de significantes, en el cual el sujeto pueda volver a representarse. Condición para ello es el encuentro con un analista, y que éste se deje hipnotizar, que aloje, destituido de su subjetividad, animado por el deseo del analista. Moscón (en Luis, 2019) articula en una frase los conceptos que sustentan nuestra hipótesis: "La transferencia es la demostración de que el inconsciente no es sin el acto analítico, y que, por consiguiente, no puede ser sin el deseo del psicoanalista" (p. 134).

De la Urgencia al Síntoma

Entonces, es en el encuentro con un analista que puede construirse el grito en llamado, aquello que aparecía como un fenómeno de la transferencia salvaje, y de ese modo, se direcciona al analista (Seldes en Belaga, 2006; Aquino Cabral y Ceccon, 2020). Un aporte interesante realiza Sotelo (2015) que plantea que toda consulta tiene la ilusión de volver al estado anterior, pero, luego de los acontecimientos ocurridos en el momento de la urgencia subjetiva, "ya nada será como antes"

(p.144). Trabajaremos en restituir la realidad, armando nuevamente una trama que aloje éstos acontecimientos como propios, y es en esa escucha del analista, que vendrá un más allá, ofertándose, apostará a crear una demanda (Sotelo, 2007). La demanda se elabora cuando puede introducirse un enigma en ese sufrimiento, y pueda transferir un saber a otro, propiciando la ocasión de intervenir (Rodríguez *et al*, 2018). Éste movimiento ocurre por la presencia de un analista, que realizará a través de sus intervenciones e interpretaciones, la torsión de la demanda al síntoma, ubicándolo dentro de una lógica de cura (Sotelo, 2015). En relación a ésto Mattera *et al* en Lombardi (2009) agregará que "sólo la transferencia hace que el síntoma se vuelva analizable, *lo enlaza al inconsciente*"[1] (pp. 91), afirmamos nuestra hipótesis, la respuesta es el inconsciente.

Conclusiones

A modo de concluir, nos interesa recorrer el camino planteado, el cual es uno, que puede realizarse desde el psicoanálisis aplicado, este es un camino posible: desde la ruptura de la cadena de significantes, que deja al sujeto sin referencias en su realidad psíquica, pudiendo ésta manifestarse de modos diferentes, desde la inhibición, mutismo o aislamiento hasta los actos desesperados; a la posibilidad de construir un tiempo de pausa. Un nuevo tiempo lógico en el cual el sujeto pueda localizarse en su padecimiento, restituir y/o construir, junto a otro - no cualquiera, un analista, sostenido por su deseo - una trama donde pueda nuevamente emerger como sujeto, preguntarse por su sufrimiento y por su deseo. Éste enigma podrá dirigirlo al analista, transferencia mediante, para poder ir formalizándolo como un síntoma, que lo enlace a su inconsciente.

Es éste camino el que fundamenta nuestra hipótesis: *ante la urgencia subjetiva, la respuesta es el inconsciente.*

Bibliografía

s/d (15/04/2021). "La Línea 192 de MinSalud atendió más de 18 mil colombianos en servicios de salud mental en el último año". Recuperado el 14 de julio 2021: https://www.infobae.com/america/colombia/2021/04/15/la-linea-192-de-minsalud-atendio-mas-de-18-mil-colombianos-en-servicios-de-salud-mental-el-ultimo-ano/

Agüero Pozzo, J. P. y Aquino Cabral, M. F. (2017) "El lugar en la Interconsulta" Anuario de Investigaciones, 2017, Vol. 3, N°2,427-431. Enlace estable: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/18906/18797

Aquino Cabral, M. F. y Ceccon, J. (10-14 noviembre 2020) Trabajo libre: "Algunas precisiones sobre la diferencia entre emergencia, urgencia subjetiva y padecimiento subjetivo". Congreso "Ciencia y Profesión" IV Congreso Internacional y VII Congreso Nacional de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Belaga, G. (2006) comp. La urgencia generalizada. Práctica en el hospital. 1° ed. 1°reimp. Grama Ediciones, 2006.

Fuentes, V. (8/7/2021) "La covid-19 deja una oleada de trastornos de salud mental en niños y niñas". (n.d.). Recuperado el 14 de julio 2021: https://www.agenciasinc.es/Reportajes/La-covid-19-deja-una-oleada-de-trastornos-de-salud-mental-en-ninos-y-ninas

González, F. (23/5/2021). "Trabajar la salud mental en pandemia." Recuperado el 14 de julio 2021: https://www.lanacion.com.py/gran-diario-domingo/2021/05/23/trabajar-la-salud-mental-en-pandemia/

Lacan, J. (1964) El seminario, libro 11, Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis. Paidós, Bs As, 2019.

Lacan, J. (1966) Psicoanálisis y Medicina en Intervenciones y textos 1. Manantial. Bs As. 1991

Lacan, J. (1975) El Seminario, libro 22 "RSI". Inédito, clase del 18/02/1975.

Lombardi, G. (2009) "Singular, particular, singular. La función del diagnóstico en psicoanálisis." Bs. As. JVE, 2009.

Luis, M. (2019) autora y compiladora "La situación actual de la Transferencia" Bs. As. Letra Viva, 2019.

Ochoa De La Maza, Maria Selika; López Bertella, Camila; Varela Rozados, Mercedes; Moreno, Victoria Anahí; Soliani, Antonella; Lubo, Facundo; Morales, Carolina y Girano, Maria Florencia (2018). Clínica de la urgencia subjetiva. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. https://www.aacademica.org/000-122/501

Rodríguez, L.; Tustanoski, G.; Mazzia, V. y Moavro, L. (2018) "La elaboración psíquica en la clínica de la urgencia". Revista Universitaria de Psicoanálisis, Facultad de Psicología, UBA, N° 18, pp. 51-59, 2018. ISSN 1515-3894. https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista18/rodriguez.pdf

Román, V. (10/10/2020). "La pandemia puede ser una oportunidad para afrontar problemas de salud mental que antes no se trataban." Recuperado el 14 de julio 2021: https://www.rionegro.com.ar/la-pandemia-puede-ser-una-oportunidad-para-afrontar-problemas-de-salud-mental-que-antes-no-se-trataban-1531354/

Sotelo, M. I. (2007) "Clínica de la urgencia" Reimpresión, JCE Ediciones, Bs As. 2007

Sotelo, M. I. (2009) comp. Perspectivas de la clínica de la urgencia. 1° Ed. Grama Ediciones, 2009.

Sotelo, M. I. (2015) DATUS. Dispositivo Analítico para el Tratamiento de Urgencias Subjetivas. Grama Ediciones, Buenos Aires, 2015.

Susella, E. (25/7/2021) "La urgencia en la clínica ¿cómo abordarla?" Taller clínico virtual del Instituto Ulloa, Bs. As, Argentina.

1 *El subrayado es nuestro*

PSICOPATÍAS: DEBATES ACTUALES

Cecilia Laura Domenighini [A], Mariana Graña [B], Marisa Vanesa Musante [C], Inés Cristina Ortalli [D], María Laura Rodríguez [E]

La psicopatía, hacia el interior de los trastornos de personalidad, nos preocupa y nos interpela cada vez más. Es una patología que solemos no estudiar, aún en la universidad que sea, constituyéndose en un agujero que desconocemos hasta que empezamos a ejercer nuestra práctica. En nuestra disciplina, nos encontramos con personas que presentan esta patología de forma indirecta. Es a través de sus padres, hijos, parejas, etc., que por algún motivo los incorporan al tratamiento. Cuando nos preguntamos por la patología que los aqueja, no encontramos padeceres en dichos sujetos efectores de malestar (psicópatas) sino, por el contrario, el padecer suele ser de los pacientes o incluso nuestro.

Recorrido del término

La palabra psicópata proviene del griego y significa: "el que tiene un padecer mental". Fue Philippe Pinel quien en 1801 dio origen al término, cuando lo utilizó para definir un cuadro clínico de "manía sin delirio". En la psiquiatría clásica, Kraepelin (1886) lo desarrolla como un desorden de la personalidad y luego en 1923 Kurt Schneider en el libro "Las personalidades Psicopáticas" indica que estas personalidades presentan un estilo de vida desalmado como "aquel que por su anormalidad sufre y hace sufrir a los demás". En ambos, el origen era biológico.

En los comienzos del psicoanálisis encontramos en Freud el término perversiones, para dar cuenta de un trastorno que "es el negativo de las neurosis" y que tiene como característica principal a personas que se "separan de la norma" y que presentan un funcionamiento de su estructura psíquica "diferente". Lo considera como una "desviación" donde las pulsiones parciales desempeñan un papel sobresaliente y esto hace de la perversión la manifestación no reprimida de la sexualidad infantil. En "Fetichismo" (1927) retoma perversiones identificando la coexistencia de las posiciones subjetivas en cuanto a la creencia de la madre fálica y su posición para entender la perversión con relación a la castración materna, proponiendo como mecanismo de defensa la desmentida, forma necesaria para sostener las dos realidades (la madre fálica y la castración).

Dentro de las investigaciones vigentes podemos nombrar al Dr. Jemar que en su libro "Trastornos de la Personalidad y Psicopatías", comenta: "Los psicópatas tienen tendencia a carecer de sentimientos de empatía, culpa y remordimiento; con frecuencia, carecen de capacidad para experimentar miedo al castigo, son impulsivos, tienen dificultades para regular sus emociones y manifiestan una conducta antisocial y violenta. Pueden utilizar su encanto superficial, el fraude y la manipulación para aprovecharse de los demás. Una característica a destacar es que, además de una mayor agresividad reactiva, el paciente también muestra agresividad instrumental"(Jemar, G., 2015, p. 61)

Otro autor que trabaja el tema es Iñaki Piñuel, psicólogo quien elabora el término psicópatas integrados, y que en su último libro Familia Zero (2020) define un ambiente familiar facilitador para la psicopatía, que es además potenciado con las medidas actuales de aislamiento, por producirse una situación mucho más límite.

[A] *Lic en Psicologia (UBA). Perito de Oficio PJN SCBA. Colegio Psicologos Distrito XII. Quilmes, Buenos Aires. Argentina. cdomenighini@gmail.com*
[B] *Lic en Psicologia Mg Maltrato infantil y violencia de genero. Poder Judicial de la Provincia de Bs As. Avellaneda, Buenos Aires. Argentina. licmarianagrana@gmail.com*
[C] *Esp. en Psicologia Juridica, coord.. del area de Psicodiagnostico de la Escuela de Especializacion del Colegio de Psicologos Distrito XII. Bernal. Buenos Aires. Argentina. vanesamusante@hotmail.com*
[D] *Lic. en Psicologia. Docente. Esp. en Psicologia Forense, Coord. de la Comision Juridica y Forense del Colegio de Psicologos Distrito XII. Wilde, Buenos Aires. Argentina. inesortalli@gmail.com*
[E] *Lic. en Psicologia (Uba) Mg en Criminologia (Univ. de Barcelona) Docente Universitaria, Perito Oficial, Responsable Comision Juridica y Forense Colegio Psicologos Distrito XII. Berazategui, Buenos Aires. Argentina. licmlaurarodriguez@gmail.com*

Psicopatía y el vínculo con el terapeuta

Todos compartimos el conocimiento humano de habernos encontrado alguna vez en un vínculo con una persona con estas características. Y como podemos ver en este breve recorrido, desde lo profesional, científico, no hay acuerdos acerca de un paradigma. ¿DSM V? ¿Teoría clásica? ¿Psicoanálisis? Entonces solemos manejamos cada uno con una mezcla entre la propia experiencia subjetiva humana, con diferentes textos, marcos teóricos, idas y venidas hacia el adentro de nuestra ciencia. Es decir, un halo de misterio entre lo que a cada uno le llama y cómo cree que es, y qué piensa que puede presentar como características generales, prevaleciendo únicamente entonces, sentimientos contratransferenciales.

Volviendo a lo vincular, dependerá en qué rol nos encontremos para ver qué aspecto conoceremos de estos sujetos. Ser la pareja llevará a vivenciar emocionalmente la manipulación, como abogado patrocinante ser testigo de ciertos aspectos, aunque si somos el perito psicólogo/a, o el profesional a cargo del tratamiento de uno de sus hijos o de su pareja, es cuando nos enfrentamos cara a cara con la subjetividad más compleja y agresiva de estas personalidades.

Y justamente un elemento que nos toma por sorpresa, y que en ninguna de las descripciones de las nosologías o de los comportamientos de este tipo de personalidad se toma en cuenta, es el vínculo que el psicópata mantiene hacia sus hijos. Si bien se menciona la carencia de empatía, la facilidad en captar las necesidades afectivas del otro, la impulsividad, o el inadecuado manejo de la ira, no hay mención alguna a la gran dificultad que enfrentan quienes han tenido a un psicópata como padre o madre. Es aquí donde muchos de los profesionales suelen ser víctimas, al visibilizar estos rasgos que nuestros pacientes, niños, niñas, adolescentes y adultos, nos cuentan acerca de sus propios padres.

Hoy se presentan con mayor frecuencia en el consultorio y en otros ámbitos, sujetos con estas características que encuadrarían dentro de la psicopatía, en sus distintas variantes. Estos sujetos son complejos, no se interrogan, tienen un tinte agresivo y, cuando llegan al consultorio, es porque son derivados a tratamiento psicológico por diversas razones. Es común, que sea por intervenciones judiciales ante desacuerdos vinculares (régimen de visitas-responsabilidad parental –revinculación- violencia, separaciones conflictivas etc.)

En los tratamientos con niños, podemos ir detectando el perfil de este progenitor/a, a partir de cómo genera un modo complejo y conflictivo de funcionamiento familiar. Esto se desprende del relato del niño o de los demás integrantes de ese sistema (que son los emergentes derivados o quienes consultan), observándose la falta de empatía y los obstáculos, impedimentos en el desarrollo, maltratos continuos, girando todo alrededor de él (lugares de servidumbre) hasta lograr el convencimiento eficaz o dejarlos descompensados o devastados, apartándolos así del entorno social evitando los contactos.

Entonces, lo que escuchamos es la hostilidad hacia el entorno, transgresión, conductas crueles, vengativas, manipuladoras y si no consiguen lo que quieren, en algunas ocasiones desencadenan actos violentos. Al ser la psicopatía imperceptible, indetectable por el grupo, los efectos los veremos en los integrantes, todo el entorno familiar termina de alguna u otra forma manifestando síntomas (físicos, psíquicos o comportamentales) por los que son derivados. Los psicólogos no estamos al margen de estas repercusiones, nos topamos con estos sujetos y los obstáculos pueden presentarse inicialmente o transitado un tiempo de tratamiento según las características e intereses que tenga.

Estaremos atentos a su presentación y actitud, a la formulación de sus enunciados, las variaciones en el tono de voz, las expresiones que utiliza, los silencios y su modo de conducirse en ese espacio delimitado por las pautas establecidas por el profesional.La observación de todos esos aspectos y el clima que se va generando en cada encuentro, darán cuenta del estilo que imprime a sus relaciones vinculares. Dentro de los observables que obstaculizan nuestro quehacer profesional, podemos encontrarnos con la solicitud de firma del consentimiento informado al oponerse radicalmente a firmarlo; con frecuencia manifiestan dificultades permanentes con la regularidad de horarios o

con el pago de los honorarios, buscando que el profesional esté siempre atento a sus manifestaciones y pedidos, como forma de ejercer mediante la manipulación la atención y el control.

En otros casos, se muestran complacientes inicialmente mostrando su mejor cara frente al profesional, sin ansiedad, inasible, con un discurso tangencial y repetitivo. Otros, expresan el no ser comprendido proyectando la responsabilidad en su entorno cercano o en terceros, aplicando siempre sus reglas para poder justificarse. Su palabra es predominante y permite observar su falta de empatía. El fin está siempre disimulado bajo ese encanto superficial, querer convencer al profesional mediante todos los artilugios posibles y seguir ostentando el control al servicio de su interés, ya que nunca se reconoce responsable de su accionar.

Otro punto conflictivo es cuando por distintas razones debemos dar cuenta de un tratamiento (ante el pedido de certificados a presentar - juzgado) o informar los resultados de un psicodiagnóstico. Situación que nos lleva a considerar qué información inscribir y cómo transmitirla, puesto que generalmente estas personalidades mantienen una postura hostil y querellante hacia el profesional tratante, en donde el denunciar aparece como una constante.

Estas situaciones presentadas, entre otras que se tornan más intrusivas (filmaciones-grabaciones, etc.), generan un malestar importante en el profesional permaneciendo atento, en estado de alerta con una exigencia mayor y recaudos tanto en lo conductual como en la transmisión verbal que realice. Esta tensión, genera un padecimiento que se registra y percibe corporalmente, siendo un indicador contratransferencial. Nos impacta, desgasta, absorbe nuestra energía e invade nuestro quehacer ético.

La psicopatía en el ámbito jurídico

Trijueque González (2015) describe qué características de personalidad deberá tener aquel profesional que entreviste a un psicópata. Interesantemente puntualiza: conocer sus emociones, comprender a los demás, ser buen comunicador, persuasivo, resolver conflictos, trabajar en equipo, confiar en sí mismo, tener autocontrol, ser adaptable, comprometido, tener iniciativa y ser optimista. Las consecuencias jurídico-sociales de un error en la detección de este tipo de personalidad hacen necesario que se conozcan bien sus rasgos más importantes, así como contar con herramientas fáciles para su reconocimiento y elaborar técnicas adecuadas que, controlen la situación de interacción con un psicópata, incluyendo nuestras propias características. Y la falta de consenso, que mencionamos al inicio, hacia el adentro de nuestra profesión, nos vulnerabiliza y desune en los criterios, siendo esto aprovechado por los mecanismos psicopáticos, además de no terminar dando respuesta ni explicando esos comportamientos por parte del psicópata.

De esta manera es donde solemos encontrarnos los profesionales en una encrucijada hacia cómo conducirnos en nuestras prácticas: ¿denunciamos?, ¿escribimos esto en el informe? ¿mencionamos que el "señor x" tiene estas características? He aquí una gran dificultad, dada la colisión entre el accionar de los profesionales tendientes a recobrar el estado de seguridad de sus pacientes / entrevistados, niños, niñas y adolescentes y el cuidar la propia seguridad del profesional, dado el efecto que consideramos, imaginamos y hemos visto en sujetos con estas particularidades. Así se configura un temor real en cada uno de nosotros, y hacia el adentro de las supervisiones y colectivo de profesionales: "cuídate, no sea que te denuncie", "cuidado porque el "señor x" es agresivo, manipula…", etc. De repente quedamos entrampados en cuestiones legales, sociales, vinculares, donde nuestro arte se ve coartado. Con arte nos referimos a esta maravillosa profesión donde podemos darnos el lujo de desenmarañar conflictos, enredos vinculares; sin embargo, nuestros temores y ese accionar contra nosotros atentan contra, justamente, esa posibilidad.

Conclusiones

A modo de síntesis, todos los autores especializados en la temática coinciden en algo: la personalidad psicopática tiene una elevada probabilidad de vulnerar la normativa social y, por tanto, de entrar en contradicción con el sistema judicial, de ahí su interés criminológico y forense. Los desajustes comportamentales impactarán en nuestros consultorios también, ya que nuestras prácticas se encuentran bajo la tutela y reglamentos de los códigos de ética y leyes del ejercicio pro-

fesional. No escapamos a dicho impacto, aun no siendo especialistas ni dedicándonos a la tarea forense. Nuestra práctica, sea en el ámbito que sea, se encontrará en relación con este impacto al que hacemos mención.

Por lo planteado hasta aquí, es que consideramos conveniente continuar estudiando, supervisando, manteniendo nuestros espacios de terapia y generando espacios de capacitaciones y estudio profundo de la bibliografía en toda la nosografía que ya ha sido estudiada ampliamente, sobre todo, hacia el adentro del colectivo de profesionales generando una sinergia que nos acompañe en nuestra práctica cotidiana, sea donde sea que nos encontremos.

Bibliografía

American Psichiatric Association (2021). Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
Echeburúa, E. (1994). Personalidades violentas. Madrid, España: Editorial Pirámide.
Freud, S. (1996). Obras Completas de Sigmund Freud. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva.
Garrido Genoves, V. (2004). Cara a cara con el psicópata. Editorial Digital Tirtivillus. Pdf.
Hare, R. (1991). The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto, Canadá: Editorial Multi-Health. www.Hare.org
Homs, J. (2013). Antisociales y Psicópatas. Barcelona, España: Bosch Editores.
Jemar, G. N. (2015) Trastornos de Personalidad y Psicopatías. Una aproximación clínica y terapéutica a partir de la experiencia de abordaje en personas privadas de la libertad. Buenos Aires, Argentina: Editorial Salerno.
Laplanche, J. y Pontalis, J. (1998). Diccionario de Psicoanálisis. Avellaneda, Argentina: Editorial Paidós.
Piñel, I. (2020). Familia Zero: Cómo sobrevivir a los psicópatas en familia. Madrid, España: Editorial La esfera de los Libros.
Trijueque Gonzalez, D. y Rodriguez Gonzalez, R. (2014) Psicopatía: análisis criminológico del comportamiento violento asociado y estrategias para el interrogatorio, en Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol.14, pp. 125-149. www.dialnet.unirioja.es

ACERCA DEL SUJETO NO ENGAÑADO DEL DISCURSO Y LOS IMPASSES DE LA CIVILIZACIÓN ACTUAL

Mario A. Chades [A]

I

Pertenecer a la cultura humana supone un duro gravamen, no es sin renuncia, postergación o restricción de la satisfacción. Se trata que más allá del reparto irregular de derechos en una sociedad, a unos y a otros la cultura cercena la satisfacción de las pulsiones tanto libidinosas como agresivas.

Freud (2007e) entendía que lo que volvía neurótico al sujeto era justamente eso y que intentar sustraerse de la cultura no lo libraba de tal dejación más que imaginariamente.

Hay otra línea de indagación que aborda Freud (2007e), que tal vez sea el reverso de la anterior y de la que podamos extraer algunas consecuencias: Que tal renuncia al goce no se debía sólo a la presión de la cultura sino más bien a una imposibilidad interna, a la esencia de la función misma.

No hay satisfacción acabada, no tanto por prohibición sino porque sencillamente es imposible –Delgado (2016) expresa eso, retomando lo enunciado de un modo más crudo por Lacan (2013), refiriéndose a los materialistas: "me está prohibido (el goce), y esto no únicamente como lo creían los imbéciles, por un mal arreglo de la sociedad" (p. 780).

El malestar es algo que hasta determinado punto puede tolerarse, queja de por medio; es decir que el malestar es en cierto modo su propia enunciación. Sin embargo, tal dimisión en algunas subjetividades puede tornarse insoportable, sobre todo cuando no hay dimensión de aquello que es preciso resignar.

[A] Dr. en Psicología. Docente e investigador de la Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. machades3@gmail.com

En "El Malestar en la cultura", Freud (2007e) aporta una pieza fundamental para abordar esta cuestión, la diferencia entre malestar y sufrimiento. Vincula de este modo el sufrimiento al híper poder de la naturaleza, a la fragilidad del cuerpo y a la insuficiencia de las normas que regulan los vínculos humanos; poderes frente a los cuales las fuerzas del individuo son más que limitadas. No obstante, si acercamos estos términos a otros que Freud (2007d) ya había vertido, en "Inhibición, síntoma y angustia" podemos extraer alguna conclusión. Allí planteaba que todos los peligros externos conducen a un único y genuino peligro: el fracaso del principio del placer por elevación de tensión. Se trata efectivamente de una cuestión económica. He aquí nuestra conclusión: Lo que distingue sufrimiento del malestar es una razón de cantidad, en el primero fracasa el principio del placer, mientras que en el segundo, por algún motivo, esto no acontece.

Podríamos considerar ese distingo y señalar que el malestar hace lazo, socializa, a diferencia del sufrimiento que más bien clausura. Es decir que el malestar implica la dimensión del otro y del Otro, a diferencia del sufrimiento que se experimenta en la soledad del propio cuerpo. Esto no quiere decir que el sufrimiento no pueda en algún momento abrirse al discurso, ni que nada consiga hacerse con él.

Esta clausura puede, paradójicamente, también abrir las puertas de lo desconocido e inconmensurable. Dirán ustedes: la puerta de Dios, ¿por qué no?, es una vía, pero la serie puede continuar: el arte, la tecnología, la ciencia, la sublimación, etc.

Al mismo tiempo, hallamos otros carriles más pedregosos como son las sustancias embriagadoras y tóxicas o sencillamente la locura.

A su vez por esta senda, la cultura actual de libre mercado ha avanzado notablemente y hoy nos proporciona una incontable variedad de (*Gadgets*) objetos de consumo generalizado, que se erigen en ficticias panaceas contra el sufrimiento.

II

Numerosos pensadores contemporáneos coinciden en afirmar que alrededor de los años '50 se ha producido una modificación en las formas típicas de organización de la Cultura, dado por la flexibilización de las jerarquías.

Entre las causas que han determinado este estado de situación Freud (2007c, p. 280) ubica el salvajismo de las guerras, que introdujeron desilusión en los ciudadanos. A ello debemos sumar las modificaciones en el poder económico tras la revolución industrial y el gran impacto del discurso de la ciencia en la vida de los individuos. Todos estos hechos, coinciden en que menoscabaron la confianza en el saber del padre.

Justamente, el incremento de la fuerza instituyente ha sido leído por el Psicoanálisis como la rebeldía contra el padre. El mismo Lacan (2003), retoma la idea de degradación de la autoridad familiar y propone el término *"dehiscencia"*, que toma de la botánica para referirse a la inestabilidad y caducidad de la autoridad del padre en la familia. En su lugar se apostan las leyes del mercado con un único precepto: "Debes consumir".

Lacan en "Los complejos familiares", nos acerca Fajnwas (2019), ya denunciaba la desintegración lenta pero progresiva del orden simbólico y el consecuente ascenso del goce en la cultura. Respecto a este punto Bassols (2012) precisa que el mundo contemporáneo nos impulsa a un goce in-formado, sin forma ni medida (objeto a). Lacan lo llama el horizonte de la mujer y paradójicamente quiere decir la ausencia de horizonte, en tanto la multiplicidad diluye las proporciones posibles comandadas por la métrica fálica (□).

III

Soler (1998), retomando a Lacan para referirse al sujeto moderno, señala que es "'*non duperie*' un sujeto no engañado del discurso, que no cree más en los semblantes que permiten dar sentido a lo real" (p. 4).

En concordancia con ello se plantea la eliminación del sufrimiento por una vía distinta a la de la palabra que, dejando de ser sintomática, "no cesa" de ser patológica. Efectivamente se promueven prácticas de goce directo, sin la mediación de lo simbólico e imaginario para vérselas con

lo real pulsional (Delgado, 2016). Se trata de manifestaciones que incluyen de un modo particular al cuerpo y las acciones impulsivas y que ponen en juego un sufrimiento que excede lo tramitable a través de la palabra. Este es el caso, por ejemplo, de las adicciones, los actos de violencia, la anorexia y la bulimia, los "trastornos de ansiedad", etcétera. Un capítulo aparte en esta sección lo merecen aquellos casos raros, que no pueden ser contados en las categorías clásicas ni como neurosis ni como psicosis, a los que Miller (2014) ha denominado psicosis ordinarias.

Finalmente llegamos a esta conjetura: si la neurosis fue el padecimiento por excelencia de la civilización moderna, los sufrimientos de la época actual, en cambio, plantean nuevos desafíos para el Psicoanálisis, acaso se trate de una clínica del goce.

IV

Si bien el sufrimiento de los sujetos en la actualidad, en muchos casos no llega a constituirse en síntoma, puede sin embargo impulsarlos a un Psicoanálisis y como dice Fajnwas (2019): "Será tarea del analista ayudar al sujeto a construir su síntoma analítico" (p. 71).

Las manifestaciones patológicas en la cultura actual evidencian un ascenso del goce desarticulado de lo simbólico, ascenso del goce (materno) que ha sido vinculado a la caída del Nombre-del-Padre en lo social.

Sabemos que existe una estrecha relación entre el Padre y el advenimiento de la función fálica P- □, función que viene a darle una proporción a lo ilimitado del goce materno, pues sin él lo que hallamos es un empuje a un goce de "domicilio desconocido" (Lacan, 2008. p. 208).

Efectivamente, podemos decir, como punto culminante de este trabajo, que el gran interrogante de la clínica contemporánea es cómo suplir o apuntalar una función paterna deficiente. Entendemos que ese ha sido el esfuerzo teórico de Lacan a la altura del Seminario 22: RSI y el Seminario *23:* El sinthome.

Pero no solo eso, porque como advierte Batista (2019), en la clínica, podemos encontrar otras dificultades alternativas, por ejemplo: la operatoria del Padre y no la instauración de la función fálica P -□□ (lógica válida para pensar el retraso mental), o al revés, la no operatoria del Padre y sí de la función fálica P□ -□. En este último caso algo ha funcionado como Nombre-del-Padre, algo ha permitido poner coto al imperio del goce materno.

Esto va en línea con lo que trabaja Lacan (1974-75) en la Clase del 11/02 del *Seminario 22: RSI*, cuando abordando la cuestión del nudo borromeo, se preguntará a cerca de qué es lo que le da estabilidad. Allí planteará la pluralización del Nombre-del-Padre. Denominará a lo Simbólico, lo Imaginario y lo Real, Nombres-del-Padre. "Cada uno de estos tres, serán Nombres-del-Padre en tanto nombran algo" (Lacan, 1974-75. Clase 11/02, párrafo 2). Es decir que hay un cambio de estatuto del Padre como Nombre, al Padre más bien como nombrante, ya no como metáfora S□ nombrado por la madre, sino ubicado en el lugar de S□. Pero no solo ampliará esta función de nominación desde el Padre a I, S, R sino que las identificará respectivamente, con los conceptos de Freud: Inhibición, Síntoma y Angustia, en tanto pueden operar como cuarto término que mantienen al nudo unido.

Entendemos que sobre esta lógica se sustenta el planteo clínico de Brousse (2017). Frente a la caída del Nombre-del-Padre propone un nuevo binomio: la madre con lo social. De este modo se puede armar pareja con la madre sin la condición de necesidad de la función paterna, es decir poner en juego algo que el sujeto tome del campo social (alguna causa) y lo haga funcionar en lugar de la operatoria paterna fallida.

Se trata efectivamente de un pase de barajas, de un truco, ya que como plantea Lacan (1973-74) en definitiva: (…) todos inventamos un truco para llenar el agujero (*trou*) en lo Real. (Clase 8, párrafo 22).

Referencias

Bassols, M. (2012). Ciencia, ficción y feminización. En El orden simbólico en el siglo XXI, (1° Ed. Vol. VIII° Congreso mundial de Psicoanálisis. pp. 209-214). Ed Grama.

Battista, G. (2019). La imaginarización del S□. En Negro, M. y Battista, G. [comp.] (2019). Incidencias clínicas de la carencia paterna. Ed. Grama.

Brousse, M. (2017) Fuera sexo: Extensión del imperio materno. Seminario del campo freudiano en granada [Webinar]. Granada. http://icf.granada.net
Delgado, O. (2016) Actualidad de "El malestar en la cultura" Sobre nuestra deuda con Freud. Virtualia, Revista de la Escuela de la Orientación Lacaniana. N°15, pp. 1-3. http://virtualia.eol.org.ar/032/
Fajnwas, F. (2019). No limits. En Negro, M. y Battista, G. [comp.] (2019). Incidencias clínicas de la carencia paterna. Ed. Grama.
Freud, S. (2007c). De guerra y muerte. Temas de actualidad. En Obras Completas. (Vol. 14). Ed. Amorrortu.
Freud, S. (2007d). Inhibición, síntoma y angustia. En Amorrortu Editores, Obras Completas. (Vol. 20). Ed. Amorrortu.
Freud, S. (2007e). El malestar en la cultura. En Amorrortu Editores, Obras Completas. (Vol. 21). Ed. Amorrortu.
Lacan, J. (2003). Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología. En Siglo XXI Editores, Escritos 1. Ed. Siglo XXI.
Lacan, J. (2013). Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano. En Siglo XXI Editores, Escritos 2. Ed. Siglo XXI.
Lacan, J. (2008). El seminario, libro16: De Otro al otro. Ed. Paidós.
Lacan (1973-74). Seminario 21: Los no desengañados se engañan o los nombres del padre. Manuscrito inédito.
Lacan, J. (1974-75). Seminario 22: R. S. I. Manuscrito inédito.
Miller, J. (2014) Las Psicosis ordinarias. Ed. Paidós.
Soler, C. (1998). Trauma. [Conferencia]. Hospital Álvarez. Buenos Aires. http://www.bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFP/adultos/lombardi/soler%20-%20el%20trauma.pdf

ESTUDIO DE VALIDACIÓN DEL PCL-5 EN ARGENTINA, TEST PARA MEDIR LA PRESENCIA Y LA GRAVEDAD DEL TRAUMA PSICOLOGICO

Elena Valerio [A], Anna Rovella [B], Miguel Angél De Bortoli [C], Jorge Leporati [D]

INTRODUCCIÓN:

El Trastorno Por Estrés Post Traumático (TEPT o PTSD) es una patología incapacitante a raíz de haber vivido una experiencia extremadamente traumática. Fue incorporado en 1980 en el DSM-III, y después readaptado en las diferentes ediciones del manual. El TEPT es consecuencia de una amenaza física y riesgo de vida, real o percibido, de uno o de un tercero, como situaciones de guerra, asaltos, abusos sexuales, accidentes viales, desastres ambientales (Carvajal, 2002) y actualmente a la pandemia por COVID-19 (Palomino-Oré y Huarcaya-Victoria, 2020). La actual pandemia por la COVID-19 tiene características que pueden favorecer la aparición de niveles de estrés elevados por ser un virus nuevo, generando mayor incertidumbre, que se agrava por el aislamiento social preventivo, limitando el acceso de las redes sociales de sostén habituales (Ribot Reyes, Chang Paredes y González Castillo, 2020). El TEPT tiene una alta comorbilidad con otras patologías o trastornos de la conducta (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson,1995), por esto es importante realizar un correcto diagnóstico para realizar el tratamiento adecuado. El TEPT es, por lo anteriormente mencionado, un trastorno en expansión, de allí la necesidad de tener en Argentina un instrumento válido y confiable para poder medir y discriminar la sintomatología propia del desorden. El PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) de Weathers et al. (2013, versión española 2018) tiene numerosos estudios que indican sus adecuadas propiedades psicométricas (Armour et al., 2015; Wortmann et al., 2016). La primera versión de este cuestionario es del 1993 y se asentaba en los criterios del Manual Diagnostico y Estadístico de Salud Mental de la Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-III-R (1987). Fue sucesivamente revisado por los mismos autores para adaptarlo a los cambios ocurridos en la quinta edición del DSM (American Psychiatric Association, 2013). El PCL-5 está constituido por 20 ítems, de los cuales 9 no variaron respecto a la versión anterior, 5 fueron ligeramente revisados y 3 se modificaron

[A] *Lic. en Psicología, docente universitaria UNSL, Coord. de la Comisión e Emergencia y Catástrofe del Colegio de Psicólogos de la Provincia de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. elenavalerio@sanluis.edu.ar*
[B] *Profesora Universitaria. UNSL. San Luis, San Luis. Argentina. arovella@unsl.edu.ar*
[C] *Doctor en Bioquímica. Docente Universitario. UNSL. San Luis, San Luis. Argentina. midebort@unsl.edu.ar*
[D] *Estadistico. Profesor. FICA UNSL. Villa Mercedes, San Luis. Argentina. jorgeleporati1560@gmail.com*

para adaptarse a los síntomas agregados en la versión del DSM-5. Es un cuestionario de auto compilación donde se solicita referir hasta que punto, (en una escala de 0 a 4), le molestan los síntomas descritos, teniendo en cuenta el último mes (Bovin, et al., 2016). El PCL-5 (Weathers et al., 2013) constituye un instrumento válido y confiable para medir la severidad de los síntomas de TEPT, y es sensible a los cambios de los mismos, pudiendo determinar un diagnóstico provisional de dos formas: A)Tratar cada elemento clasificado como: 1 elemento del Criterio B (preguntas 1-5), 1 elemento del Criterio C (preguntas 6- 7), 2 ítems del Criterio D (preguntas 8-14), 2 ítems del Criterio E (preguntas 15-20). B) Sumar los 20 ítems (rango 0-80) y usar una puntuación de corte de 33 para determinar la presencia de la patología.

El mayor cambio relativo al TEPT, presente en el DSM-V respeto a la versión anterior, es eliminarlo de la categoría de "Trastornos de Ansiedad" y colocarlo en una clasificación llamada "Traumatismos Y Trastornos Relacionados Con Factores De Estrés". Además, entre otros cambios, se definen más claramente qué tipo de eventos se consideran traumáticos en el Criterio A y el incremento del número de síntomas de 17 a 20 (Bovin, et al., 2016).

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados preliminares de la validación argentina del PCL-5 en población no clínica a través del análisis de la consistencia interna y factorial.

METODOLOGÍA:

Participantes: Se realizó un estudio instrumental a través del análisis factorial exploratorio a partir de una muestra de un total de 453 personas (346 mujeres, 102 hombres, 5 no binarios), con edades entre 17 y 72 años, promedio 33 años. La muestra total es la suma de dos muestras distintas, recolectadas en momentos, modalidades y poblaciones diferentes. La muestra 1 (M1) fue obtenida desde 2019 hasta febrero 2020 y evaluada en formato papel; la muestra 2 (M2) entre marzo y junio 2020, durante el comienzo de la pandemia con aislamiento social obligatorio, fue suministrada en formato de formulario on-line a través de redes sociales en toda la Argentina. Las dos muestras quedaron así compuestas: M1: 143 sujetos, 99 mujeres, 43 hombres y 1 no binarios, rango 17-68 años, media 26,4 años; M2 compuesta por 310 personas, 247 mujeres, 59 hombres y 4 no binarios, rango 17-72 años, media 35,9 años.

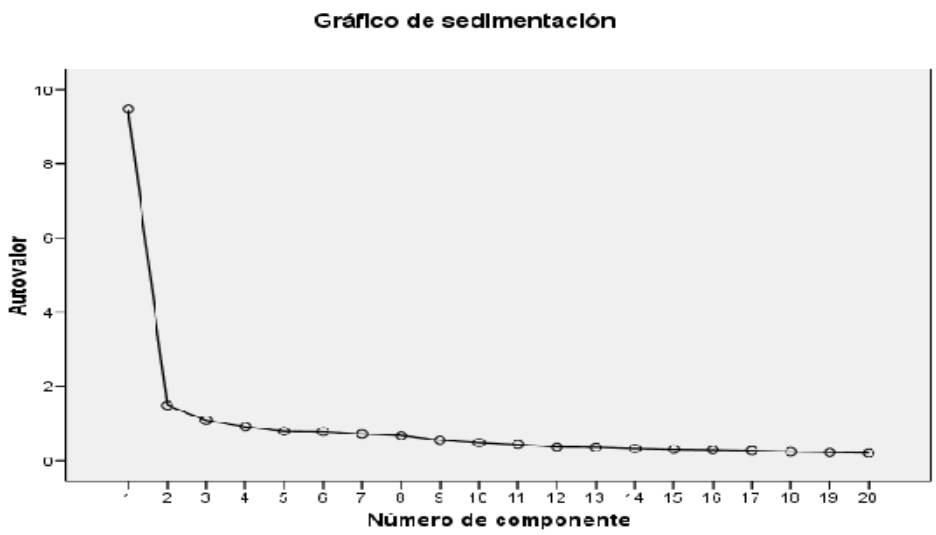
Los datos fueron analizados con un programa estadístico computarizado.

RESULTADOS:

Los datos obtenidos de las dos muestras fueron analizados en un primer momento en manera aislada, M1 y M2. Proporcionando los siguientes resultados:

- En la M1 el Alpha de Cronbach fue 0,929, valor que demuestra su confiabilidad. A través del Análisis Factorial Exploratorio, la Medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue 0,896 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa (p= 0,000).
- En la M2 el Alpha de Cronbach fue 0,945, valor que demuestra su confiabilidad. A través del Análisis Factorial Exploratorio, la Medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue 0,930 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa (p= 0,000).

Grafico 1



Habiendo observado que dicho datos no diferían en manera sustancial en las dos muestras, se consideró adecuado sumarlas (M1 + M2) para tener una muestra mayor, generando así la muestra 3 (M3). En M3 el Alpha de Cronbach fue 0,941, valor que demuestra su confiabilidad. A través del Análisis Factorial Exploratorio, la Medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue 0,939 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa (p= 0,000) justificando la realización del análisis factorial. A través del análisis de las componentes principales se obtuvieron tres factores, que explicaban el 60,223% de la variabilidad total. (Grafico 1, Tabla 1)

Tabla 1- *Matriz de coeficientes para el cálculo de las puntuaciones en las componentes*

Componente	1	2	3	Componente	1	2	3
PCL-5 form A item1	-0,051	0,255	-0,129	PCL-5 form A item11	0,052	0,035	0,086
PCL-5 form A item2	-0,014	0,282	-0,274	PCL-5 form A item12	0,155	-0,095	0,076
PCL-5 form A item3	-0,018	0,189	-0,081	PCL-5 form A item13	0,194	-0,126	0,043
PCL-5 form A item4	-0,113	0,217	0,062	PCL-5 form A item14	0,174	-0,118	0,06
PCL-5 form A item5	-0,05	0,216	-0,048	PCL-5 form A item15	0,148	-0,15	0,157
PCL-5 form A item6	-0,219	0,249	0,199	PCL-5 form A item16	0,159	-0,146	0,1
PCL-5 form A item7	-0,182	0,213	0,197	PCL-5 form A item17	0,145	0,06	-0,179
PCL-5 form A item8	-0,084	-0,126	0,522	PCL-5 form A item18	0,164	0,029	-0,17
PCL-5 form A item9	0,104	-0,072	0,142	PCL-5 form A item19	0,226	-0,036	-0,176
PCL-5 form A item10	-0,034	-0,065	0,379	PCL-5 form A item20	0,171	0,048	-0,221

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

DISCUSIÓN:

En base a los resultados obtenidos, se puede afirmar que la versión argentina del test puede ser utilizada en la población con un nivel de confiabilidad adecuado, considerando los elevados valores obtenidos a través del Alpha de Cronbach, Medida Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett, reportando de este modo la adecuada validez para evaluar respuestas de estrés subjetivo ante eventos traumáticos. El análisis de las componentes principales refiere la presencia de tres factores que explican el 60,223%, coincidiendo con las manifestaciones centrales de este trastorno, los fenómenos intrusivos, la evitación y la hiperalerta. Sin embargo a través del Análisis de componentes principales con el método de rotación de la Normalización Varimax con Kaiser, la puntuaciones de componentes no coincide totalmente con los criterios identificados por los autores (Weather et al., 2013) en relación al DSM-V.

Los datos obtenidos arrojan resultados interesantes de forma preliminar. Sin embargo para obtener valores normativos para la población argentina, es preciso incrementar la muestra y seguir profundizando los 3 factores evidenciados en el análisis de las componentes principales no coincidentes con los presentados en el PCL-5.

REFERENCIAS:

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R, Third edition revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.

Armour, C., Tsai, J., Durham, T. A., Charak, R., Biehn, T. L., Elhai, J. D., e Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM–5 posttraumaticstress symptoms: Support for a hybrid Anhedonia and Externalizing Behaviors model. Journal of Psychiatric Research, 61, 106-113.
Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in Veterans. Psychological Assessment, 28, 1379-1391. doi:10.1037/pas0000254
Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. Rev. chilena neuro-psiquiatría 40 (2), 20-34. ISSN 0717-9227
Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 52, 1048-60.
Palomino-Oré, C., y Huarcaya-Victoria, J. (2020). Trastornos por estrés debido a la cuarentena durante la pandemia por la COVID-19. Horizonte Médico (Lima), 20(4). https://doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n4.10
Ribot Reyes, V., Chang Paredes, N., González Castillo, A.L. (2020). Efectos de COVID-19 en la salud mental de la población. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 19 (supl.). ISSN 1729 – 519.
Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P. Y Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – Standard [Measurement instrument]. Available from www. ptsd.va.gov. (versión española 2018).
Wortmann, J. H., Jordan, A. H., Weathers, F. W., Resick, P. A., Dondanville, K. A., Hall-Clark, B., Foa, E. B., Young-McCaughan, S., Yarvis, J. S., Hembree, E. A., Mintz, J., Peterson, A., & Litz, B. T. (2016). Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. Psychological Assessment, 28, 1392-1403. doi:10.1037/pas0000260.

MODELOS DE ATENCIÓN DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

María Laura Grancho Alvarez [A]

¿Qué estrategias tenemos disponibles en cuanto profesionales de SM a la hora de pensar el tratamiento de unx usuarix de sustancias psicoactivas?

El modelo de atención tradicional, heredero del modelo médico y legal-punitivo es el modelo prohibicionista. El mismo parte de la concepción de las drogas como poseedoras de un poder demonizante, las concibe como un virus patógeno, como agentes causales de desviación, delito, inseguridad social y enfermedad. La propuesta de tratamiento consiste en la supresión forzosa del tóxico y, debido a esto, las estrategias parten del umbral máximo de exigencia, es decir el cese de consumo como condición de acceso al tratamiento, lo cual resulta paradójico. Suponen la homologación de los sujetos y la propuesta de un tratamiento universal que funcionaría para todxs.

Para Galante (2009) este enfoque suele identificar a la sustancia como el eje de los problemas que se asocian al consumo de drogas. Se considera que a medida que el consumo se intensifica el sujeto va perdiendo su capacidad para controlar sus acciones, lo que lo vuelve irracional.

> *Los enfoques prohibicionistas que sustentaron la abstinencia como modelo de atención, han mostrado serias limitaciones para atender la magnitud de los problemas asociados al uso de drogas. Estos enfoques no han logrado disminuir el consumo de drogas, y por el contrario, parecen haber contribuido a la construcción de representaciones sociales negativas sobre los usuarios de drogas (como personas irracionales, y por ello, peligrosas), que inciden en el sostenimiento de procesos de exclusión social.* (Galante, 2009, p2)

Como alternativa, surge el paradigma de reducción de riesgos y daños (RRD), tomando aportes del modelo socio cultural y psicosocial. Este enfoque tiene en cuenta el lugar y función que ocupan las sustancias en los colectivos sociales, promoviendo estrategias territorializadas con encuadres flexibles. Es por esto que no se coloca como condición del acceso a la atención el cese del consumo, si bien esto puede ser un objetivo a trabajar en el largo plazo. El modelo se basa en la noción de un sujeto activo que puede tener diferentes modos de relación con las sustancias. Es

[A] *Psicóloga. Hospital Piñero. CABA. Argentina. lauragranchoalvarez@gmail.com*

considerado protagonista de sus propios cambios, y por tanto es también un sujetx de derechos. Se considera que los procesos de exclusión social con la consecuente vulnerabilidad socio-sanitaria favorecen el aumento de prácticas de riesgo. Es por esto que las estrategias se orientan a la prevención y asistencia de una amplia gama de problemas relacionados con los procesos de vulnerabilidad social a partir de la intervención comunitaria. El conocimiento en el que se fundamenta se va definiendo en torno a la construcción de un saber colectivo, que incluye el punto de vista de los usuarixs de drogas.

Una apuesta a la singularidad

El psicoanálisis, al igual que el paradigma de RRD, parte de considerar que las sustancias han acompañado a la humanidad desde tiempos remotos, cumpliendo distintas funciones. En El malestar en la cultura (1929) Freud enumera una serie de métodos, mediante los cuales los seres humanos se empeñan en obtener la felicidad y mantener alejado el sufrimiento propio de la cultura. Algunos de ellos son la religión, la fantasía, el amor. el arte y la neurosis, pero el más efectivo de todos considera que es el tóxico. *"Bien se sabe que con ayuda de los «quitapenas» es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación.* " (Freud, 1929, p78)

Finalmente, es interesante resaltar la advertencia que realiza Freud acerca de la insuficiencia de estas técnicas, siempre fallidas, y de la imposibilidad de encontrar el consejo válido para todxs *"cada quien tiene que ensayar por sí mismo la manera en que puede alcanzar la bienaventuranza"* (Freud 1929, p 83)

Le Poulichet (1990) aborda el concepto de Farmakon, propuesto por Derrida para referirse a las cualidades del tóxico, cuya estructura de ambigüedad le permite operar tanto a modo de remedio como de veneno. Según la autora la visión del pensamiento médico-positivista condena al médico a una lucha imaginaria con el "mal por extirpar". Advierte, que ocurre un efecto de desubjetivación al consagrar la omnipotencia de la sustancia como cuerpo químico. Este discurso médico que demoniza la sustancia atraviesa el entramado social y alcanzan a lxs mismxs usuarixs quienes son etiquetadxs o auto-etiquetadxs como "adictos", demandando terapéuticas que reclaman intervenciones a modo de encierro u otras formas de extracción del tóxico.

Según la autora, esta precipitación de saber que ocurre cuando una persona se identifica a la categoría de "adicta" espeja su dificultad para elaborar una relación con su propia toxicomanía como acto singular. De este modo los sujetos quedan cada vez más ausentados. Me pregunto si en el marco de nuestras intervenciones como profesionales de SM, tendemos a alentar el reconocimiento del usuarix con la categoría de "adicto", o bien a facilitar que disponga de los recursos para identificarse con una figura más amable.

Sin embargo, es importante considerar los efectos desestabilizadores que podría producir una conmoción brusca de las identificaciones que sostienen al sujeto para una persona identificada al "ser adicto". Es por esto que, conviene prestar especial cuidado a las intervenciones que tienden a la imposición de un ideal de curación por parte de los profesionales. Una vez más, depende de la función que esto cumpla para cada quien en su singularidad.Ya que, lejos de ser considerada una práctica de "autodestrucción", la operación farmakon revela ser esencialmente conservadora para muchas personas. De estas conclusiones que extrae la autora, se desprende que es muy importante en el tratamiento de usuarixs de sustancias psicoactivas ser cautelosos en la supresión brusca del tóxico previo a conocer qué funcionalidad cumple para cada quien, ya que podría producir efectos devastadores para el sujeto.

Relato de una experiencia de RRD en la comunidad.

El Centro de Día La Otra Base de Encuentro (LOBE) surge de la preocupación por el aumento del consumo de pasta base, la falta de acceso a la salud de lxs usuarixs del barrio y la escasa oferta de dispositivos que aborden esta problemática en 2006.

Se encuentra ubicado en el Barrio Padre Rodolfo Ricciardelli (anteriormente conocido como villa 1-11-14) y desde sus orígenes fue pensado como un dispositivo de salud destinado a la atención

ambulatoria de usuarixs de sustancias psicoactivas, que pudiera responder a la compleja realidad local sobre los consumos problemáticos operando con encuadres flexibles. Entre sus principales objetivos se encuentran la reapropiación del derecho a la salud y a condiciones más dignas de vida de lxs usuarixs, con el objetivo de la postergación del consumo y la recuperación de otros aspectos vitales de la persona. Se trabaja a partir del umbral mínimo de exigencia. lo que implica no proponer como condición la prohibición del tóxico para acceder a los talleres y servicios de la institución y sus dispositivos.

Trayectoria de M

M comenzó a concurrir a LOBE, presentando un aspecto desaliñado, desaseado y sin dormir desde hacía varios días, refería haber estado "de gira". Presentaba lesiones que habían sido causadas por enfrentamientos con pibes del barrio. Se evidenciaba en M un modo particular de lazo al otrx. Él relataba anécdotas en las que testimoniaba situaciones de las que había participado tales como: robos, secuestros e historias de cuando estuvo "preso". Era notorio cierto intento de horrorizar o angustiar al otro con la descripción al detalle de estas escenas, sin duda lo lograba, eran relatos impactantes. El resto de lxs usuarixs de la institución lo ignoraban, intentaban no interactuar con él, decían que sus relatos eran exagerados descreyendo de su palabra. En este período él no se incluía a otros dispositivos que ocurren con cierta regularidad y encuadre en el centro.

Ranchada.

Se trata de un dispositivo de abordaje extramuros con personas en situación de calle y en escenarios de consumo. Consiste en una caminata por el barrio en la que se intenta establecer lazo con lxs integrantes de la comunidad, acercar elementos de higiene, preservativos, botellas de agua y algo de alimento. Sus principales objetivos son: reducir riesgos y daños sanitarios, jurídicos y sociales; facilitar el acceso al sistema de salud generando canales amigables; y propiciar el reanudamiento del lazo social. M se ofrece a acompañarnos en esta actividad.

Al comienzo M asiste a la ranchada gritándole a la gente en situación de calle en un lenguaje no apropiado al personal de salud. (se dirige con insultos) Se le explica de qué se trata este dispositivo y la importancia de que nos acompañe en tanto "promotor de salud" ofreciéndole con este rol un lugar diferente desde el cual circular por el barrio. A partir de esta intervención, comienza a ubicarse como guía en esta recorrida, comparte con nosotras un saber que él tiene sobre el barrio del que nosotras no disponemos. Él también nos facilita códigos acerca de cómo debemos comportarnos en este lugar que nos es ajeno, *"yo te muestro los lugares pero no hay que señalar, porque acá señalas y te cagan a tiros".* Con el paso del tiempo, M continúa acompañándonos en ocasiones a las ranchadas y es posible observar cómo este discurso comienza a ceder lentamente dándole lugar a otro. Al acompañarnos realiza un primer acercamiento a las personas en situación de calle desde un discurso afín a los códigos del barrio pero con el encuadre de "promotor de salud", lo que facilita nuestro acercamiento posterior *"Hola compa, como estas? acá las chicas son de LOBE, el centro de salud, vienen a ver si necesitas algo…"*

Radio.

M comenzó a participar en el taller de radio que funciona en el centro. En un principio salía reiteradas veces a consumir lo que dificultaba la participación de sus compañerxs. Un día quien realiza la "operación técnica" del programa no pudo asistir, M se ofreció a ayudarnos en esta tarea al resto del equipo, la radio "lo necesitaba". A partir de esta oportunidad sus compañerxs se mostraban agradecidxs y el equipo también. Él comenzó a reconocerse en este rol de "operación técnica", realizando esta tarea desde ese día en adelante. Sus compañerxs también lo reconocían desde este "saber hacer" que fue construyendo, permitiéndole generar un lazo con los otrxs. *"yo sé elegir la música que va justo con el tema y que a los pibes les gusta"*.

En paralelo a su participación en el centro ciertos aspectos de su vida se fueron modificando, con el paso del tiempo ya no se encontraba en situación de calle, dormía en un parador que se había gestionado desde la institución y eran muchas menos las ocasiones en las que llegaba refiriendo estar "de gira". Asistía a LOBE a diario, su aspecto presentaba una marcada mejoría, se

encontraba aseado, aliñado y refería que su consumo había disminuído. Esto le permitió conseguir un trabajo, por lo que comenzó a asistir a Lobe menos días, sin embargo lograba que los viernes le dejaran la mañana libre ya que "la radio lo necesitaba".

Reflexiones Finales

A partir de este recorrido es interesante evidenciar cómo los distintos modelos influyen tanto en los modos de entender a lxs sujetxs y a las sustancias en sí, así como también en las estrategias de atención que se puedan implementar en la práctica. Considero que tanto la perspectiva de RRD como el psicoanálisis permiten retomar el desafío en SM de generar prácticas que no excluyan la subjetividad. La primera poniendo el foco en los usuarios de sustancias en tanto sujetos de derecho protagonistas de sus tratamientos; y la teoría psicoanalítica poniendo en serie el recurso al tóxico con otrxs mecanismos (no patologizados ni estigmatizados) para aliviar el malestar, rescatando la función que puede cumplir el consumo para cada quien.La experiencia de LOBE enseña que no siempre cuando un sujeto está en situación de consumo problemático, lo prioritario a tratar es el consumo.

Bibliografía de referencia

Freud, S. (1929). El malestar en la cultura. Capítulo II y III. En Obras Completas. Vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
Galante, A. (2009). Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. La Plata: Universidad Nacional de la Plata
Le Poulichet, Sylvie (1990) "Toxicomanías y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo. Ed Amorrortu.
Quevedo, S. (2007). Sobre simplificaciones y banalidades... la toxicomanía, un caso ejemplar. En Adicciones: Desde el fantasma del flagelo a la dimensión de la pregunta. Buenos Aires: Letra Viva.

CONSIDERACIONES SOBRE LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA EN LA SUBJETIVIDAD DE LA ÉPOCA Y EL DESENCADENAMIENTO DEL ATAQUE DE PÁNICO. APORTES A LA CLÍNICA DE LAS AFECCIONES PSICOSOMÁTICAS DESDE EL PSICOANÁLISIS DE ORIENTACIÓN LACANIANA

Fiorella Ottonello [A], Laura Guilera [B]

Desarrollo

"Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época"[1]. Partimos de esta afirmación que nos invita a darle espacio y tiempo al análisis de la época, hecho necesario, pues ella está intrincada en nuestra práctica analítica, en la vida del analizado y del analista. Lacan refiere explícitamente en la cita mencionada la importancia de que el analista pueda leer los significantes que atraviesan la época y tener en cuenta que él también se encuentra atravesado por estos[2].

Asistimos en 2020, a un fenómeno mundial de incertidumbre, que nos confrontó con un real que escapa constantemente a la posibilidad de aprehensión, allí cuando creemos comprenderlo, estar seguros, muta por su propia condición.

1 *Escritos 1, Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis, 1953*
2 *Subjetividad de la epoca: segunda vuelta . Maria Cristina del Villar*

[A] *Lic. en psicología. UBA. CABA. Argentina. fiorela.ottonello@gmail.com*
[B] *Lic. en psicología. UBA. CABA. Argentina. laura_guilera@hotmail.com*

Entendemos desde nuestra clínica, a la pandemia como un real que ha irrumpido y conmovido nuestra relación fantasmática con la realidad. Las referencias cotidianas no han sido más la guía, poniendo en evidencia, a partir del virus allí afuera y al que somos susceptibles, una realidad que ya no es velada por lo simbólico, y que nos ha confrontado a un mañana sin certezas.[3] En línea con lo planteado por Fernanda Otoni Brisset, la incertidumbre mundial inicial nos ha mantenido a la expectativa y a la espera de una "salvación" que nos pudiera devolver esas maneras, precarias tal vez, pero estabilizadoras, de sostener las subjetividades. Las estabilizaciones ficcionales con las que cada uno erigió su defensa y tejió sus anudamientos fueron perturbadas y esa conmoción ha desestabilizado los frágiles anudamientos simbólicos que sostenían a algunos sujetos.[4] Son estas particularidades del transitar de la época, las que nos invitan y nos otorgan dimensiones para leer las manifestaciones en la clínica, entendiendo que asistimos (desde el inicio de la pandemia) a síntomas y presentaciones que creemos cobran un nuevo significado dada esta particular coyuntura. ¿Entonces, nos preguntamos cómo podemos leer los efectos de la pandemia en la clínica? En el marco del trabajo que hoy presentamos hemos intentado ubicar desde nuestra experiencia y del intercambio con otros colegas, que asistimos a un aumento de las manifestaciones de pánico en las consultas.

Encontramos la posibilidad de tomar los planteos que se desprenden de la investigación UBACyT "Nuevos aportes a la clínica de las afecciones psicosomáticas desde el psicoanálisis de orientación lacaniana" en el que la Doctora Liliana Szapiro es directora, para pensar acerca de la cantidad creciente de consultas durante el tiempo de inicio de la pandemia por ataques de pánico, o de reaparición de los mismos en pacientes en los que habían remitido.

Creemos necesario para nuestro desarrollo, también, reflexionar acerca de cómo la lógica capitalista se reproduce y reinventa en el marco de la pandemia. Tomamos los desarrollos de Lacan en el Reverso del psicoanálisis para afirmar que dicho discurso reniega de la castración y de la imposibilidad. De esta manera, potencia la caída del nombre del padre en su función como ordenador lógico en la constitución de las subjetividades, impactando en los lazos sociales, y privilegiando la emergencia de un goce desregulado, no acotado por la función fálica que se manifiesta en los vínculos, en la preminencia del registro imaginario y, en la manifestación de un odio desregulado. En esta línea el filósofo y ensayista Byung-Chul Han, aporta a la lectura de la época y reflexiona que se ha desencadenado un pánico desmedido en virtud del virus, entendiéndolo como una reacción inmunitaria social, e incluso global ante el mismo que apareció como el nuevo enemigo invisible y externo. Es en esta coyuntura que un real mortífero apareció arrasando con nuestros velos de normalidad, recordándonos nuestra condición de finitud.[5] Este pánico se modela de la mano de una época en donde el capitalismo ha configurado subjetividades funcionales, caracterizadas por la inmediatez como ritmo para generar productos. La intención de mantener esas rutinas previas al virus es signo de lo anteriormente mencionado. La virtualidad y las pantallas aparecieron como único medio para lograr esa familiaridad previa al mandato de la productividad. En este punto es que el psicoanálisis puede dar una respuesta diferente a la singularidad tan abatida, al sujeto arrasado, dando posibilidad vía el Nombre del Padre a inaugurar una nueva salida subjetiva.

Partiendo de su estudio de los fenómenos psicosomáticos, la Dra Liliana Szapiro plantea que en el desencadenamiento de los ataques de pánico nos encontramos en algunos casos con un punto en el que el fantasma no alcanza a responder frente al encuentro con la castración del Otro. La respuesta se evidencia a través del cuerpo en la vivencia de un goce desregulado como consecuencia de LA OPERACIÓN FALLIDA DEL NOMBRE DEL PADRE, ESPECÍFICAMENTE EN LO QUE RESPECTA A SU DIMENSIÓN SIMBÓLICA. Así, en el pánico, nos encontramos con un monto de

3 *Jorge Aleman*
4 *http://www.eol.org.ar/biblioteca/lacancotidiano/LC-cero-884.pdf*
5 *Sopa de Wuhan*

excitación tan intenso que el aparato psíquico no alcanza a ligar puesto que no hay recursos simbólicos frente a su irrupción.

Consideramos posible entender la pandemia como un momento coyuntural que en su inicio ha devenido traumático, introduciendo al sujeto en el máximo desamparo. Nada puede frenarla, nada puede decirse con certeza, reproduce el sin freno del capitalismo, pero con un resultado que no es la eficiencia y producción sino la muerte. Las grietas de este discurso se han dejado ver y el sujeto confrontado a la castración del gran Otro, ha Sido persuadido que el gran "sujeto supuesto saber" no sabe todo, que está agujereado y que avanza y produce a ciegas.

¿Nos preguntamos de qué modo, conservando la especificidad de su discurso, el psicoanálisis puede crear la brecha por donde el sujeto pueda retomar la palabra?

Conclusiones

Consideramos a partir de lo expuesto que es posible otorgarle a la situación inicial de la pandemia un valor traumático en tanto real que ha irrumpido y arrasado con las coordenadas y posibilidades subjetivas de elaboración, dejando al sujeto en una situación de desamparo. A partir de los desarrollos que tomamos de la Dra Szapiro, respecto de los puntos de convergencia entre aquellos sujetos que padecen fenómenos psicosomáticos y ataque de pánico, formulamos que es posible pensar que dicha coyuntura ha incrementado la reaparición de fenómenos ligados a los así llamados ataques de pánico en aquellos sujetos que dan cuenta de una fallida inscripción del nombre del padre en su dimensión simbólica, primando así el desregulamiento de un goce manifestado en el cuerpo.

Asimismo, hemos reflexionado acerca de cómo el discurso capitalista imperante que favorece el desregulamiento del goce, dando predominio a lo imaginario por sobre lo simbólico, ha intentado incorporar este real a su lógica potenciando dichos puntos. El discurso aceptado nos ha advertido del peligro de ese otro que se nos acerca, nos ha invitado a hacer un uso casi ilimitado de la protección de la virtualidad para el no encuentro con el Otro, dejándonos al resguardo de nuestras pantallas, con la posibilidad de consumir más que nunca a un sólo clic y no menos importante disponer ahora del tiempo para ser felices y lograr todo aquello que no había Sido posible antes por nuestras obligaciones. Los cuerpos se intentaron ordenar a través de consejos, rutinas, cursos y todo lo que se quisiera aprender al alcance de la mano. Sumergiendo al sujeto a una burbuja que nuevamente le permita desconocer el real que acecha. Multiplicándose también, los discursos fundamentalistas que dan cuenta de ese S1 que no enlaza.

A partir de lo expuesto podríamos pensar que en ciertos sujetos con una particular falla en el nombre del padre, los trucos que el capitalismo ha ofrecido no han bastado, favoreciendo la conmoción fantasmática, allanando así el terreno para la pandemia del pánico.

Creemos que el psicoanálisis como discurso alternativo al capitalista, en tanto introduce la falta estructural permitiendo hacer con ella, nos da una vía posible para ofrecer al sujeto, a través de la palabra, para salir del desamparo. Tal como introduce la Dra Szapiro, reconstruir la aptitud simbólica del sujeto nos permitirá un anudamiento más estable de la estructura.

Bibliografía:

Cosaka, Juan Carlos. (2017)" Ataque de pánico. Una lectura psicoanalítica. " Buenos Aires. Letra Viva.
Freud,S. (1920)"Más allá del principio de placer" .Obras completas. vol XVIII, Buenos Aires. Amorrortu.
Freud,S. (1894/1895) " Sobre la justificación de separar la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia". Obras completas, vol III. Buenos Aires. Amorrortu.
Lacan, J.(1966-67) : Seminario 14. Manuscrito no publicado.
Szapiro, L. (2011), Elementos para una teoría y clínica lacaniana del fenómeno psicosomático. Buenos Aires: Grama Ediciones.
Agamben, G. ZiZek,S, Nancy,I.J. Berardi,F. López Petit,S. Butler, J. Badiou,A. Harvey, D. Chul Hal, B. Zibechi, R. Galindo, M. Gabriel, M. Yañez Gonzalez, G. Marique, P. Preciado, P. (Marzo, 2020) Sopa de Wuhan. " Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias". Vol 1. ASPO.
Área Temática: • Psicoanálisis

RECONECTANDONOS CON LA NUEVA REALIDAD LABORAL DESDE EL EFECTO CRISALIDA A PARTIR DEL COVID 19 BUSCANDO LA NUEVA NORMALIDAD

Sylvia Lucia Melendez Duran [A]

La pandemia de Covid desde marzo del 2020, repercutió en la salud pública en todos los territorios a nivel mundial, incidió en que se generarán nuevas dinámicas desde el punto de vista laboral tanto para empleadores como empleados en sus modelos de trabajo, dinámicas personales, familiares, sociales, académicas, puesto que se habla de " distanciamiento " de tipo físico y social para evitar el contagio.

Por tal motivo a las personas se les ordenó pasar a laborar desde sus lugares de trabajo con todos los elementos indispensables, de tipo logístico, adaptando equipos y tecnología a sus lugares de residencia, donde se encuentran sus familias con dinámicas muy diversas tales como: la pareja que también debía cumplir obligaciones laborales, hijos pequeños, estudiantes de colegios y universidades, antes con el apoyo de asistentes y cuidadores y por el contagio ya no se contaba con ellos, también deben cumplir con horarios académicos, padres adultos mayores que antes tenían cuidadores y ahora la persona debía asumir su cuidado, mascotas. ¡Los sitios físicos en el hogar han sido reducidos y se debe compartir con todos los miembros procurando armonía!!! en el confinamiento o encierro.

Específicamente este tipo de situaciones trae repercusiones de tipo físico, mental, emocional, cognitivo, social. Inicialmente dentro del espacio o dinámica residencial.

Así mismo a partir de esta situación se han generado nuevas formas de trabajo desde lo presencial a lo remoto o virtual, generando la reacomodación de estructuras organizacionales, muchas personas no sabían manejar los diferentes dispositivos y se han visto forzadas a trabajar tecnologías y plataformas que no conocían. También el reacomodarse en su hogar y aprender a adaptarse a estar permanentemente con su familia. La pérdida de las interacciones con sus compañeros.

También se debe tener en cuenta el manejo de las jornadas laborales por parte del empleador, que en ocasiones no se respeta excediéndose en sus horarios 24/7 y aunque se este en casa pagar oportunamente sus servicios, además de los costos que repercute utilizar elementos de su residencia tales como servicios públicos, equipos propios e internet; muy importante tener en cuenta las condiciones de tipo ergonómico, factores intralaborales, extralabores y personales y de salud ya que si se enferma hay que pagar incapacidad.

Así mismo, ya en el año 2021 a partir del mes de julio las empresas e instituciones públicas y privadas están convocando a que las personas regresen a sus lugares de labor … a que se establezca nuevamente este ciclo laboral, "volver al sitio de trabajo" pero este tipo de situaciones ha generado ansiedad, angustia por miedo a contagiarse, estar adaptado al ambiente de hogar luego de más de año, o el no querer enfrentarse a factores de movilidad que repercuten en su bienestar.

Por tanto, a partir de las reflexiones anteriores, el planteamiento del problema del presente estudio radica en conocer las afectaciones e incidencias en los individuos en cuanto a:

1. Su desempeño laboral en el 2020 en un ambiente diferente al cotidiano y cómo incidió o afectó para el adecuado desempeño y ejercicio de sus funciones.
2. Su estado de ansiedad en torno al regreso a su ambiente laboral del 2021 y por factores de salud, adaptabilidad no quiere hacerlo.
3. La organización desde sus políticas de bienestar relacionadas con onbording, employer brandig, cultura, clima y ambiente laboral como se están readaptando para asumir esta nueva situación.

[A] Lic. en psicología, Docente, Investigadora, Asesora, Consultora UNITEC, AREA ANDINA, EAN. Distrito Capital de Santa Fé de Bogotá. Colombia. sylvialuciamelendez@hotmail.com

El objetivo general está encaminado a:

Fundamentar y explicar las características de tipo emocional, mental, física, social de los individuos en el desempeño de su trabajo en ambiente remoto o virtual, en el año 2020 cuando se estaba confinado y 2021 con la ordenanza de la nueva normalidad, Mediante entrevistas semiestructuradas con el fin de determinar las características que se están generando y a partir de las mismas llevar a cabo acciones tendientes a la mejora del bienestar laboral.

Como objetivos específicos se tiene:

Identificar elementos que inciden de tipo mental y emocional en los individuos y cómo afecta el ejercicio de su labor, en el confinamiento y luego del confinamiento.

Analizar las características físicas en las cuales los individuos deben laborar y su repercusión en el desempeño, en el confinamiento y luego.

Determinar características de tipo social que repercuten en las interrelaciones familiares y laborales en el adecuado desempeño.

En cuanto a la hipótesis se define como descriptiva puesto que supone respecto a rasgos, características o aspectos de un fenómeno, hecho o situación. (Bernal 2006)

La población con la cual se está trabajando son 30 mujeres trabajadoras: profesoras 15 y 15 empleadas con carrera profesional, entre 35 a 55 años, separadas o divorciadas, con obligaciones económica afectivas de mantenimiento ,tales como responder por : hijos y adultos mayores.

La metodología procedimental etnográfica, es de tipo descriptiva correlacional puesto que reseña, muestra, narra o identifica hechos, situaciones, rasgos característicos de un objeto de estudio. (Bernal 2006)

El método a emplear es la entrevista semiestructurada donde se indagan aspectos de tipo emocional, mental, cognitivo, físico, social.

Acorde a los resultados encontrados se procede a utilizar las herramientas correspondientes a fin de establecer concordancia con la hipótesis planteada y los objetivos general y específicos expuestos.

Las conclusiones que resultan del presente estudio repercuten en el desarrollo del planteamiento de reestructurar el modelo organizacional que se posea en las empresas, para unas mejores prácticas en el mejor aprovechamiento de las funciones y competencias de sus colaboradores, sean mucho más productivos y eficaces en su desempeño, retornando a su labor en la organización.

Palabras clave:

Estado mental-emocional, estado físico y social, confinamiento, distanciamiento. Onbording, employer branding cultura, clima y ambiente organizacional.

Bibliografía:

Apaza, P. Cynthia M y cols. (2020) factores psicosociales durante el confinamiento por el covid 19 Perú. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29063559022.

Banco Interamericano de Desarrollo. (2020-2021) Del confinamiento a la reapertura. Consideraciones estratégicas para el reinicio de las actividades en America Latina y el Caribe en el marco de la Covid 19.

Bernal Cesar,(2006) Metodología de la investigación científica. Mgrawhill.

Cardona, Juan Esteban.(2020). ¿Teletrabajo, sólo temporal? O una realidad. Banco de Colombia.

El flein,John (2020)Corona virus covid 19 disense pandemic statist . 3 abril. www.statist.com.

Ministerio de salud, (2020) presidencia de la república de Colombia. Plan de contingencia Covid 19. Decretos y resoluciones. Marzo, abril, mayo , junio.

Ministerio de salud(2021) Presidencia de la república de Colombia. Resoluciones y decretos, plan de prevención: identificación de factores de alto riesgo, vacunación, Diligenciamiento encuesta Factores Covid.

Ministerio de salud, Colombia (2008) Resolución 2646. Julio 17.

Organización Panamericana de la salud. (2020). Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID 19.

SGSST. Ministerio salud Colombia(2020-2021) reportes de estados de salud.

Unitec. (2021). Parámetros de bioseguridad en el desarrollo de clases presenciales.

Unitec. (2021) . La importancia de los elementos de protección personal.

Universidad de Barcelona(2020) Las consecuencias psicológicas de la covid 19 y el confinamiento. Informe de investigación.

DIVERSOS ENTRAMADOS DISCURSIVOS EN TORNO A LAS ADICCIONES. UNA LECTURA POSIBLE A TRAVÉS DEL CINE

María Paula Paragis [A]

Breve historia del consumo de drogas

La relación del ser humano con las drogas es milenaria y mucho más amplia que aquello que conocemos como adicción. Es posible ubicar que la toxicomanía y el alcoholismo como tales no tienen más de doscientos años de antigüedad. Asimismo, la droga ha tenido diversos usos a lo largo de la historia:

En la Antigüedad, diversas religiones utilizaban el cáñamo (hoy conocido como marihuana) fundamentalmente para acompañar la meditación. En la cultura grecorromana, se utilizaba el término *Pharmakon* para referirse a la droga, con una doble acepción: remedio y veneno, por lo que se planteaba si el problema se encontraba del lado del sujeto o del lado de la sustancia en sí misma. Posteriormente, en la época del liberalismo las drogas comienzan a tener un lugar fundamental en ciertas ideologías como el movimiento hippie, que sostenía la creencia de que consumiendo ciertas drogas se podía acceder más fácilmente al inconsciente. Finalmente, la aparición de la toxicomanía propiamente dicha se instala en el contexto de la guerra civil de Estados Unidos, entre 1860 y 1865, que es cuando se comienza a utilizar de manera sistemática la morfina para calmar los dolores de los heridos. Al terminar la guerra se evidencia la adicción a esta sustancia, por lo que se descubre entonces el fenómeno de abstinencia, lo cual sanciona la entrada de la cuestión del consumo de drogas al campo médico (Escohotado, 1998).

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud define a la adicción como:

> el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor [...] se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. (1994, p. 13)

Asimismo, se señala que "el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona" (Organización Mundial de la Salud, 1994, p. 13).

Discurso jurídico

En el ámbito local tenemos como referencia en la materia la Ley Nacional de Salud Mental (Nro. 26.657/2010), la cual integra al campo de las adicciones dentro del marco de las políticas de Salud Mental (artículo 4), a la vez que está vinculada a la revisión de los tradicionales supuestos de la ética aplicada a la salud a partir de la emergencia de una perspectiva fundada en los principios de autonomía, dignidad y equidad social.

Esta normativa propone un cambio de posición con respecto a los "consumos problemáticos" puesto que el discurso jurídico históricamente ha homologado al usuario de drogas con la figura del delincuente. Según lo establecido en la Ley de estupefacientes (Nro. 23.737/1989) -que continúa vigente-, el consumo tiene carácter de un acto antijurídico. Este tipo de norma se enmarca en un contexto de expansión y consolidación del paradigma abstencionista y prohibicionista en todo el mundo, el cual ha derivado en el auge de tratamientos compulsivos y la creación de las comunidades terapéuticas. En el ámbito de la salud mental, el prohibicionismo y el abstencionismo han generado estereotipos y estigmas sociales de los usuarios de drogas ilegales que tuvieron efectos en los modos de abordaje terapéutico y limitan la accesibilidad al sistema de salud, vulnerando derechos.

[A] Lic. y Doctoranda en Psicología UBA. Docente. Investigadora UBACyT. CABA. Argentina. paula.paragis@gmail.com

La perspectiva de derechos que sustenta la Ley de Salud Mental y Adicciones (Nro. 26.657/2010) implica no criminalizar el consumo y entender la salud mental como un concepto dinámico, determinado por componentes sociales, económicos, culturales y psicológicos. Implica también el derecho a la privacidad, la autodeterminación, la libertad y la justicia, respetando la decisión de los usuarios con respecto a su tratamiento.

Sin embargo, en el discurso jurídico prevalece el tinte ideológico del corpus social, en el cual se considera que la droga sería capaz de despertar presuntos instintos peligrosos en las personas y convertirlos en antisociales, motivo por el cual corresponde aislarlos. El hecho de que en el campo de la salud se conceptualice de este modo al consumo problemático de sustancias tiene implicancias en otras áreas, ya sea a nivel de las políticas públicas, la normativa jurídica y especialmente el imaginario social, dado que se suele considerar a la adicción como un *flagelo social*. "Este discurso legitima la inversión social de pensar el uso de drogas como un problema de seguridad nacional y no, en algunos casos, de salud mental" (Farji Trubba, 2018, p. 21).

Perspectivas psicoanaliticas sobre la adicción

Freud (1884, 1885, 1887) llevó adelante una investigación pionera con respecto al uso de la cocaína, la cual ofrece antecedentes de suma importancia en lo que refiere al campo de las adicciones: Por un lado, describe un proceder en el estudio de las drogas y sus efectos, y por otro, subraya la utilidad no solo sobre sus efectos físicos sino también sobre el malestar psíquico. "Que un dolor psíquico pueda experimentar una cancelación tóxica es, entonces, 'una intuición de Freud desde 1884, cuando puso en evidencia la acción de la cocaína sobre las afecciones dolorosas' (Le Poulichet, 2012, p. 63)" (Rojas-Jara, 2018, p. 4).

En *El malestar en la cultura* (Freud, 1930), plantea que la cultura es inseparable respecto de un malestar que le es inherente. Según el autor, para intentar paliar dicho malestar el sujeto puede recurrir a diversas estrategias: el amor, la religión, el delirio, la sublimación y el uso de narcóticos. Habla de tres tipos de "muletas" –así llama a las distintas formas de enfrentarse al dolor-: "distracciones poderosas que nos hacen parecer pequeña nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas que la reducen; sustancias embriagadoras que nos vuelven insensibles a ella" (Freud, 1930, p. 75). Éstas tienen aspectos a favor y aspectos en contra, pues cada estrategia trae aparejado un peligro, entendiendo que cada manera de enfrentar el malestar conlleva una forma de acercar al sujeto al malestar mismo. En el caso de las drogas, ubica la cuestión en términos de la economía libidinal, situando el beneficio del efecto químico en términos de la independencia del mundo exterior, a la vez que advierte que aquello que en un primer momento funciona como paliativo puede volverse su contrario.

Por otro lado, la referencia de Lacan más conocida sobre esta temática fue pronunciada en la *Sesión de clausura de las Jornadas de los cárteles en la Escuela Freudiana de París* (1975), dado que brinda una definición precisa sobre lo que se entiende por droga: "Es lo que permite romper el casamiento con la cosita de hacer pipí" (p. 50). Asimismo, puntualiza que todo aquello que permite escapar a ese casamiento es bien recibido, de donde resulta el éxito de la droga. Ésta tiene la función de producir una ruptura con el goce fálico, lo cual es también una función atribuida en el texto a la castración, "en la medida en que la castración se opera, en que hay menos falo…" (Lacan, 1975, p. 51). Aquí pondremos de relieve dos cuestiones de suma importancia que se desprenden de dicha definición: 1) El acento está puesto en la función de la droga y no sobre la definición del toxicómano; 2) No se trata de la naturaleza química de la droga ni de los efectos posibles que ella puede producir sobre el organismo (Freda, 2016).

Pánico y locura, la caída del Nombre del Padre

"Quien haga de sí mismo una bestia, se deshace del dolor de ser un hombre". Con esta frase del Doctor Samuel Johnson inicia el film de Terry Gilliam (1998), *Pánico y Locura en Las Vegas*. La historia relata el viaje de un periodista, Raoul Duke y su abogado, Dr. Gonzo, a la ciudad de Las Vegas. Se dirigen allí con el fin de realizar una crónica sobre una carrera motociclística en el desierto y, posteriormente, cubrirán también una convención de policías sobre la lucha contra el

tráfico y consumo de drogas. En su valija llevan una enorme cantidad de drogas de todo tipo: marihuana, mescalina, LSD, cocaína, heroína, popper, éter.

La totalidad del film consiste en la visión del personaje de Raoul Duke, la cual se ve severamente alterada debido a la ingesta de tóxicos, por lo cual las escenas están plagadas de alucinaciones y delirios paranoides. El relato sigue la experiencia de estos dos hombres que se dirigen a Las Vegas con la idea de no perder la energía de los años 60 y el sueño del periodismo gonzo, que plantea un abordaje directo de la noticia, en el cual el periodista se convierte en parte importante de la noticia, siendo un actor más. A la larga descubren que aquello ya no existe y sólo encuentran rechazo e hipocresía por parte de los "buenos americanos".

Hacia el final de la película, luego de una vorágine de sucesos plagados de droga y alcohol, sumamente violentos, Raoul Duke se despierta en su habitación de hotel, totalmente destrozada, sin recordar qué ha ocurrido. Para reconstruir los hechos recurre a su grabadora, mediante la cual se muestran al espectador en forma totalmente desordenada y confusa (del mismo modo que se le presentan al protagonista) una serie de escenas en las cuales él y su compañero se ven empujados a una caída estrepitosa, desbordante de paranoia y excesos de todo tipo. Luego de esto, se lo ve escribiendo mientras reflexiona lo siguiente: "*Ahora estamos programados para sobrevivir. Se acabó la energía vital de los '60. Ésa fue la falla mortal de Timothy Leary. [...] Todos esos ávidos de ácido que creían que la lucidez y la paz se lograban con US$3 de droga. Pero nosotros también hemos fracasado*"[1].

Con sus dichos, Duke revela el desencanto de las generaciones que vivenciaron el estallido del hippismo en los años 60, evidenciando la caída de aquellos ideales que soportaban sus prácticas y luchas. Desde esta óptica, la película de Gilliam permite realizar un contrapunto entre lo que fue el consumo de droga en la época del hippismo (años 60) y el consumo en la etapa posterior, correspondiente al declive de dichos ideales. La primera parece ser una época "donde priman los ideales y hay cierta preponderancia del Nombre del Padre, por eso la droga se ubica [...] como posible partenaire. En ese momento la toxicomanía parece ser una respuesta al costado de otras, como algo localizado y puntual" (Naparstek, 2008, p. 26). En ésta, el consumo se anuda un ideal de libertad y una búsqueda de nuevas experiencias. En cambio, posteriormente asistimos a la llamada "caída del Nombre del Padre", la cual conlleva la toxicomanía generalizada. Es decir, el tóxico constituye un modo único y globalizado de respuesta frente al malestar que se asienta en la inexistencia del Otro. En dicha época, la actual, "prima el goce del consumo propuesto por el mercado, para todos por igual, [...] borrando las diferencias" (Naparstek, 2008, p. 28).

Una de las características de la globalización es ir contra la fortaleza de los ideales que anteriormente hacían que la gente estableciese lazos sociales fuertes, ya sea ideológicos, religiosos, tradicionales, etc. Como consecuencia de su caducidad se observa la dificultad para establecer este tipo de lazo. Los emblemas se han transformado en significantes vacíos, lo que deja al sujeto desorientado, ante lo cual busca armarse o inventarse un S1 propio, a falta de un Otro que se lo brinde. El film resulta, entonces, una clara ilustración de los diversos modos en que los sujetos pueden relacionarse con la droga, así como también evidencia el costado más pulsional e indomable de la conducta en la toxicomanía, que empuja a los protagonistas a una satisfacción paradójica, que constantemente los lleva al límite de la autodestrucción.

El tratamiento que se da a esta cuestión se basa en categorías binarias y moralizantes, en las cuales el consumidor de drogas es homologado a la figura del delincuente, a la vez que se alude indiscriminadamente al usuario de drogas y al narcotraficante. En diversos momentos del film, Raoul plantea de forma mordaz una divisoria de aguas que lo distancia de los "buenos americanos" y de los ideales que encarnan los asistentes a la convención sobre tráfico de drogas. Este tinte

1 *Timothy Leary fue un escritor y psicólogo creador de la psicoterapia psicodélica. Proponía los beneficios terapéuticos y espirituales del uso de LSD.*

ideológico que subyace a la manera en que se retrata al consumidor de drogas en la narrativa cinematográfica reproduce aquello que circula ampliamente en el corpus social. Lo que se evidencia aquí es que se genera un estereotipo del usuario como alguien peligroso y antisocial. Ello genera que este campo tienda a ser pensado como un problema de seguridad nacional y no una cuestión de salud.

Reflexiones finales

En numerosas ocasiones, como el caso aquí mencionado, el contenido de films y series televisivas pareciera transmitir predominantemente dos aspectos en relación con las drogas: el carácter delictivo de su venta y/o consumo y la psicopatologización del consumo de sustancias al ligarlo específicamente a consumos problemáticos. La parcialidad de dichos planteos soslaya las diversas modalidades que puede adquirir el consumo, así como también el carácter relacional que el consumo tiene ya que pareciera centrar la causa de la conducta adictiva en las cualidades de la personalidad del usuario sin considerar el contexto en el que se encuentra inmerso.

Es posible observar la incidencia que tienen los diversos discursos en la configuración de valores, ideales, actitudes y representaciones en la materia, a la que ni siquiera los propios consumidores de sustancias se encuentran ajenos. El hecho de que se verifique aún que los medios masivos de comunicación legitiman los discursos médico y jurídico al reducir el consumo a trastornos psicopatológicos o asimilar al usuario de drogas a la figura del delincuente, brinda potencia a la tendencia a considerar la adicción como flagelo social.

Es importante resaltar el hecho de que aquello que se entiende por "adicto" no ha tenido siempre la misma significación, sino que se trata de construcciones propias de cada momento sociohistórico que han ido modificándose a lo largo del tiempo. Esta tendencia a la homogeneización no hace otra cosa que redoblar el efecto que la droga misma produce: se esconde la subjetividad del usuario, quedando avasallada su singularidad por la representación social de la sustancia. Desde la perspectiva psicoanalítica consideramos que el abanico de usos y funciones posibles que adquiere el tóxico es singular de cada quien, así como también lo son sus efectos.

Bibliografía

Escohotado, A. (1998). Historia de las drogas. Alianza Editorial S.A.
Farji Trubba, N. (2018). Consumos problemáticos y psicoanálisis. En Farji Trubba (comp.). Consumos problemáticos. Del fenómeno social a la operación singular. (pp. 17-28). Letra Viva.
Freda, F.-H. (2016). Soy toxicómano: cuatro referencias de Lacan y dos casos clínicos. UNSAM Edita.
Freud, S. (1884). Über coca. En R. Byck (Ed.), Escritos sobre la cocaína (pp. 91-122). Anagrama, 1980.
Freud, S. (1885). Sobre el efecto general de la cocaína. En R. Byck (Ed.), Escritos sobre la cocaína (pp. 91-122). Anagrama, 1980.
Freud, S. (1887). Anhelo y temor de la cocaína. En R. Byck (Ed.), Escritos sobre la cocaína (pp. 215-222). Anagrama, 1980.
Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. Capítulo II. En Obras Completas, Tomo XII. Amorrortu Editores, 2010.
Gilliam, T. (director). (1998). Fear and Loathing in Las Vegas [Pánico y Locura en Las Vegas] [película]. Estados Unidos: Rhino Entertainment Company, Summit Entertainment.
Lacan, J. (1975). Clausura de las jornadas de carteles de la E.F.P. Inédito.
Ley Nacional de Estupefacientes N° 23.737 (1989). Boletín Oficial de la República Argentina. Disponible en: http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic2_arg_fia_ley23737_sp.htm
Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 (2010). Boletín Oficial de la República Argentina. Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm
Naparstek, F. (2008). Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo. Grama Ediciones.
Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones.
Rojas-Jara, C. (2018). Los escritos de Freud sobre la cocaína (1884-1887): sujeto, objeto y contexto. Revista de Psicología, 27(2), 1-7. http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2019.52305

AFECTIVIDAD Y CONFINAMIENTO EN LA PROVINCIA DE SAN LUIS

Liliana Gómez [A], Eliana Zárate [B] Graciela Baldi López [C]

Introducción

El presente trabajo se enmarca dentro del proyecto PROICO 12-04/20 de la UNSL. Desde el 2020, el mundo está viviendo una pandemia por COVID 19, lo cual llevó a los estados a aplicar medidas de confinamiento para proteger a la población. En Argentina, el día 19 de marzo se decretó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Esta medida preventiva es una situación sin precedentes y se supone que ha generado el exacerbamiento de ciertas emociones como ansiedad, miedo, tristeza, incertidumbre, desesperación, etc. Estas respuestas resultan esperables e incluso necesarias en este contexto ya que nos permiten mantenernos en un estado de atención y de alerta; sin embargo, cuando estas respuestas se prolongan en el tiempo, pueden afectar nuestro bienestar y salud mental (Ministerio de Salud de Chile, 2020).

Esta investigación, se realizó durante la fase 3 de cuarentena, en la cual comienza a darse el contagio comunitario, los contagiados no han tenido necesariamente contacto estrecho con alguien que ha estado en zonas de riesgo, cualquier persona puede propagar el virus. a población, en este momento, veía el confinamiento como una oportunidad para afianzar vínculos, aprender nuevas aficiones, leer, liberarse de ciertas responsabilidades, etc.

Por su parte, la emoción se define como:

> Un fenómeno humano con componentes tanto fisiológicos como psicológicos y conductuales, que tiene bases evolutivas (se desarrollan y se vuelven más complejas conforme la persona crece, independientemente de la cultura), adaptativas (le ayudan a sobrevivir y a funcionar adecuadamente) y funcionales (dependen del entorno y le permiten modificarlo), y que requieren de una interpretación de objetos, personas o situaciones (elicitadores), que la preparan para realizar determinadas acciones y comunicar su estado a quienes la rodean (Gómez Pérez y Calleja Bello, 2016, p. 98).

Teniendo en cuenta la función de las emociones, podríamos considerar que las mismas, preparan al cuerpo para la acción adaptativa. Cuando experimentamos una emoción, el cuerpo entra en estado de activación y responde según el estímulo y la intensidad de la emoción. Son consideradas funcionales porque preparan a la persona para responder, luchar o huir y son fenómenos sociales, que provocan expresiones faciales y corporales, comunicando experiencias emocionales internas que elicitan respuestas en los demás. En esta situación de aislamiento en la cual nos encontramos inmersos, las emociones pueden vivenciarse extremadamente intensas. En consecuencia, es de gran importancia el desarrollo de la regulación emocional para evitar o atenuar la aparición de psicopatologías, dificultades sociales y/o enfermedades.

Hemos definido la variable convivencia como el acto de convivir. Es una palabra de origen latino que significa acto de existir en forma respetuosa con las demás personas. En la vida del ser humano es fundamental la socialización entre los individuos, es imprescindible la interacción con otros seres humanos para la salud mental e integridad física de la persona y de quienes la rodean, para lograr un equilibrio del individuo y su desenvolvimiento en su vida. La convivencia se puede referir a distintos ámbitos como el laboral, hogar, espacios públicos, etc. En este trabajo hacemos mención a si la persona convive con otros o está sola.

[A] *Lic. en Psicología. Docente Investigadora de la UNSL Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis Argentina. liligomez2265@gmail.com*
[B] *Lic. en Psicología. Docente Investigadora de la UNSL. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. eliana.c.zarate@gmail.com*
[C] *Dra. en Psicología. Docente e Investigadora de la UNSL.Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. gbaldilopez@gmail.com*

Con respecto al concepto rutina se hace referencia a aquella actividad que se realiza en forma regular y periódica. En esta investigación se ha seleccionado al trabajo y el estudio como partes de la rutina de las personas, teniendo en cuenta el cambio de presencial a virtual que produjeron las medidas de prevención frente a la pandemia por Covid 19. El aislamiento generalizado implicó la masificación del home office como modalidad, produciendo una cantidad de dificultades para las y los trabajadores del mundo (Giniger, 2020). El trabajo remoto no ha sido una opción, sino una obligación, una imposición de la modalidad; que se agrava frente al encierro domiciliar, la situación sanitaria del COVID-19 y la incertidumbre (Molina, 2020).

Por otro lado, la suspensión de las actividades docentes presenciales para dar paso a la virtualización ha supuesto que el profesorado y el alumnado tengan una elevada presión, tanto en su trabajo como en adaptación al nuevo escenario. La mayoría de los estudiantes ha considerado este cambio como algo negativo (Tejedor, Cervi, Tusa y Parola, 2020).

Objetivo: Explorar los estados afectivos teniendo en cuenta la convivencia y la rutina (laboral/ educativa) en un grupo de sujetos de la provincia de San Luis.

Metodología Diseño: Se trabajó con un diseño cuantitativo, de tipo exploratorio, transversal y descriptivo de poblaciones mediante encuesta. Muestra: no probabilística, de tipo accidental y estuvo conformada por 291 sujetos mayores de 18 años. La edad promedio fue de 39,53 (DS 12,77).

El 86,3% de quienes contestaron (n=251) estaban con compañía familiar durante el mes en que se distribuyó la encuesta, mientras que el 13,7% (n=40) estaba sin dicha compañía. Además, el 50,5 (n=147) informó estar trabajando desde casa y el 54,3% (n=158) estar estudiando de modo virtual.

Instrumento: Se utilizó una encuesta ad-hoc que incluía preguntas sociodemográficas, sobre las emociones y sensaciones predominantes en las últimas dos semanas y la intensidad de éstas (Nada, Poco, Más/ Menos, Mucho)

Procedimiento: la encuesta fue implementada como formulario de Google y distribuida por las redes sociales durante el mes de abril de 2020. Se tuvieron en cuenta las pertinentes consideraciones éticas que rigen las prácticas investigativas.

Análisis de los datos: Los datos se analizaron con un software estadístico computarizado. Se realizó análisis de medias, desviación estándar y porcentaje de los atributos. Además, se aplicó las pruebas de Kolmogorov- Smirnov (distribución no normal de la muestra: p = .000) y U de Mann-Whitney.

Resultados

A partir del análisis de los datos se pudo observar que aquellas personas que al comienzo del confinamiento estaban sin compañía de algún familiar (Rango Promedio=196,90) sentían mucho más la soledad (p=.000) que aquellos/as que estaban acompañados (Rango Promedio=140,15).

Además, aquellos/as que señalaron no estar realizando Home office expresaron mayor desgano (p=.000), soledad (p=.002) y desesperanza (p=.034) que quienes si lo estaban realizando (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis de los estados afectivos según sí trabajaban o no desde el hogar

Estado Afectivo	Trabajo desde el Hogar	N	RP	p
Desgano	Si	147	128,54	.000
	No	144	163,82	
Soledad	Si	147	132,17	.002
	No	144	160,12	
Desesperanza	Si	147	136,71	.034
	No	144	155,48	

Nota: RP = Rango Promedio; p < .05

Por último, en la Tabla 2, se observa que quienes estaban estudiando de manera virtual manifestaron mayor desgano (p=.007) e irritabilidad (p=.006) que quienes no lo hacían. Sin embargo, estos últimos señalaron mayor limitación (p=.021)

Tabla 2. Análisis de los estados afectivos según sí estaban estudiando o no de manera virtual (N=291)

Estado Afectivo	Estudia Virtual	N	RP	p
Desgano	Si	158	157,61	.007
	No	133	132,21	
Limitación	Si	158	136,03	.021
	No	133	157,85	
Irritabilidad	Si	158	157,86	.006
	No	133	131,91	

Nota: RP = Rango Promedio; p < .05

Discusión y Conclusión

A partir de los resultados obtenidos se puede observar que el haber estado acompañado durante los primeros meses del confinamiento favoreció la contención disminuyendo el sentimiento de soledad. Esto coincide con el estudio realizado por Rodríguez Quiroga et al. (2020) quienes informaron la presencia de mayor soledad en los adultos que vivían solos.

El estar estudiando durante el periodo señalado anteriormente generó desgano e irritabilidad producto, quizás, de la acelerada adaptación que tuvo lugar el paso de la enseñanza presencial a la virtual. Resultados similares fueron encontrados en la investigación realizada por Tejedor et al. (2020), en donde los estudiantes percibieron al entorno virtual como menos estimulante y motivante, además de una sobrecarga de actividad y tareas y sensación de aprender menos. Sin embargo, el estar realizando alguna tarea de tipo cognitiva (educativa), y en contacto con otros (docentes, estudiantes) disminuyó la sensación de estar limitado, es decir, sin la libertad para hacer lo que se desea.

Por último, el trabajar de manera virtual (home office) disminuyó el desgano, el sentimiento de soledad y la desesperanza, siendo, en ese momento, un factor protector de la salud mental frente a la incertidumbre de la pandemia y la duración del confinamiento.

En definitiva, podemos concluir que, en este grupo, la convivencia y el trabajo virtual en la casa amortiguaron el impacto emocional del confinamiento en pandemia.

Referencias Bibliográficas

Giniger, N. (enero-junio, 2020). Teletrabajo. Modalidad de trabajo en pandemia. Revista Observatorio Latinoamericano y Caribeño, 4 (1), 24-39 Gómez Pérez, O., & Calleja Bello, N. (2016). Regulación emocional: Definición, red nomológica y medición. Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 8(1), 96-117.

Molina, J. (2020). Trabajo y salud mental en tiempos de pandemia. Realidad Empresarial, 9,52-55 Rodríguez Quiroga, A., Bongiardino, L., Borensztein, L., Aufenacker, S.I., Crawley, A., Botero, C., Scavone, K. y Vazquez, N. (Julio-Diciembre, 2020). Sentimientos de soledad y problemas internalizantes frente al distanciamiento social y confinamiento preventivo por el coronavirus COVID-19. Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos, 24 (2), 57-84.

Sandín, B., Valiente, R.M., García Escalera, J. & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. Rev Psicopatol Psicol Clín, 25(1):1-22.

Tejedor, S., Cervi, L., Tusa, F. y Parola, A. (2020). Educación en tiempos de pandemia: reflexiones de alumnos y profesores sobre la enseñanza virtual universitaria en España, Italia y Ecuador. Revista Latina de Comunicación Social, 78, 1-21.

SÍNTOMA E INTERPRETACIÓN EN LA CLÍNICA DE LA URGENCIA: UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

Vanesa Patricia Fazio [A], Antonella Silvana Miari [B]

Introducción

El siguiente trabajo se desprende de la investigación UBACyT (2018-2021) "La urgencia en salud mental en el hospital público en la República Argentina"[1], dirigida por la Profesora Doctora María Inés Sotelo, cuyo objetivo principal es caracterizar a la población que consulta en urgencia, así como el modo de intervención y resolución frente a la misma, en hospitales públicos de la República Argentina. El propósito de las investigaciones que lleva a cabo el equipo desde hace años es contribuir al diseño de dispositivos eficaces para la atención de este tipo de demanda.

Cuando un sujeto consulta (o los familiares o allegados que lo acompañan) en una situación de urgencia, podemos considerar la fecundidad de ese momento en tanto posibilidad de promover el comienzo de un tratamiento analítico. La iniciación del tratamiento implica habitualmente un movimiento de rectificación subjetiva, en el que quien consulta se pregunta por su padecimiento y supone que hay un saber respecto de su sufrimiento. Existe un debate de larga data en la comunidad analítica que ronda en torno a qué intervenciones está el analista autorizado a realizar en las consultas de urgencia o en las primeras entrevistas y cuál sería el objetivo de estas intervenciones.

En cuanto al objetivo de las intervenciones, el psicoanálisis sostiene una posición ética, sobre la que Lacan hace la siguiente apreciación: "Tenemos que saber, a cada instante, cuál debe ser nuestra relación efectiva con el deseo de hacer el bien, el deseo de curar" (Lacan, 1959-60, p. 139). Laurent, en su lectura de Lacan, afirma que la intervención no apunta al bien del sujeto, sino a propiciar el bien decir (Laurent, 2000). Es claro entonces que, desde la perspectiva psicoanalítica, las intervenciones no se sostienen en un ideal de rápido restablecimiento, sino que, frente a la usual exigencia de cura, propone introducir una pausa (Sotelo, 2007). Los analistas de orientación lacaniana ligan la efectividad del análisis con los cambios en la posición del sujeto.

La urgencia en salud mental implica un quiebre, una ruptura: en general, la voluntad de quien la padece queda suspendida, requiere atención inmediata, es traído a la consulta por sus allegados, tambalea la estabilidad de la vida cotidiana. Los psicoanalistas consideran que esta situación es el resultado de un proceso psíquico, que encuentra en la urgencia su punto de basta. Se experimenta como padecimiento y se manifiesta, en ocasiones, como un mutismo completo, que se verifica en la ausencia de asociaciones. Por el contrario, otras veces, el sufrimiento se manifiesta, por ejemplo, bajo el modo de la verborragia. En ambos casos, quien consulta se encuentra en una posición pasiva frente a su padecimiento. La subjetivación de la urgencia implicará la introducción de un compromiso por parte del sujeto, la percepción de que hay un saber en torno a ese padecimiento, padecimiento que le concierne (Sotelo, 2012). Es decir que la escucha se dirige a la producción de un síntoma analítico, a introducir la dimensión subjetiva eclipsada en la urgencia,

1 *UBACyT 20020170100777BA. Directora: Dra. Inés Sotelo. Miembros del equipo de investigación: Belaga, Guillermo; Rojas, María Alejandra; Leserre, Lucas; Santimaría, Larisa; Fazio, Vanesa Patricia; Miari, Antonella Silvana; Mazzia, Valeria; Paturlanne, Emilia Luciana; Tustanoski, Graciela; Rodríguez, Lucas; Triveño, Gabriela; Melamedoff, Daniel Martin; Vizzolini, Leandro, Moavro, Lucía; Barrionuevo Carolina; Branca, Benjamín; Gasquet, Gabriela; Regojo, Daiana; Amor, Mauro; Olexin, Eugenia; Tolone, Camila; Acosta Córdoba, Sol; Saraceno, Gustavo.*

[A] *Psicóloga. Docente. UBA. Facultad de Psicología. Instituto de Investigaciones. CABA. Argentina. vanesafazio@gmail.com*
[B] *Psicóloga. UBA. Fac. de Psicología. Instituto de Investigaciones. CABA. Argentina. antonellamiari@gmail.com*

el consultante aborda la pregunta por el sentido y la satisfacción en juego en el síntoma y de este modo, finalmente, la urgencia se incorpora a la lógica de una cura.

Sobre las intervenciones que el analista está autorizado a realizar, consideramos a la interpretación psicoanalítica como la intervención privilegiada para favorecer el movimiento de subjetivación de la urgencia. El encuentro con un analista, que lea el síntoma como un mensaje, puede dar como resultado la interrogación respecto de éste: "¿Y qué es lo que hace de un grito un llamado?

El acuse de recibo de Otro" (Miller, 2011, p. 106). Si tenemos en cuenta la indicación de Lacan en "La dirección de la cura y los principios de su poder" (1958), podríamos pensar que sería necesaria la instalación de la transferencia, de un *rapport* en regla, para luego interpretar. Sin embargo, también, es cierto que las rectificaciones del sujeto sobre la realidad advienen de entrada, antes de que se pueda hablar de transferencia y es la interpretación misma la que las propicia (Seldes, 1996). Se tratará entonces de considerar en la urgencia al tiempo y las secuencias temporales en su dimensión lógica, introducir otra temporalidad, la temporalidad del inconsciente y promover mediante la interpretación la torsión de la urgencia en urgencia subjetiva.

Síntoma

En las primeras entrevistas en la urgencia, se trata de hacer de la demanda un síntoma, producto del encuentro con un psicoanalista (Sotelo, 2012). Si bien distinguimos *primeras entrevistas* o *consulta de urgencia* de *tratamiento analítico*, a partir del planteo freudiano acerca de las entrevistas preliminares, los principios y reglas del psicoanálisis orientan al analista tanto en las primeras como en el segundo. La comunidad analítica, en sus diversas lecturas de los autores clásicos, acuerda que no es posible pensar un tratamiento analítico que no comporte alguna incidencia sobre el síntoma. El síntoma es sobre lo que se opera, pero también el instrumento de que se vale el psicoanalista en la operación que lo trata (Schejtman, 2006).

La mayoría de los autores contemporáneos sostienen que existen diferentes concepciones acerca del síntoma a lo largo de la obra de Freud y de Lacan. Sin embargo, coinciden en delimitar al síntoma a partir de dos dimensiones diversas pero articuladas: la del sentido y la de la satisfacción pulsional. Junto con la dimensión del sentido, expresión de un sufrimiento que puede ser descifrado, todo síntoma comporta una dimensión de satisfacción que Freud postula y que Lacan acentúa, sobre todo, a partir del Seminario 10 (Lacan, 1962-63). Situamos, entonces, dos vertientes del síntoma. Por un lado, el síntoma es la expresión de un cumplimiento de deseo y la realización de una fantasía inconsciente que sirve a dicho cumplimiento, es decir, tiene un sentido que es posible descifrar (el síntoma como formación del inconsciente). A su vez, el síntoma porta una satisfacción, es satisfacción sustitutiva. La tarea analítica no consiste en eliminar al síntoma, sino en dar lugar a la producción de ese sentido, sin dejar de tener en cuenta esa paradójica modalidad de satisfacción: "el síntoma reemplaza a la pulsión y al mismo tiempo la pulsión infiltra al síntoma y el síntoma se convierte en una satisfacción en sí mismo" (Brodsky, 1999, p. 14). Por lo que la tarea del analista no puede circunscribirse al levantamiento de la represión, en la medida en que Freud descubre que la barrera de la represión es una barrera porosa: la pulsión infiltra al síntoma. Entonces, el síntoma aporta una satisfacción que el sujeto se resiste a abandonar, "aunque esa satisfacción pueda ser totalmente aberrante" (Brodsky, 1999, p. 15). De esta cuestión está advertido Freud cuando señala la importancia de abstenerse del *furor curandis* y postular que la supresión de los síntomas no equivale a la curación de la enfermedad: "tras eliminarlos, lo único aprehensible que resta de la enfermedad es la capacidad para formar nuevos síntomas" (Freud, 1916-17, p. 326). Subrayamos la importancia de no subestimar la dimensión de solución tras la estridente queja o desorganización conductual que muchas veces se encuentra, lo que puede conducir a intervenciones apresuradas.

Además de la *ganancia primaria de la enfermedad* (esto es, la satisfacción pulsional que el síntoma aporta) en "Inhibición, síntoma y angustia" (Freud, 1926) Freud sitúa el problema de la *ganancia secundaria de la enfermedad*: la adaptación del yo al síntoma. Esto implica que, el yo, en su tendencia a la síntesis y en su afán de cancelar *la ajenidad y el aislamiento* del síntoma, se

adapta a este una vez instalado, lo que complejiza su remoción. Es lo que Fabián Schejtman (2006) denomina *portador asintomático*: la *ganancia* que el síntoma aporta impide que se perciba siquiera padecimiento.

Freud hace hincapié en que la satisfacción del síntoma es *desconocida* para la persona: ese desconocimiento ubica al síntoma como concepto solidario de los de inconsciente y represión, es decir, del dispositivo analítico propiamente dicho.

Las ya señaladas dos vertientes del síntoma, la del sentido y de la satisfacción, son retomadas por Lacan quien, en distintos momentos de su enseñanza, destaca una u otra vertiente: "el síntoma como verdad, que se descifra, y el síntoma como goce fuera de sentido, que no se dirige al Otro, no llama a la interpretación y, en sí mismo, conlleva un goce opaco" (Moraga y Santimaría, 2012, p. 4).

Inés Sotelo (2012) propone un correlato entre la urgencia y la pulsión en la que incluye al síntoma: "donde aparece una urgencia por su descarga, por ejemplo, en el síntoma" (Sotelo, 2012, p. 73). Se articulan así urgencia, pulsión y síntoma. El núcleo de goce del síntoma es definido por Freud y ratificado por Lacan y otros psicoanalistas de orientación lacaniana.

En psicoanálisis, entendemos por *padecimiento psíquico* al sufrimiento que es motor de la consulta y que *sólo puede denominarse síntoma en sentido descriptivo*: algo que a quien consulta se le presenta como ajeno, extraño y de lo cual quiere desembarazarse rápidamente. Nuestro objetivo no consiste en eliminar dicho padecimiento, sino en interrogarlo y que se despliegue en un relato, ofertando la escucha. Se apuesta a que el padecimiento devenga síntoma analítico, aunque este no quede constituido como tal en las entrevistas en la urgencia. El relato que el sujeto hace sobre lo que refiere como su sufrimiento es lo que permite situar las coordenadas de la intervención, lo que supone cierta operación sobre dicho padecimiento, es decir, sobre el síntoma en sentido descriptivo.

Por lo tanto, en relación con el síntoma en la urgencia, el acento no estará puesto exclusivamente en el síntoma descriptivo, en los signos de la enfermedad ni en el dolor o sufrir del paciente, sino especialmente en el modo en que este es relatado: el horizonte será ir más allá del fenómeno, para que el sujeto coloque un decir en el lugar de la causa. Un psicoanalista presente en la guardia sólo contemplará la eliminación de los síntomas una vez que se haya establecido su función.

De modo que, si bien el síntoma (en sentido descriptivo) conlleva una dimensión de ajenidad y extrañeza ligados con el padecimiento de la persona que consulta; todo síntoma envuelve un intento, aunque fallido, de solución. Solución al conflicto psíquico freudiano, nombre de la división subjetiva para Lacan. El síntoma es, fundamentalmente, un modo de respuesta a la falta en el Otro, falta que concebimos desde el psicoanálisis como estructural y que en la neurosis se busca obturar. En efecto, el analista se orienta en dirección al deseo, a reintroducir la dimensión del deseo correlativa del sujeto como falta en ser. Respecto del síntoma, todo analista tendrá presentes las dos dimensiones, la del sentido y la de la satisfacción: en el síntoma convergen la cuestión de desciframiento y de la satisfacción enlazada a dichas representaciones. Miller (1989), advertido de esta tendencia a descuidar la dimensión de satisfacción propia del síntoma, señala que "en el propio relato del infortunio hay en realidad un arreglo, y que el síntoma satisface ahí mismo donde se lo presenta como doloroso..." (p. 15). Como fue enfatizado ya, el síntoma en su naturaleza es goce y no llama al Otro; es responsabilidad del analista intervenir de modo que el síntoma se dirija al Otro: producir el pasaje del síntoma como letra de goce al síntoma como formación del inconsciente. Lo que permite la salida del síntoma del estado de enigma y ajenidad es la apuesta de producir una lectura de los hechos clínicos a partir de lo que Freud llama una fuerte convicción en la existencia de lo inconsciente.

Interpretación

La irrupción sufriente característica de la clínica de la urgencia no puede, entonces, considerarse estrictamente un síntoma analítico, ya que no compromete al sujeto, que se encuentra pasivo frente a su situación. Podemos pensar a la urgencia como un momento de cierre del inconsciente

(Lacan, 1964), donde el *tiempo de comprender* (Lacan, 1945), propicio para la operatoria de la interpretación, se encuentra colapsado (Sotelo, 2007). En "La dirección de la cura y los principios de su poder" (1958), Lacan sostiene que, a partir de los descubrimientos de Freud, se entiende que la cura se ordena según un proceso que va desde la rectificación de las relaciones del sujeto con lo real hasta el desarrollo de la transferencia y, luego, la interpretación. Sin embargo, en el Seminario 11 (1964) dedica unas líneas a plantearse la siguiente paradoja: si, como Freud nos indica, la transferencia es el medio por el cual se interrumpe la comunicación del inconsciente ¿por qué esperar la instalación de la transferencia para empezar a interpretar? En efecto,

> Es una paradoja designar en ese movimiento de cierre, el momento inicial en que la interpretación puede lograr su cometido. Y, aquí, se revela la crisis conceptual permanente que existe en el análisis, respecto a cómo conviene concebir la función de la transferencia. La contradicción de su función, que hace que se la vea como el punto de impacto del alcance interpretativo en la medida misma en que, con respecto al inconsciente, es momento de cierre, exige que la tratemos como lo que es, a saber, un nudo (Lacan, 1964, p. 137).

Como mencionamos en la introducción, con sus particularidades, la irrupción sintomática de la urgencia en ocasiones se presenta como una ausencia total de asociaciones, más cerca del grito que del llamado y, en otras, por el contrario, el sujeto se presenta padeciendo un exceso de sentido, aunque este no lo concierne. Entre los primeros casos podemos mencionar manifestaciones como el pasaje al acto, la angustia, el denominado ataque de pánico. En el segundo, encontramos sujetos que hablan sin interrupciones, se quejan de su situación. Dos dimensiones del síntoma que en la urgencia se presentan en su forma más radical: "En el síntoma no todo son representaciones, cuestión de ciframiento y descifrado, sino que hay una satisfacción que, teniendo una articulación en el lenguaje, dice de lo no escuchable" (Delgado, 2005, p. 179).

La interpretación, dependiendo del caso, operará como una intervención que posibilite la apertura del sentido, cuando éste se encuentre coagulado. La interpretación del sentido apuntará al despliegue de la palabra, con el propósito de que se produzca la emergencia del sujeto en el intervalo significante. Pero el sujeto es lo evanescente, es puro vacío, aquello que, cuando se capta en un sentido, se pierde en el otro. El sujeto está, no en el significante, sino en el intervalo de la cadena. Entonces, la interpretación puede también tener como propósito ubicar algo del orden de aquello que escapa a la significación, que no puede ser puesto en palabras. La interpretación analítica comprende así la dimensión del sentido en el sin sentido. Es decir que no pretende dilucidar la naturaleza profunda de los fenómenos o su causa, sino que ubica en ese lugar al vacío.

La consideración lógica del tiempo nos obliga a replantear la secuencia establecida en "La dirección de la cura y los principios de su poder". Esta secuencia es, al menos, paradójica. Implica una concepción del tiempo que no es lineal, sino recursiva: la interpretación debe esperar a la transferencia para entrar en juego, pero, a la vez, produce la transferencia. Transferencia, interpretación y rectificación subjetiva se ubican en el mismo plano, produciéndose unas a otras. La interpretación no exige la apertura del inconsciente, sino que la promueve y, en el mismo movimiento, tendrá por efecto su cierre.

Conclusiones

Para finalizar, retomaremos algunas cuestiones esenciales formuladas a lo largo de nuestro recorrido. Por un lado, situamos la diferencia entre lo que concebimos como *padecimiento o sufrimiento psíquico* y aquello que conceptualizamos como *síntoma analítico*. Por otro lado, subrayamos como esenciales las dos dimensiones que todo síntoma comporta y destacamos la necesidad de intervenir sobre el sufrimiento de quien consulta teniendo en cuenta ambas (las vertientes del desciframiento y de la satisfacción) entramadas en el síntoma. En primer lugar, la operación analítica en la urgencia no se dirige entonces a eliminar el sufrimiento, sino que apunta a que se produzca un movimiento por el cual el padecimiento que irrumpe como algo ajeno (S1) a través del despliegue del relato, promovido por la escucha, pase a constituirse como algo propio, ligado con su historia (S2). Con la oferta de la escucha, se apuesta a la demanda, en la medida en que esta

interviene sobre el goce: transformar la urgencia en síntoma mediante su inscripción en la cadena significante.

De manera que, no es sin la presencia y la puesta en funciones de las reglas y principios del psicoanálisis que se aborda el padecimiento de una consulta de urgencia, en el sentido que Freud le da al tratamiento de prueba: consideramos que uno de los modos en que finaliza la urgencia, con independencia de la cantidad de entrevistas, es cuando el dispositivo analítico empieza a operar como tal. De hecho y desde nuestro punto de vista, si la urgencia finaliza, se debe en gran medida a su tratamiento a partir de las reglas y principios del psicoanálisis operando desde la posición del analista. No concluye únicamente con la derivación a otro dispositivo (consultorios externos, internación, etc.), sino cuando algo del goce que irrumpe en la urgencia puede ser tramitado a través de la palabra, ya que es el único medio de que se vale el psicoanalista. La oferta de la escucha y el despliegue del relato posibilitan la reintroducción de la dimensión subjetiva, eclipsada en la urgencia. Para que esto se produzca, el analista se ofrece como el destinatario de la urgencia: pone a trabajar el quiebre de la homeostasis, situar el goce y apuntar en la dirección del deseo.

Esta sistematización que proponemos es resultado de un trabajo que se volvió imprescindible, luego de una investigación realizada acerca de las concepciones acerca del síntoma y la urgencia realizada en dispositivos destinados al tratamiento de la urgencia. Es decir, su sistematización responde a que de dichas concepciones se desprenden consecuencias clínicas.

Si bien constituye una obviedad que, para el psicoanálisis, se trata del caso por caso, consideramos que el acento puesto exclusivamente en la singularidad conduce en ocasiones a la dificultad de formular explícitamente, de transmitir criterios claros tendientes a dar razones de las intervenciones en la clínica de la urgencia.

El horizonte de la intervención es la implicación subjetiva. Se parte de localizar al sujeto de la consulta (¿de quién es la urgencia?) para luego situar el punto de quiebre que lo condujo a la urgencia. El analista introduce la ficción de que *hay todo el tiempo* frente a la prisa por resolver propia del sujeto en la urgencia, apuntando a producir un segundo tiempo lógico, tiempo de comprender, lo que implica desplegar las coordenadas que lo trajeron a la consulta para comenzar a entramar el padecimiento (S1) con otra escena (S2).

Situamos que la interpretación en la urgencia se orienta a producir un síntoma analítico: reducir el exceso de sentido, atendiendo a la dimensión de satisfacción o ubicar un sentido, apuntando a la dimensión significante, de acuerdo a cómo se presente el sufrimiento. Lo esencial es que el sujeto comience a advertir que hay un saber ligado con su sufrimiento, y que es posible, mediante la palabra dirigida a Otro, un tratamiento diverso del malestar estructural del ser hablante. Podemos decir que, muchas veces, estos cambios adquieren el estatuto de una verdadera rectificación de las relaciones del sujeto con lo real.

La intervención adquirirá dignidad interpretativa si se observan cambios en la posición del sujeto, que pasa de la queja o el mutismo a la pregunta por su padecimiento. La producción de un síntoma analítico implicará la construcción de una demanda por parte de un sujeto dispuesto a dar un tratamiento posible a su malestar.

Bibliografía

Brodsky, G. (1999) La solución del síntoma. JVE.
Delgado, O. (2005) La subversión freudiana y sus consecuencias. JVE.
Freud, S. (1916-17) 23º Conferencia: Los caminos de la formación de síntoma. Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III). En Obras Completas. Tomo XVI. Amorrortu. 1978.
Freud, S. (1926 [1925]) Inhibición, síntoma y angustia. En Obras completas. Tomo XX. Amorrortu. 1998.
Lacan, J. (1945) El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. En Escritos 1. Siglo XXI. 2002.
Lacan, J. (1958) La dirección de la cura y los principios de su poder. En Escritos 2. Siglo XXI. 1987.
Lacan, J. (1959-1960) El Seminario de Jacques Lacan. Libro 7. La ética del psicoanálisis. Paidós. 2009.
Lacan, J. (1962-1963) El Seminario de Jacques Lacan. Libro 10. La angustia. Paidós. 2006.
Lacan, J. (1964) El Seminario de Jacques Lacan. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Paidós. 1999.
Laurent, E. (2000) Psicoanálisis y Salud Mental. Tres Haches.

Miller, J-A. (1989) La envoltura formal del síntoma. Manantial.
Miller, J-A. (2011) Los signos del goce. Los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller. Paidós.
Moraga, P. y Santimaría, L. (2012) Hacia el síntoma. En Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
Seldes, R (1996) De la interpretación a la transferencia. En El tiempo de interpretar. Colección Orientación Lacaniana. EOL.
Schejtman, F. (2006) La trama del síntoma y el inconsciente. Del bucle.
Sotelo, I. (2007) Clínica de la urgencia. JCE.
Sotelo, M. I. (2012) Aportes del psicoanálisis en el diseño de dispositivos para alojar las urgencias subjetivas. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

SALUD AUTOPERCIBIDA EN TRABAJADORES DE LA SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE SAN LUIS EN LA PREPANDEMIA

Juan Matias Gutierrez [A], Carlos Silvage [B], Patricio Godoy Ponce [C], Renzo Marnetti [D], Sergio Ivan Garcia [E]

Introducción

Es indiscutible el rol protagónico que ha adquirido el personal de salud en la pandemia de COVID-19. El nivel de exigencia ha sido incomparable, súbito y sostenido. Tres características para nada favorables a la hora de pensar sobre el equilibrio de demanda –control que refiere Karasek (Karasek, 1979, Karasek y Theorell, 1990), por mencionar un modelo de análisis.

El siguiente trabajo presenta los resultados parciales obtenidos de un proyecto de investigación más amplio, enfocado a evaluar los factores y riesgos psicosociales, y su relación con la salud, en trabajadores de organizaciones de la Salud Pública. La recogida de datos estuvo dada en el segundo semestre del 2019 y la continuidad de la misma, e intervenciones al siguiente año, se vio interrumpida por la Pandemia y las medidas de distanciamiento social. De todas maneras, se consideran de relevancia los datos obtenidos ya que nos permiten tener un panorama de los aspectos indagados justo antes de que se sucedieran los hechos que aun hoy siguen desarrollándose en relación a la pandemia. El propósito específico de este trabajo es reportar lo indagado respecto al estado de salud general y ciertos síntomas que refieren a la salud psíquica de la muestra estudiada.

Material y método

Instrumento de recolección

El instrumento utilizado para el proyecto de investigación es el cuestionario COPSOQ- ISTAS21 en su versión media (Moncada, Llorens, Andrés, Moreno y Molinero, 2014). El mismo recoge una extensa cantidad de información respecto a factores y riesgos psicosociales. Así mismo, se elaboró un cuestionario ad hoc con preguntas referidas a sintomatología física y psicológica asociadas al trabajo, diagnóstico de enfermedades o trastornos, y consumo de fármacos u otras sustancias.

[A] *Lic. en Psicología. Docente universitario e Investigador de la UNSL. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. jmgutierrez@email.unsl.edu.ar*
[B] *Lic. en Psicología. Docente universitario e Investigador de la UNSL. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. csilvage@gmail.com*
[C] *Lic. en Psicología. Docente universitario e Investigador de la UNSL. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. patogodoy1970@gmail.com*
[D] *Lic. en Psicología. Docente universitario e Investigador de la UNSL. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. renzomarnetti88@gmail.com*
[E] *Lic. en Psicología. Docente universitario e Investigador de la UNSL. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. s.ivan.garcia@gmail.com*

Participantes

La muestra fue intencional, de tipo no probabilística, compuesta por 179 trabajadores de la salud pública que prestaron su participación de manera voluntaria a la investigación. Las organizaciones involucradas fueron cinco Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y 4 Hospitales de Día de la ciudad de San Luis, Argentina. La información obtenida se manejó de forma anónima y confidencial. Los resultados fueron recogidos hacia fines del tercer trimestre del año 2019.

Características de la muestra

De los 179 sujetos que conforman la muestra,142 son mujeres (79%), 36 varones (20%) y 1 trans. (1%) El 43% del total de la muestra se ubica en la franja etaria de los 36 a los 45 años. A la manera de una campana de Gauss, las categorías que le siguen en número son la inferior y la superior a esta categoría central (26-35 y 45-55 años respectivamente), obteniendo ambas, porcentajes muy similares: 22 % para los que se encuentran entre los 26-35 y 21% para los que se encuentran entre los 45 y 55 años. Luego, en los extremos tenemos un 13% para los mayores de 65 años y un escaso 3% correspondiente a los más jóvenes de la muestra, los que se ubican entre los 18 y los 25 años.

Entre los profesionales que componen la muestra, contamos con 32 enfermeros/as, 22 médicos/as, 16 agentes sanitarios, 9 psicólogos/as, 8 fonoaudiólogas y 8 odontólogos/as. Después en menor cantidad, radiólogos, tomografistas, farmacéuticos, nutricionistas, kinesiólogos y otras especialidades que se encuentran en menor proporción en los centros investigados.

Resultados

Los resultados generales demuestran que sólo un 16% consideró poseer una salud regular o mala, mientras que el 84% consideró tener una salud buena (36%), muy buena (42%) o excelente (6%).

En cuanto al reporte de diagnósticos confirmados de enfermedades y trastornos, se encontró que el 44% no cursa actualmente ninguna enfermedad. Entre quienes sí han sido diagnosticados, el 27% posee hipertensión y/o alguna cardiopatía o enfermedad vascular, un 19% sufre de gastritis crónica o síndrome de intestino irritable, 9% posee dislipidemia (alto colesterol o triglicéridos) y 6% ha sido diagnosticado con diabetes mellitus. En cuanto a los diagnósticos psicopatológicos, se encontró que un 11% sufre de depresión o trastornos del estado de ánimo, 9% trastornos del sueño, 8% trastornos alimenticios, 3% estrés o trastornos de ansiedad y un 1% trastornos asociados a la dependencia de alcohol o fármacos. Es importante tener en cuenta que cualquiera de los diagnósticos mencionados puede ser comórbido con otros y que eso puede darse en el 56% de la muestra, agravando el estado de salud y su percepción.

En lo referido al reporte de síntomas psíquicos, el principal resultado negativo que se encontró fue en el 55% que refiere encontrarse mentalmente agotado muchas veces o siempre. Esta respuesta se encontró en el 66% de los enfermeros y los trabajadores sociales, en el 59% de los médicos, en el 53% del personal administrativo, en el 56 % de los psicólogos y en el 50% de los agentes sanitarios.

En cuanto al agotamiento emocional, las respuestas que poseen una connotación negativa de frecuencia fueron un 42%. Estas respuestas se encontraron en el 50% de los enfermeros y del personal administrativo, en el 44% de los psicólogos y en el 32% de los médicos y agentes sanitarios.

En cuanto al agotamiento físico y el cansancio, el 50% del personal refiere sentirse así siempre o muchas veces.

Los resultados que se encontraron con un sentido positivo fueron los referidos a la felicidad, con un 72% sintiéndose feliz siempre o muchas veces, y un 52 % sintiéndose triste nunca o muy pocas veces. Otros valores positivos también fueron las proporciones que señalaron sentirse calmados muchas veces o siempre (58%) y nunca o muy pocas veces nerviosos (42%).

En lo referido al padecimiento de tensión, problemas para relajarse y sentirse estresados las distribuciones de los resultados fueron igualitarias, casi en tercios. Es decir, en esos tres síntomas

las respuestas se agruparon con igual porcentaje, dando un 30-35% aproximadamente para cada grupo de respuestas con igual sentido (por un lado, muchas veces y siempre, por el otro algunas veces y, finalmente, nunca o muy pocas veces).

Discusiones y Conclusiones

La autopercepción de la salud de la muestra se puede considerar como positiva en general ya que el porcentaje que se percibe con un estado de salud regular o malo es menos que la quinta parte. Es importante considerar que la salud es un elemento fundamental en la calidad de vida (Córdoba, Jaimes y Restrepo, 2010), por lo que una autopercepción positiva de la propia salud también estaría dando indicios para pensar en una buena calidad de vida del grupo. Esto se suma a otros resultados que también se obtuvieron como que sólo un 6% consideró estar insatisfecho con su trabajo, mientras que un 66% respondió estar satisfecho con su trabajo. Inclusive un 28% respondió estar muy satisfecho.

La presencia de problemas actuales de salud se encontró en el 54% de los trabajadores. Y al igual que lo encontrado por Rodríguez, Meza, Baltasar, Cortés y Santacruz (2017) en el personal de enfermería, los problemas del sistema cardiovascular y circulatorio, los problemas gástricos y la diabetes figuran con alta frecuencia. Obviamente no se obtuvieron los mismos porcentajes, pero nos sirve como guía para pensar que, ante un aumento de las exigencias, estos problemas de salud se agravarían o aumentarían su frecuencia en la muestra ya que son enfermedades que suelen asociarse al estrés (Uchino, Smith, Holt-Lunstad, Campo y Reblin, 2007; Salleh, 2008).

El nivel o intensidad del estrés en nuestra muestra se encuentra distribuido igualitariamente en tres grupos, lo cual puede depender de factores personales o laborales que los trabajadores se sientan estresados, tensionados o con problemas para relajarse. Ante la pandemia puede pensarse que aquel tercio con un alto estrés sólo puede haber aumentado y empeorado su nivel de exigencia y tensión, más aún si pertenecen a las disciplinas con mayor exposición a la atención de pacientes de COVID-19 como los son los enfermeros y los médicos.

Finalmente, en lo referido a la salud mental, se registraron diversos cuadros psicopatológicos, con una mayor prevalencia de depresión o trastornos del estado de ánimo que de estrés o ansiedad. De todas maneras, no se observa una frecuencia significativa de trastornos psicopatológicos. Según estudios del impacto de la pandemia en el personal de salud, esto podría cambiar ya que, tanto en estudios realizados en Paraguay, como en Chile y China, los síntomas de ansiedad, estrés, depresión y trastornos del sueño son significativamente más altos, con reportes hasta de más de un 74% dependiendo el trastorno (Urzúa, Samaniego, Caqueo-Urízar, Zapata Pizarro y Irarrázaval Domínguez, 2020; Samaniego, Urzúa, Buenahora, Vera-Villarroel, 2020; Kang, Ma, Chen, et al., 2020; Pappa, Ntella, Giannakas, Giannakoulis, Papoutsi y Katsaounou, 2020).

La información obtenida sirve para tener datos previos a la pandemia, en orden a la necesidad planteada por Urzúa et al. (2020). Es fundamental discriminar dentro de los resultados la diferencia dependiendo de la disciplina, siendo los datos obtenidos en el personal médico, de enfermería y personal administrativo los que se infiere puedan haber tenido mayor impacto y deterioro de su salud. Diversos estudios en China indican que son los médicos y enfermeras que cumplen con una asistencia directa de los enfermos de COVID quienes reportan peores indicadores de salud mental y física (Kang, Ma, Chen, et al., 2020; Lu, Wang, Lin, & Li,2020).

Referencias bibliográficas

Córdoba, A., Jaimes, L. y Restrepo, M. (2010). Autopercepción de la salud en el adulto mayor. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, (31), 407-428.

Kang, L., Ma, S., Chen, M., et al. (2020.) Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. Brain, Behavior and Immunity 2020; 87: 11-17

Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. Administrative science quarterly, 285-308.

Karasek, R. y Theorell, T. (1990) Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life.

Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. Psychiatry research, 288, 112936.

Moncada S, Llorens C, Andrés R, Moreno N y Molinero E (2014) Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales en empresas con 25 o más trabajadores y trabajadoras. VERSIÓN MEDIA. Barcelona: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud.
Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsi, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain, behavior, and immunity, 88, 901-907.
Rodríguez, M. G. A., Meza, C. N., Baltasar, R. G., Cortés, S. G. L., & Santacruz, G. H. (2017). Estrés y salud en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención. Revista Cubana de Salud y Trabajo, 18(1), 35-43.
Salleh M. R. (2008). Life event, stress and illness. The Malaysian journal of medical sciences : MJMS, 15(4), 9–18.
Samaniego A, Urzúa A, Buenahora M, Vera-Villarroel, P. (2020) Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto COVID-19. Revista Interamericana de Psicología 2020; 54 (1): e1298. Urzúa, A., Samaniego, A., Caqueo-Urízar, A., Zapata Pizarro, A., & Irarrázaval Domínguez, M. (2020). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. Revista médica de Chile, 148(8), 1121-1127.
Uchino, B. N., Smith, T. W., Holt-Lunstad, J., Campo, R., & Reblin, M. (2007). Stress and illness. In J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary, & G. G. Berntson (Eds.), Handbook of psychophysiology (pp. 608–632). Cambridge University
Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511546396.026

CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN JÓVENES UNIVERSITARIOS: UNA MIRADA A LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA

MarÍia Virginia Cavagnaro [A]

La presente IInvestigación parte del interés de ofrecer una mirada crítico-analítica al fenómeno de la medicalización de la vida cotidiana. TieneEl estudio se desarrolló con estudiantes de lugar en la Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC) ,tiene comocon el propósito de profundizar sobre temática el consumo de psicofármacos en jóvenes universitarios, los posibles perfiles de consumidos y su vínculo con variables socio-demográficas y psicológicas, bajo posee un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo-transversal, siendo de especial interés. para este trabajo dar una mirada crítico-analítica al fenómeno de la medicalización de la vida cotidiana.

Orueta Sánchez et al[1] considera la medicalización como la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales, se pretende así resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino personales, interpersonales o sociales. Podemos pensar que laAsimismo, es un medicalización es un proceso continuo que se autoalimenta y crece de forma constante, facilitada por una situación en la que la sociedad va perdiendo toda capacidad de resolución de problemas y su nivel de tolerancia va decreciendo. De, su origen es multifactorial, la medicalización existiendo obedece a diversas causas y actores implicados como son los medios de comunicación, la industria farmacéutica, las políticas públicas, los gestores y profesionales sanitarios hasta la ,la sociedad misma (Orueta Sánchez, et al..). [1.]

Ortiz Lobo[2] plantea que la relevancia del fenómeno de la medicalización del malestar, particularmente en la población joven, está en el impacto psicológico y social que genera el hecho de catalogar a dicho individuo con un diagnóstico clínico, potenciando el carácter de enfermedad, lo cual lleva a des-responsabilizarlo de su situación emocional, fomentando con ello una actitud pasiva del sujeto hacia sus propios problemas, así buscar una solución técnica ante conflictos personales, coartando toda iniciativa individual destinada al resolver dichos problemas a través del desarrollodesarrollo de estrategias personales más adaptativas. L, los psicofármacos pueden hacer mucho bien si son recetados adecuadamente y mucho daño si se recetan a la ligera después de inadecuadas valoraciones diagnósticas.

[A] *Licenciada en Psicología UNC, psicóloga en la Dirección de Salud de la UNRC. Las Higueras, Córdoba. Argentina. virginiacavagnaro@hotmail.com*

En relación a la depresión y ansiedad en Jóvenes, Aguadelo, Buela y Donald[3] refieren que particularmente en los jóvenes eéstas tienen una implicación profunda en la realidad familiar, comunitaria y en el uso de los servicios de salud, por lo que hoy sabemos que no existe posibilidad alguna de poder pensar acciones preventivas futuras sin antes conocer la realidad de cada grupo poblacional particular a estudiar tanto en sus dimensiones subjetivas y colectivas. En nuestro caso la población de interés fue la de estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Rio Cuarto (UNRC), a continuación presentamoscontinuación presentamos los objetivos que orientaron la misma.

Objetivo General

- Describir las características del consumo de psicofármacos y las variables asociadas en jóvenes universitarios que asistieron a la Dirección de Salud de la Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC) durante el año 2016-2017.

Objetivos Específicos

- Establecer la prevalencia y el patrón de consumo de psicofármacos en los jóvenes universitarios que asisten a la Dirección de Salud de la UNRC.
- Identificar las variables socio-demográficas y psicológicas que puedan estar asociadas al consumo de psicofármacos en dichos jóvenes.
- Detectar los posibles perfiles de consumidores en el ámbito universitario contemplando variables sociodemográficas y psicológicas.

Se usó para alcanzar dichos objetivos un enfoque cuantitativo de investigación de tipo descriptivo-transversal.

Muestra

El tipo de muestra elegida fue no probabilística, intencional**,** ya que la elección de los participantes, dependió de los objetivos de la investigación, no buscamos que los mismos fueran representativos de la población de universitarios que asisten a la UNRC, sino que tuvieran ciertas características. Específicamente, estuvo integrada por 120 estudiantes universitarios que concurrieron a la Dirección de Salud por diferentes consultas durante el año 2016-2017.

Del total de los participantes, la edad promedio fue de 24 años ,años, provenientes en su mayoría de pueblos o localidades de la Provincia de Córdoba (44%), siendo la mayor proporción de estudiantes mujeres (73%). Asimismo, la muestra quedó constituida por estudiantes de diferentes carreras de la UNRC, perteneciendo en su mayoría a la Facultad de Ciencias Humanas ,Humanas, seguido por los de Agronomía y Veterinaria , los de Ciencias Exactas, Físico y Químicas , los de Ciencias Económicas y la menor participación estuvo representada por estudiantes de la Facultad de Ingeniería. en un total de 30 carreras.

Instrumentos

Teniendo en cuenta nuestros objetivos y las características de la muestra para la medición de la ansiedad se aplicó el **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI),** (*State-Trait Anxiety Inventory)* de Spielberguer, Gorsuchy, Lushene[4] particularmente para este estudio se utilizó solo la **Escala Ansiedad -Estado (STAI-S).** Para la medición de la depresión utilizamos la adaptación argentina del **Inventario de Depresión de Beck** (BDI II), (*Beck Depression Inventory)* de Beck Aaron, Steer Robert ,Brown Gregory), dicha adaptación fue realizada por Brenlla y Rodriguez[5] **.** Para culminar la recolección de datos específicamente sobre el consumo de psicofármacos se aplicó un cuestionario *ad hoc*, auto-administrado para el cual tuvimos en cuenta los siguientes iIndicadores de cConsumo: prevalencia de vida o global, prevalencia de los últimos 30 días o del mes y , prevalencia de los últimos 12 meses o anual,; se agregaron en el mismo preguntas de opciones múltiples destinadas a indagar datos sobre el tipo de psicofármaco que consume, prescriptor, coexistencia de otros tratamientos, así como posibles problemas que el estudiante reconoce como asociados al inicio de consumo de psicofármacos.

Recolección de datos

Duró aproximadamente 6 meses, en días hábiles del cursado regular en la UNRC y del funcio-

namiento de la Dirección de Salud tanto en la sala de espera como en el consultorio destinado al Servicio de Psicología de dicha Dirección, los investigadores fueron la persona encargada de ejercer la supervisión de todo el proceso, que se inició solicitando al estudiante su consentimiento informado.

Análisis de Datos:

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el SPSS versión 18, se realizaron análisis univariados mientras queque, para atender a la asociación entre variables, se utilizó Coeficientes de Contingencia, a fin de poder describir el grado de asociación entre las variables de interés. En lo que respecta al análisis multivariado, se realizó un análisis de conglomerados para describir y clasificar en subgrupos de patrones de consumo de psicofármacos a los estudiantes universitarios que conformaron la muestra, y detectar posibles perfiles de consumidores. Para conformar los clústeres se contemplaron las siguientes variables en estudio, a saber: género, edad, procedencia, facultad, año de cursado, niveles de ansiedad y depresión, consumo de psicofármacos, (ansiolíticos y antidepresivos).

Resultados

En términos generales podemos decir que los resultados dan cuenta de que en su mayoría los estudiantes universitarios evaluados no consumen psicofármacos, pero de quienes, síi lo hacen, la mayoría consume o ha consumido ansiolíticos y en una menor proporción otros fármacos como los antidepresivos o antipsicóticos.

Respecto a la edad en la que se indicó haber consumido por primera vez ansiolíticos hallamos que los sujetos evaluados informaron que dicho consumo tuvo lugar a los 21 años para los ansiolíticos, siendo que, para los antidepresivos la edad promedio de inicio en el consumo fue a los 15 años.

Respecto al acceso a los psicofármaco por parte de los estudiantes evaluados se encontró que para los ansiolíticos sóolo en la mitad de los casos fue recetado por un médico clínico, y en un porcentaje menor de los casos el psicofármaco fue recetado por un médico psiquiatra, y que específicamente para los antidepresivos los resultados obtenidos evidenciaron claras diferencias respecto a la prescripción de los ansiolíticos, ya que se halló que para un número mayor de estudiantes el antidepresivo fue recetado por un médico psiquiatra y no por un médico clínico o generalista.

Respecto a los ansiolíticos, los datos indican que son el Clonazepam y el Alplazolam (perteneciente al grupo de las Benzodiazepinas) los mayormente consumidos. Respecto a los antidepresivos hallamos que es la Sertralina, perteneciente al grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) es la de mayor consumo entre los estudiantes de la muestra.

Por otro lado, como problemas significativos para iniciarse en el consumo de psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos y otros), aparecen con mayores porcentajes los 'problemas familiares',' los académicos', y los 'contigo –mismo'.

Como dato significativo para nuestra población evaluada encontramos que el 37% de quienes consumen psicofármaco refieren que al mismo tiempo también realizan tratamientos psicoterapéuticos (de diferentes corrientes psicológicas).

Respecto al segundo objetivo de trabajo que fue lograr identificar las variables socio-demográficas y psicológicas que pudieran estar asociadas al consumo de psicofármacos en la muestra de estudiantes universitarios estudiada, tomamos como variables significativas para nuestro estudio el género, la edad, la situación conyugal, la situación laboral, y la procedencia. Los resultados evidencian que las mujeres, consumen en mayor medida psicofármacos en comparación con los varones, y en relación al tipo de psicofármaco, hallamos que son los ansiolíticos los más consumidos donde se halló que a las mujeres se le prescribió psicofármacos en una proporción mayor que a los hombres, lo mismo ocurre para el grupo de los antidepresivos.

Para la variable **situación conyugal** encontramos que los solteros consumen mayormente psicofármacos comparativamente con quienes indicaron estar de novio, casados o juntados.

La **situación laboral** de los estudiantes es otra de las variables considerada de nuestro interés, al respecto los datos hallados en la presente investigación reflejan llamativamente que, entre aquellos estudiantes que indicaron no trabajar o hacerlo de manera parcial se halla el mayor consumo de psicofármacos particularmente de ansiolíticos.

En términos de **procedencia** encontramos como resultado valores moderados respecto a la asociación entre proceder de pueblos o localidades del interior de la provincia de Córdoba y el consumo de psicofármaco.

En relación a la **edad,** los resultados obtenidos evidencian que son los alumnos de más edad los que consumen mayormente psicofármacos (ansiolíticos y antidepresivos).

También buscamos conocer de qué manera variables psicológicas (representadas por valores de depresión y ansiedad) están asociadas al consumo de psicofármacos en los jóvenes universitarios evaluados. L, los resultados obtenido indican que quienes consumen psicofármacos (y que a su vez en su mayoría son ansiolíticos) presentaron niveles medios de ansiedad en el STAI, evidenciando una asociación moderada entre ambas variables.

Respecto a la variable psicológica depresión en el presente trabajo se considera los valores arrojados por el B.D.I, halland se encontró que los estudiantes que consumen p tanto ansiolíticos como antidepresivos, presentaron niveles moderados de depresión. L, los valores hallados nos permiten un primer acercamiento al tema, y evidencia la presencia de un malestar que hay que poder analizar con más detenimiento.

Con nuestro relación al tercer objetivo buscamos detectar posibles perfiles de consumidores en el ámbito universitario contemplando variables sociodemográficas y psicológicas, de lo cual resultó la identificación de dos grupos de estudiantes (Grupo 1 y Grupo 2).

El aporte de los datos obtenidos evidencia que los valores de ansiedad y depresión hallados en los estudiantes que han permanecido muchos más años en sus carreras sin poder egresar tienen una relación positiva entre cantidad de años y cierto malestar psicológico, manifestado éeste a través de síntomas ansiosos y depresivos.

Se concluye a partir de los resultados obtenidos que, la ansiedad y la depresión están presente en nuestros estudiantes y que frenteque frente a este malestar aparece la infaltable opción de la medicalización. ,lLos resultados evidencianresultados evidencian que las mujeres en nuestro caso jóvenes universitarias, aparecen como principales consumidoras de psicofármacos, en especial de ansiolíticos. Lo cual esto nos conduce a pensar que, la condición de género, la procedencia, los problemas familiares y la permanencia en una carrera más del tiempo esperado afecta la salud mental de los sujetos evaluados. Frente a la evidencia hallada también se concluye en la necesidad de seguir investigando en el marco de la atención primaria de la Salud Mental, para poder conocer los factores asociados a la problemática del consumo de psicofármaco y de otras sustancias en poblaciones específicas, centrado en un modelo que tenga en cuenta los determinantes sociales de la salud.

Bibliografía:

1. Orueta Sanchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgoc E, Fagundo MB, Lázaroa A, Carmona de la Morena J, et al. Medicalización de la vida. Clínica Médica Familiar. 2011; 4(2): 150-161.

2. Ortiz Lobo A. Consultas sin patología en un centro de salud mental [tesis doctoral]. España: Universidad Autónoma de Madrid; 2014.

3. Aguadelo D, Buela C, Donald C. Ansiedad y depresión: El problema de la depresión a través de los síntomas. Revista Latinoamericana de Psicología. 2007; (30): 33-41.

4. Spielberger C, Reheiser E. Assessment of Emotions: Anxiety, Anger, Depression, and Curiosity. Applied Psychology: Health and Well-Being. 2009; 1: 271-302.

5. Brenlla ME, Rodríguez CM. Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). En: Beck AT, Steer RA, Brown GK. Inventario de Depresión de Beck: BDI-II Buenos Aires: Paidós; 2014, p. 11-39.

Capitulo IV

Investigación, Docencia y Bioética en Salud Mental

¿QUÉ SOSTIENE LA INSERCIÓN COMUNITARIA?: EXPERIENCIAS DEL ALTA DE INTERNACIÓN EN UN GRUPO DE PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL

Carla Paolin [A]

La reinserción social en salud mental ha sido en las últimas décadas un área a potenciar en tanto es aquella sobre la que puede apoyarse la desinstitucionalización de pacientes con padecimiento mental grave, alentada por numerosas legislaciones. A partir de la Ley Nacional N°26.657, se planteó la necesaria transformación del hospital psiquiátrico y el incremento de dispositivos destinados a la inserción comunitaria de las personas con padecimiento mental. En el artículo 27 de su reglamentación, plantea el desarrollo de proyectos de adecuación para los monovalentes y su sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas que puedan conducir a su sustitución definitiva en 2020.

Sin embargo, a pesar de las recomendaciones en el campo de la salud mental y las legislaciones vigentes, el hospital monovalente continúa recibiendo una continua demanda de la comunidad con pacientes que a su vez presentan varias reinternaciones, lo cual abre la pregunta acerca de lo que no funciona a la hora de la inserción comunitaria. A partir de este interrogante, se desdobla otra perspectiva en oposición, determinada por sujetos que han atravesado una o varias internaciones en el hospital, y que han podido sostener una vida en la comunidad luego del alta institucional. La pregunta que subyace en el presente estudio es acerca de los factores y dispositivos que favorecen la inclusión social, de modo de poder aportar elementos que permitan pensar la readecuación del hospital desde una perspectiva que permita potenciar los espacios y las variables asociadas al sostenimiento de un alta.

Con este objetivo se realizó un estudio longitudinal tomando como muestra un grupo de personas con padecimiento mental grave que han atravesado una o varias internaciones en el Hospital "Dr. José Tiburcio Borda", a través de una entrevista semi-estructurada. La muestra estuvo constituida por 20 hombres de edades variadas que oscilan entre los 29 y 70 años, con un promedio de alta de tres años y medio, siendo la más reciente la de un señor que egresó del hospital hace 8 meses, y el caso de mayor tiempo de egreso, el de otro sujeto que obtuvo el alta hace 20 años. Respecto de la duración de la última internación, podemos señalar que el promedio de estadía en el hospital es de 3 años, aunque es necesario señalar que la muestra fue ampliamente variable en torno a este punto ya que fueron entrevistados sujetos que han tenido internaciones muy prolongadas (como el caso de una persona que estuvo 27 años en el hospital) y otras breves (17 días en el caso de otro encuestado). Sin embargo, lo coincidente en casi la totalidad de la muestra analizada, es la variable de las reinternaciones, ya que el 80% ha tenido internaciones previas, siendo el promedio de la muestra el de 5 internaciones, a la vez que el 44% refirió haberlas tenido también en otros efectores además del Borda. Respecto del período evaluado, se contempla el momento del alta institucional, hasta el DNU que estableció el ASPO por la pandemia del virus Sars Cov-2, a partir del cual se interrumpieron las habituales actividades de las personas encuestadas.

DISPOSITIVOS

Al momento del estudio, todos los encuestados realizaban tratamiento psiquiátrico y el 50% tratamiento psicológico, así como también el 65% se encontraba en, al menos, un dispositivo de inclusión social. Asimismo, el 45% refirió haber asistido a dispositivos de este tipo a lo largo de su tratamiento. Los espacios vinculados a la rehabilitación más utilizados por la muestra encuestada fueron en primer lugar, los dispositivos intermedios (30% hospital de noche/ 25% casa de medio

[A] Lic. en Psicología. Investigadora UBACyT. Hospital Borda. CABA. Argentina. carla.paolin@yahoo.com.ar

camino) y los emprendimientos sociales (25%), seguido por PREASIS (20%), Talleres Protegidos (15%), la Radio Colifata (15%) y el Frente de Artistas (un caso). Si bien los dispositivos con mayor **concurrencia** en la muestra encuestada fueron los terapéuticos, la **periodicidad** en la asistencia es diversa en cada uno de estos espacios. Los tratamientos psiquiátricos son mayormente espaciados, quincenales o mensuales, a diferencia de los **tratamientos psicológicos** encuadrados en una **asistencia semanal**. Los **emprendimientos sociales, PREASIS y Talleres Protegidos** suponen una organización que incluye una mayor frecuencia en la **concurrencia aún**, con actividades que suponen la presencia de los usuarios varias veces por semana o inclusive todos los días hábiles. Respecto del 35% de los encuestados que no asiste a dispositivos de inclusión social al momento de la realización de estudio, han tenido algún lazo con éstos pero interrumpieron su asistencia por diversos motivos (ya sea porque no requirieron de la asistencia del dispositivo intermedio al que asistían, se han radicado en otra provincia o desinterés en continuar la actividad).

REDES DE CONTENCIÓN EN MOMENTOS DE DESESTABILIZACIÓN

El 95% de los encuestados considera que puede acudir a otro si necesita ayuda, mencionando el 60% a personas de la red socio-familiar. Sin embargo, casi la mitad de este grupo, consideró como referente ante una problemática a una persona que ha conocido a partir de su pasaje por el hospital (dispositivos intermedios o actividades de inclusión social en la mayoría de los casos) con quien ha establecido un importante lazo afectivo (amistad o relación de pareja). Podemos inferir que un número significativo de sujetos de la muestra encuestada, ha potenciado sus redes sociales debido a su tránsito por el Borda, en particular, por los espacios entendidos en el marco de la rehabilitación en salud mental, siendo estos nuevos vínculos aquellos que componen su red de apoyo primaria. El 25% mencionó a personas relacionadas con los dispositivos de atención y/o de inclusión del Hospital Borda como referentes y el 15% restante refirió que acudiría a una persona de la red socio-familiar y también la de salud mental conjuntamente. Por otra parte, el 80% sintió algún tipo de malestar afectivo luego de la última internación. Cuando efectivamente sucedió, el 64% recurrió a un profesional asociado a la red de atención del Borda (espacios terapéuticos en su mayoría y de rehabilitación en algunos casos). A pesar de que un 60% de los encuestados había asociado primeramente a su red socio-familiar como aquella que podría asistirlo en el caso de algún tipo de problema, la mayoría acude a un profesional de la red en momentos de descompensación. Esto que parece ser una contradicción, podría señalar en primera instancia una expectativa respecto de las redes socio-familiares, a la vez que habría que indagar en esos casos, si las redes no han podido contenerlos o si fue tarea de los profesionales advertir el malestar y propiciar el despliegue del mismo de una manera activa. De un modo u otro, sería interesante continuar el trabajo terapéutico con las redes socio-familiares para afrontar las crisis, ya que siguen constituyendo la referencia primaria para los pacientes.

ACTIVIDADES POR FUERA DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL

Por otra parte, se encontró que el 75% concurría a alguna actividad ofrecida por una institución no vinculada a la salud mental en los últimos años. En la mayoría de los casos, este lugar era la iglesia en un 47%, seguido por comedores en un 27% (por motivos económicos) y un 33% realiza actividades recreativas culturales (cine/teatro). En un grado menor la muestra refirió asistir a: centros barriales, Centros de Formación profesional, centros culturales, recitales, deportes en club y la cancha. Dentro de la población encuestada el 15% trabaja, y en uno de los casos, la actividad pudo iniciarse a partir de su pasaje por un dispositivo intermedio y apoyado por el PREASIS, sumado al asesoramiento de otro paciente con experiencia en la actividad ambulante. Se puede inferir que los dispositivos de inclusión tuvieron efectos sostenidos en los pacientes de la muestra encuestada, ya que en muchos casos las actividades "por fuera del hospital", habían estado motorizadas desde el "adentro" de los dispositivos.

VERSIONES SOBRE LA ESTABILIDAD ANÍMICA

Cuando la muestra fue consultada respecto de lo que necesita una persona que ha atravesado una internación por salud mental para sentirse estable anímicamente a la hora del alta, las múl-

tiples respuestas dadas por cada participante de manera espontánea se agruparon en diversos ejes: consideraron que es necesario "socializar", "no estar solo" y "armar cosas por fuera del hospital", que es importante el apoyo de la red socio-familiar y contar con un profesional que "pueda ayudar". Por otra parte, el acento estuvo ubicado respecto de lo que puede construirse por fuera del monovalente, es decir, la total inserción comunitaria en espacios que no sean solamente gestionados por el hospital. En esta última línea, se distinguen las respuestas vinculadas a la realización de actividades: un 25% aludió la importancia de tener un trabajo o una tarea que le guste, mientras que en un 20% coincidió que se necesita "tener un proyecto" y el 10% que es necesario "mantenerse ocupado". El 40% de los encuestados refirió que las actividades que les hacían bien anímicamente eran aquellas vinculadas al hospital y a los dispositivos de salud mental de la red de CABA, ya sean sean terapéuticas o del ámbito de la rehabilitación, y un 30% eligió las actividades ligadas a su vida cotidiana en el hogar y el barrio.

CONCLUSIONES

Para Saraceno, la rehabilitación implica un conjunto de estrategias destinadas a generar las oportunidades de "intercambio de recursos y emociones", en el que enfatiza más bien la participación sobre la autonomía. Respecto de las redes sociales, plantea que son los "lugares" que hacen posible dicho intercambio (SARACENO, 1995). Para el autor, el empobrecimiento de la red es homólogo a la discapacidad. La desmanicomialización es un proceso multifactorial, en el que intervienen distintos actores del campo de la salud mental, y en el que se vuelve necesario trabajar con las redes con las que cuentan las personas, así como también implica una tarea destinada a potenciar estos "lugares" de intercambio a los que refiere Saraceno, lo que conlleva un movimiento del sistema de salud y de la sociedad. Por otro lado, Cohen plantea que: "Desinstitucionalización no es dejar a las personas con trastornos mentales severos librados a su destino en a calle, no es la venta o la privatización de los espacios físicos de los hospitales y/o sus terrenos (...) tampoco es la reducción de camas de internación sin dar propuestas alternativas" (COHEN, 2009). La muestra seleccionada tuvo en común encontrarse de alta, ante lo cual la pregunta que subyace en este estudio es qué sostiene esa estabilidad. Los dispositivos más concurridos son los terapéuticos y la asistencia a aquellos asociados a la rehabilitación es alta en los sujetos encuestados, lo que permite pensar que son lugares que favorecen el sostenimiento de la vida en comunidad, en tanto por un lado resultan espacios imprescindibles en momentos de descompensación, así como también para la estructuración de la vida cotidiana. Muchos de estos sujetos han recurrido a los profesionales de salud mental en períodos de crisis y han podido potenciar sus redes sociales y habitar otros espacios no relacionados a la salud mental, a partir de su pasaje por el hospital. Las redes socio-familiares resultan ser aquellas de primera referencia y en muchos casos han sido incrementadas por los espacios de rehabilitación, pero no resultan ser aquellas que responden en momentos de desestabilización. El presente estudio señaló que los sujetos encuentran satisfacción en las actividades que desarrollan en los espacios de inclusión y que las actividades de la vida cotidiana tienen una gran importancia para su bienestar anímico, por lo que un acompañamiento territorial que las potencie resultaría indispensable desde los diversos espacios de trabajo. La mirada rehabilitativa no se reduce a los dispositivos de inclusión social ya que puede estar presente desde la internación a través de una formación profesional que apunte a ello, ya que los apoyos que requiere cada persona son un "traje a medida" que implica una evaluación minuciosa desde su primer acercamiento a la red de salud. En la muestra actual se comprobó qué espacios favorecen la inserción comunitaria, y que lo que necesita una persona que se externa según las experiencias de los sujetos, es la contención de las redes con las que cuenta y la posibilidad del armado de proyectos por fuera del hospital, por lo que el camino hacia una readecuación del hospital psiquiátrico, debería poner el acento en una mirada intersectorial que trabaje en programas de desestigmatización y sensibilización social respecto de las problemáticas de salud mental, el incremento de propuestas culturales, recreativas y laborales adaptadas a los sujetos con padecimiento mental, la creación de dispositivos de inclusión social en articulación con los terapéuticos,

centrales en tanto potencian las redes socio-familiares y la autonomía de los sujetos, siendo a su vez estas redes, espacios que requieren de un intenso apoyo profesional para que puedan responder y acompañar a los sujetos con padecimiento mental. Debe ser una readecuación que potencie espacios de sostén a los que puedan acudir los sujetos en tanto presten cierta mirada que los aloje en su singularidad. Pueden ser sitios que propicien un espacio ciertamente garantizado en el caso de que el sujeto lo requiera, "lugares" en un sentido amplio del término que puede suponer desde un rol en el emprendimiento, la disponibilidad de la escucha con un profesional, un lazo social con un compañero o un familiar, una actividad barrial acompañada, entre otros lugares a habitar, vaciados de padecimiento. En cada caso singular podrán reforzarse ciertos vínculos, proyectos, lugares, intereses, etc. La cuestión es poder leer qué hay que favorecer , "rehabilitar" o producir en cada caso y esto muchas veces no se produce en un solo dispositivo.

BIBLIOGRAFÍA

-COHEN/NATELLA (2013): "La desmanicomialización: Crónica de la Reforma del Sistema de Salud Mental en Rio Negro", Editorial Lugar, Buenos Aires.

-LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N°26.657

-OPS/OMS (2009): "Salud mental y derechos humanos, Vigencia de los estándares internacionales", Capítulo "La creación de los sistemas de salud mental basados en la comunidad, en el contexto de experiencias exitosas en la región de las Américas" de Hugo Cohen. Buenos Aires, Argentina.

-SARACENO, B (1995): "La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación a la ciudadanía posible", Editorial Pax México, México.

COMPETENCIAS COGNITIVAS EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN EL CAMPO DE LA SALUD. FUNCIONES EJECUTIVAS Y RENDIMIENTO ACADÉMICO

Analia Adriana Uva [A], Candelaria Lestelle [B]

Introducción.

A lo largo de los años se ha ido conceptualizando a las Funciones Ejecutivas desde diferentes autores, Pennington y Ozonoff (1996, en Arán Filippettiet al.,2017) las definen como los procesos cognitivos que posibilitan la autorregulación de la conducta y su adaptación flexible al contexto, en función de objetivos específicos. Las Funciones Ejecutivas son definidas como un "conjunto de habilidades cognitivas que permiten establecer objetivos, planificar, iniciar actividades, autorregular y monitorizar las tareas, seleccionar los comportamientos y conductas de manera precisa y ejecutar acciones para lograr los objetivos." (Ardila, Pineda y Rosselli, 2000; Lezak,Howieson y Loring, 2004; en Augruso, Carenza, Rubiales,Urquijo, 2010,p. 1). Tirapu Ustárroz, Ríos Lago y Maestú Unturbe, Rios Lagod y Maestú Unturbe, (2011). refieren a mecanismos o procesos cognitivos de orden superior, módulos cognitivos que implican aspectos como la inhibición, la memoria de trabajo o toma de decisiones, para ello se torna necesario una representación mental del problema, aplicar una planificación adecuada, ejecutar el plan y verificar resultados para detectar o no error y de ser necesario corregir.

Anderson (2002) señala que los procesos asociados a las Funciones Ejecutivas son diversos, procesos cognitivo que permiten llevar a cabo la resolución de problemas que emergen tanto a

[A] Lic. en Psicopedagogia. Mgter. en Educacion y Universidad. Docente. Universidad Nacional de Rìo Cuarto. Rio Cuarto, Córdoba. Argentina. adrianauva@hotmail.com

[B] Lic. en Psicopedagogia. Mgter. en Educacion y Universidad. Docente. Universidad Nacional de Rìo Cuarto. Rio Cuarto, Córdoba. Argentina candelest@hotmail.com

nivel académico, como así también en las actividades cotidianas. El autor centra su atención en subprocesos tales como, el control inhibitorio, la planificación y la organización, la flexibilidad cognitiva, la fluidez verbal y la memoria de trabajo. El control inhibitorio es definido por Hofmann, Vohs, y Baumeister (2012) "como el proceso cognitivo que permite el control de la interferencia de la información irrelevante para el logro de metas u objetivos que resultan prioritarios" (en Introzzi, CanetJuric, Aydmune y Stelzer, 2016, p. 3).Por otro lado, la planificación es descripta como "la estructuración de una serie de pasos o acciones requeridas para concluir las tareas exitosamente, considera la situación actual y los factores internos y externos que pueden influir en el logro de los objetivos" (Cabrera Guillén et al.,2017,p 36) y la organización es entendida como la "forma en la que se representa la información a través de esquemas mentales, de modo que pueda ser recuperada, manipulada y asimilada de forma fácil, espontánea y correlacional" (Cabrera Guillén et al.,2017,p. 38).

La flexibilidad cognitiva es definida por Goldberg (2002) como: "la capacidad de detectar la falta de eficacia de ciertas conductas o estrategias para afrontar circunstancias particulares o novedosas, y la consecuente destreza para alternarlas por otras más acordes a lo requerido. Por otro lado, es posible conceptualizarla como la capacidad del sujeto para modificar esquemas de acción según variaciones contextuales y de otra naturaleza" (en Cervigni, Bruno y Alfonso, 2016, p. 2).

A partir de lo expuesto hasta aquí, podemos pensar entonces en que el aprendizaje es una variable significativa en el proceso educativo y la neurociencia permite comprender dicho proceso considerando estructuras complejas del cerebro, las habilidades cognitivas relacionadas a cómo procesa, registra, conserva, evoca la información y su relación con el desarrollo de habilidades socioemocionales asociadas con los aprendizajes.

Como en todos los procesos del desarrollo y aquellos específicamente neurocognitivos, las funciones ejecutivas también están influenciadas por múltiples factores entre ellos el ambiente sociocultural, variables socioeconómicas y la estimulación ambiental, así como por la naturaleza de la tarea cognitiva y la familiaridad con la misma, el entrenamiento académico y la calidad de la mediación cognitiva empleada en la enseñanza (Pino & Urrego, 2013).

Un buen desarrollo de las Funciones Ejecutivas va a impactar de manera positiva en el rendimiento académico permitiendo a los estudiantes concentrarse en la actividad, mantener la información relevante, lograr una mejor planificación, organización y monitoreo de los aprendizajes.

El rendimiento académico es un proceso complejo condicionado por diversos factores de índole personal y contextual (Korzeniowski et al., 2017).

Stelzer y Cervigni (2011), amplían aún más el concepto de rendimiento académico, entendiéndolo como la capacidad del sujeto de responder a las exigencias académicas solicitadas, está influenciado por diferentes variables, tales como, los recursos cognitivos de los estudiantes, conocimientos previos y herramientas que posee en cuanto a estrategias de aprendizaje como así también estrategias pedagógicas y didácticas implementadas por los docentes.

En el presente trabajo, se expone un estudio realizado durante el año 2018 y 2019 con alumnos universitarios. Se trabajó con 48 alumnos de primer y quinto año de la Lic. en Nutrición de la Universidad de Mendoza sede Rio Cuarto.

Objetivo General: Verificar el desarrollo de las funciones ejecutivas en alumnos que cursan primero y quinto año de la carrera Lic. en Nutrición de la Universidad de Mendoza sede Rio Cuarto y su relación con el rendimiento académico.

Objetivos Específicos: refieren a medir el desarrollo de diferentes funciones ejecutivas: control inhibitorio, organización y planificación, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo y monitoreo de los estudiantes que cursan primero y quinto año, de la carrera de Lic. en Nutrición de la Universidad de Mendoza sede Rio Cuarto. Relevar los rendimientos académicos de los estudiantes de primero y quinto año analizarlos y establecer su relación con el desempeño de cada uno en las funciones ejecutivas.

Metodología

Se realizo un diseño descriptivo, transversal cuantitativo. Se utilizó Test de las Anillas como instrumento de recolección de datos. Portellano y Martínez Arias (2009). La finalidad es evaluar personas de cualquier nivel educativo, incluidas personas analfabetas y la forma de aplicación es individual. El análisis de los datos se realizó con SPSS 22.0.0.0.

Resultados obtenidos: Los análisis realizados revelaron que la muestra está conformada por el 95% de sexo femenino y 5% de sexo masculino, de los cuales el 55% cursan primer año de la carrera y el 45% quinto año.

En relación al año de cursado y rendimiento en el desarrollo de las funciones ejecutivas, se puede observar que en el primer año de cursado el 38% de los estudiantes de primer año obtienen un rendimiento bajo-medio bajo, el 39% se ubica en medio-medio alto y el 23 % obtiene un rendimiento alto. Los estudiantes de quinto año, el 15% se ubica dentro de los alumnos que obtienen un resultado bajo-medio bajo, el 32% obtiene un resultado medio-medio alto y el 53% obtiene un resultado alto-muy alto.

Si analizamos estos resultados podemos decir que los estudiantes de primer y quinto año han obtenido resultados homogéneos en cuanto al rendimiento medio-medio alto. Sin embargo, en primer año se ubican un porcentaje similar de estudiantes que han obtenido un rendimiento bajo-medio bajo, mientras que los que cursan quinto año ese porcentaje es mucho más bajo.

En el trabajo realizado con el rendimiento de las funciones ejecutivas rango alto-muy alto, podemos encontrar una marcada diferencia en quinto año donde se ubica poco más del 50% de los estudiantes que cursan quinto año, y un 23% ocupa ese rango en primer año.

Esto significa que con el transcurso de los años de cursado de la carrera los estudiantes han ido incorporando o mantenido diferentes estrategias que están relacionadas a las evaluadas en las pruebas propuestas para evaluar funciones ejecutivas analizadas. Las mismas, en este estudio en particular, no muestra relación significativa con el rendimiento académico que los estudiantes obtienen en los diferentes años de cursado.

Según los resultados obtenidos, un 30% en primer año y 37% en quinto año se ubican en un rendimiento académico bueno, el 56% obtienen muy bueno en primer año y 58% en quinto año visualizando así el 57% del total de la muestra en un muy buen rendimiento académico.

Es importante destacar que a mayor año de cursado, se observa un mejor uso de las Funciones Ejecutivas. Esto podría evidenciar la relevancia de las estrategias de aprendizaje que el alumno va adquiriendo con el transcurso de los años de cursado de la carrera y el manejo que hace de estos recursos, planificación y tiempo de estudio, organización del material a trabajar, integración de contenidos entre otras.

A partir de este trabajo, podemos inferir, que para que el estudiante adquiera nuevos conocimientos es importante la estimulación de las funciones ejecutivas para favorecer de aprendizajes significativos. Se considera una necesidad que las instituciones educativas de todos los niveles estimulen el desarrollo y la actividad cognitiva de sus alumnos, presentando programas de entrenamiento cognitivo junto con el sistema de enseñanza.

Bibliografía:

-Anderson, P. (2002). Assessment and development of executive function (EF) during childhood. Child Neuropsychology, 8(2), 71-82.

-Arán Filippetti, V. y López, M.B. (2017). Estructura latente de las funciones ejecutivas en adolescentes: invarianza factorial en función del sexo. Universidad del Rosario. Avances en Psicología Latinoamericana; 35; 3; 9-2017; 615-629. Recuperado de: http://hdl.handle.net/11336/43638 (7 de Febrero del 2020)

-Augruso, L.; Carenza, M.; Rubiales, J. y Urquijo, S. (2010). Memoria de trabajo y fluidez verbal en niños que asisten a escuelaspúblicas y privadas. I Congreso Internacional de Neuroeducación. Consultora Segmento, Mar del Plata. Recuperado de: https://www.aacademica.org/sebastian.urquijo/8

-Cabrera Guillén, V.; Carazo Vargas, V.; Corrales Calderón, J.; Fernández Calderón, A.; Gutiérrez Alfaro, E.; Loaiza Nájera, M. yRomero Bonilla, S. (2017). Funciones Ejecutivas Centrales. Fundamentos para su desarrollo en la Primera Infancia. 1° edición. San José, Costa Rica: INIE, 2017.

-Cervigni, M. A.; Bruno, F. y Alfonso, G. (2016). Hacia la elaboración de criterios para la estimulación de la flexibilidad cogni-

tiva mediante juegos digitales: aportes fundados en un estudio empírico. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Psicología. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento; 8; 3; 12-2016; 72-80. Recuperado de: http://hdl.handle.net/11336/39713(7 de Febrero del 2020)
-Introzzi, I.; Canet Juric, L.; Aydmune, Y.yStelzer, F. (2016) Perspectivas Teóricas y Evidencia Empírica sobre la Inhibición. Universidad Nacional de Colombia. Revista Colombiana de Psicología; 25(2); 351-368. doi:10.15446/rcp.v25n2.52011 Recuperado de: http://hdl.handle.net/11336/91806(5 de Diciembre del 2019
-Korzeniowski, C.G.; Cupani, M.; Ison, M.S. y Difabio, H.E. (2017). Rendimiento escolar y condiciones de pobreza: el rol mediador de las funciones ejecutivas. Universidad
80| P á g i n ade Almería. Electronic Journal of Research in Education Psychology. 14; 40; 12-2017; 474-494. Recuperado de: http://hdl.handle.net/11336/47392(5 de Diciembre del 2019
-Pino Melgarejo, M. M., & Urrego Betancourt, Y. (2013). La importancia de las funciones ejecutivas para el desarrollo de las competencias ciudadanas en el contexto educativo. Cult. Educ. Soc. CES, 4(1), 9-20. Recuperado de http://revistascientificas.cuc.edu.co/index.php/culturaeducacionysociedad/article/viewFile/969/ pdf_189
-Portellano, J. A. y Martinez Arias (2009). Test de las Anillas para la Evaluación de las Funciones Ejecutivas. Madrid: TEA Ediciones
-Stelzer, F.; Cervigni, M.A.y Martino, P. (2012). Impacto de las prácticas de crianza sobre el desarrollo de las funciones ejecutivas durante la infancia: Una revisión de la literatura. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de la Ciénega. Revista Mexicana de Investigación en Psicología; 4; 1; 3-2012; 24-36. Recuperado de: http://hdl.handle.net/11336/38260(5 de Diciembre del 2019)
-Tirapu Ustárroz, J.; Ríos Lago, M.; y MaestúUnturbe, F. (2011). Manual de Neuropsicología. (Cap. 8, pag. 219-252) Barcelona: Viguera. 2° Edición.

INVESTIGAR EN ÉPOCA DE PANDEMIA TEST DE FRASES INCOMPLETAS

Adriana Luque [A]

La pandemia y la cuarentena provocada por el virus COVID-19 como contexto de producción, ha dejado al descubierto la transformación en la forma de vivir, estudiar, trabajar y comunicarse; introduciéndonos en una nueva dinámica social que conlleva a considerar las incertidumbres del aislamiento social y laboral.

Estos desafíos que debemos enfrentar de la contemporaneidad, nos obliga a revisar las herramientas teóricas, conceptuales, desplegando el potencial metodológico con miras a encontrar respuestas a los nuevos interrogantes que la actual situación genera. Estamos en una época en donde debemos resignificar la ciencia, la tecnología, la educación y por su puesto la investigación.

Hacer investigación no es una tarea sencilla. Conlleva una organización previa de ideas y reflexiones, hay que tomar decisiones, plantear supuestos, seleccionar una metodología de trabajo adaptada al contexto, entre otras cosas.

Con frecuencia cuando se plantea una investigación se suele presentar una serie de problemas metodológicos entre los que encontramos la representatividad de la población objeto de investigación, el número de componentes de la muestra, la adecuación de los instrumentos, la presencia de inferencias estadística, entre otros.

En toda investigación científica se parte de la formulación de una hipótesis u objetivo de trabajo, se recogen datos según un plan preestablecido que, una vez analizados e interpretados, modifican o añaden nuevos conocimientos a los ya existentes; pero ¿qué ocurre cuando se modifican los contextos de trabajo?.

En esta oportunidad compartiré con ustedes, algunas reflexiones en referencia al proyecto acreditado por la Universidad Nacional de La Plata y las decisiones consecuentes que debimos tomar, a fin de continuar con la tarea emprendida.

[A] Investigadora. Profesora. Facultad de Psicología U.N.L.P. La Plata, Buenos Aires. Argentina. luquead@gmail.com

En el año 2019 se presentó el Proyecto de Investigación "Actualización del Test de Frases Incompletas de Joseph Sacks" a efectos de ser formalizado en los años 2020-2021. El plan de trabajo se organizó acorde a los escenarios sociales vigentes.

Al momento del inicio de la ejecución todo había cambiado. La irrupción de lo imprevisible, lo incierto, el coronavirus, generó una dinámica social diferente, conduciendo a tener que readecuar la propuesta de investigación para que no quedase relegada.

El impacto de encontrarnos en pandemia nos produjo un quiebre con el sentido común anterior, posicionándonos desde un lugar diferente ante una configuración cultural con nuevas demandas, necesidades y expectativas.

En este nuevo contexto, caracterizado por el aislamiento social, nos enfrentamos a la inadecuación en los procedimientos de administración: quedando imposibilitados de poder realizar la investigación en forma presencial, obligándonos a considerar metodológicamente la virtualización del instrumento.

Surgió entonces la pregunta de ¿cómo continuar investigando durante el aislamiento?

Reflexionamos en cómo llevar adelante la investigación sin que las adecuaciones se confundieran con flexibilización del rigor científico y ético que todo proyecto científico debe poseer.

Era una realidad… la pandemia obligaba a cambiar la forma de trabajo. Como alternativa, las plataformas virtuales y redes de comunicación e información permitirían mantener con cierta regularidad, la dinámica de trabajo. Zoom, WhatsApp, faceboock. no sólo posibilitarían los espacios de encuentro, sino que también facilitaron el acercamiento al material bibliográfico actualizado y específico para las áreas que aborda El Test de Frases Incompletas (familia, sexo, relaciones interpersonales y autoconcepto).

A modo de prueba, aplicamos la entrevista y el Test de Frases Incompletas por vía digital, autoadministrado. Las invitaciones a participar se difundieron por dos vía, enviando SMS y a través de mail. Esta primera submuestra nos develó una serie de interrogantes y reflexiones en relación a los procedimientos que utilizaríamos a medida que avanzábamos en nuestro trabajo.

- **Lo tecnológico como limitación real**
  El contexto de aislamiento hizo que fuese más difícil llevar adelante los intercambios, por los problemas de conectividad, el desigual acceso a la tecnología, carencia de crédito o datos, ausencia de cámara, etc, generaría sesgo de selección de personas participantes en la muestra. Debimos analizar las posibilidades y límites de los medios digitales y nuevas tecnología para garantizar la integridad de los datos en el proceso de recolección de información.
- **El concepto de presencialidad**
  La pandemia ha modificado los encuentros entre el investigador y el sujeto; ha convertido lo presencial en lo virtual, instalando un nuevo dispositivo… la individualidad del otro lado de la pantalla.
  Dimensión a tener en cuenta al momento de pensar en el sostenimiento de los vínculos con quienes participarían de la muestra piloto.
- **La representatividad de la muestra**
  Actualmente, las circunstancias sociales demandan una adecuación de la muestra poblacional. Una preocupación presente es cómo reducir los sesgos de cobertura y participación de los parámetros clave de la población, como es la distribución por sexo, edad, y nivel educativo.
  El tamaño de la población determina el tamaño de la muestra que se va a seleccionar, pero en estas circunstancias teniendo en cuenta las estrategias metodológicas que utilizaremos, deberemos modificar el número preestablecido.
- **Características de la muestra**
  No podemos negar que las sociedades se encuentran en una acelerada transformación a partir de lo que se está viviendo. Tendremos que considerar las manifestaciones del cambio y la sutiliza de lo complejo en quienes conformarán la muestra piloto. El coronavirus dio un golpe impensado a la emocionalidad, a la conciencia de finitud, de muerte, de fragilidad que

portan los sujetos, generando sentimientos de vulnerabilidad, frustración, estrés, tristeza, trastornos de ansiedad o depresión; quebrado rutinas familiares y laborales, agudizando problemas y conflictos vinculares preexistentes por una convivencia forzada.

- **La confidencialidad y el anonimato de los entrevistados**.
  Ante la falta de contacto con las personas, se vio alterado el clima de intimidad y comodidad que resultaba favorable para que el entrevistado pudiese expresarse libremente.
  La incidencia de lo tecnológico en la privacidad irrumpiría tal vez abruptamente, exponiendo al sujeto de lo vivenciado individual e íntimo a lo público y expuesto.
  Ante esta situación, se propuso aumentar los niveles de seguridad, eligiendo las plataformas más seguras para hablar con los sujetos de la muestra.
  En cuanto a los aspectos éticos, los consentimientos informados ya no fueron firmados, sino que estarían solamente enunciados.
- **La adecuación del instrumento de recolección de datos**.
  Considerando la Entrevista en primera instancia como instrumento importante de la investigación, se estructuró de manera tal, que nos proveyera de información que pudiésemos relacionar con las áreas que aborda el Test de Frases Incompletas.
  En lo que respecta al FIS, previo a su aplicación, habiendo identificado los temas claves que trata la técnica, se realizó una profundización en búsqueda bibliográfica actualizada, soslayando de este modo una posible adaptación transcultural.
  Recordamos que el test consta de una hoja de aplicación con 60 frases incompletas, (que aluden a diversos ámbitos de la vida personal) que el sujeto tiene que completar contestando lo primero que se le ocurra. Consta de 60 preguntas distribuidas en 15 grupos de actitudes y 4 áreas de exploración: Área familiar, Área sexual, Área de las relaciones interpersonales y Área del concepto de sí mismo. Se trabajó en las significaciones que portaban los profesionales en relación a las áreas
- **El equipo de administración**
  El desarrollo del trabajo de campo implicó a la vez de una revisión constante del diseño de la investigación; el entrenamiento de los entrevistadores.
  Los miembros del equipo de investigación debieron conocer qué hacer durante todo el estudio, aplicando las mismas definiciones y criterios a todos los participantes y actuando de forma idéntica ante cualquier duda. Para conseguirlo, fue imprescindible escribir un protocolo de investigación donde se especificaron todos los detalles relacionados con la administración de la entrevista y la Técnica seleccionada, de esta manera se unificaron criterios metodológicos de observación y registro.

En síntesis y para terminar concluiremos que esta primera etapa nos permitió pensar sobre el trabajo de investigar en tiempos de pandemia.

Considerar los imprevistos que pueden surgir en el quehacer científico requiere de la incorporación de una nueva perspectiva de abordaje, objeto de reflexión y análisis.

Estos escenarios con nuevas incertidumbres, tan evidentes en la pandemia, no desaparecerán cuando esta concluya, sino que a partir de ahora formarán parte del mundo actual.

REFERENCIAS:

Álvarez Marinelli, H. y otros (2020), "La educación en tiempos del coronavirus: los sistemas educativos de América Latina y el Caribe ante COVID-19", Documento para Discusión, N° IDB-DP-00768, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID) [en línea] https://publications.iadb.org/publications/ spanish/document/La-educacion-en-tiempos-del-coronavirus-Los-sistemas-educativos-de-America-Latinay-el-Caribe-ante-COVID-19.pdf [fecha de consulta: 4 de agosto de 2020].
– Alonso, J.L. (2020) "COVID-19 y las metodologías caducas e inútiles". Madrid, Disponible en: http://www.mcep.es/2020/04/30/covid-19-y-las-metodologias-caducas-e-inutiles-jose-luis-alonso-mcep-madrid/
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2020a), "América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: efectos económicos y sociales", Informe Especial COVID-19, N° 1, Santiago, 3 de abril. (2020b), "El desafío social en tiempos del COVID-19", Informe Especial COVID-19, N° 3, Santiago, 12 de mayo.
- Castoriadis, C. (1993). La institución imaginaria de la sociedad. Buenos Aires: Tusquets.
- Marradi, A; Archenti, N; &Piovani J, I. (2007). Metodología de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Emecé

– Tejedor, S. (2019) Herramientas Digitales para Comunicadores. Departamento de Periodismo y Ciencias de la Comunicación. Universidad Autónoma de Barcelona.
Peréz, E. (2005). Las instituciones y las producciones subjetivas en tiempos de crisis de sentido. Ponencia presentada en XXX Congreso Interamericano de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

LA ANSIEDAD COMO SÍNTOMA PREVALENTE EN PANDEMIA: EL PAPEL DE LA ORIENTACION NEGATIVA AL PROBLEMA Y LA EVITACION COGNITIVA

Anna Teresa Rovella [A], Alicia Evelina Giaroli [B]

Introducción: La pandemia causada por Covid-19 ha sido una emergencia social y de salud sin precedentes en todo el mundo. Estudios de revisión realizados en pandemia, indicaron que la ansiedad y la depresión prevalecen en más del 20% con diferencias de género y ocupación. (Brocks et al., 2020; Pappa et al. , 2020).

La ansiedad crónica configura una de los factores predominantes o a la base de los trastornos emocionales en particular, y de otras patologías en general. El estudio sobre la naturaleza y mantenimiento de la misma podrían tener implicancias para la comprensión de todos los demás trastornos de ansiedad (Rovella y Gonzalez, 2008). A partir de los trabajos de Davey, (1994), han surgido herramientas diagnósticas específicas que se enfocan no sólo en los contenidos o síntomas característicos, sino también en las variables de proceso que intervienen en su adquisición y mantenimiento, lo que ha permitido un mejor conocimiento del trastorno.

La ansiedad se caracteriza por la preocupación como principal síntoma cognitivo, entre los procesos cognitivos asociados podemos mencionar la orientación negativa al problema, que refiere al sistema de creencias que reflejan la percepción de un problema como una amenaza para el bienestar, y las estrategias internas para evitar pensamientos o imágenes mentales que generen ansiedad.

Asi la preocupación es una característica asociada a todos los trastornos de ansiedad (Barlow, 1988); por lo que mejorar el entendimiento de la preocupación repercutirá sobre el tratamiento de los demás trastornos de ansiedad (Dugas, Freeston y Ladouceur, 1997). Para Borkovec y col. (1990), la preocupación consiste en una cadena de pensamientos e imágenes relativamente incontrolables, acompañado por un estado afectivo negativo. Es una conducta evitativa que se retroalimenta de la evitación cognitiva de pensamientos e imágenes mentales desagradables y también de la tendencia a la orientación negativa al problema. (Rovella, Gonzalez, Peñate e Ibañez, 2011).

La orientación al problema consiste en la parte motivacional del proceso, conforma un conjunto de esquemas cognitivos emocionales estables que describen cómo una persona piensa y siente respecto de los problemas de su vida. Es decir, es una metacogniciçon que define la orientación general hacia los problemas. Y la orientación negativa al problema, representa la tendencia personal a valorar los problemas como amenazas, a dudar sobre la propia capacidad de resolverlos, y a sentirse fácilmente frustrado y desanimado ante los problemas de la vida. (Gonzalez, Ibañez, de la Barrera, 2017; Robichaud y Dugas, 2005).

Mientras que la evitación cognitiva se comporta reduciendo temporalmente la ansiedad, de lo cual se deriva la necesidad de seguir sosteniendo esta estrategia. Sin embargo, su eficacia es ilusoria ya que sólo aporta un alivio momentáneo, imposibilitando la tramitación de los miedos prin-

[A] Docente. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. arovella@unsl.edu.ar
[B] Docente investigadora. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. evegiaroli@gmail.com

cipales. Es así que la evitación cognitiva puede ser definida como un factor adicional que contribuye al mantenimiento y exacerbación de las preocupaciones y de la ansiedad.(Gonzalez, Rovella, Barbenza y Raush, 2012).

Objetivos: Describir niveles de ansiedad, evitación cognitiva y orientación negativa al problema en estudiantes universitarios en pandemia.

Metodología: estudio descriptivo correlacional transversal,

Participantes: 131 estudiantes de diferentes carreras universitarias con edades entre los 17 y 47 años, en su mayoría solteros, 99 femeninos y 32 masculinos que dieron su consentimiento para completar una batería de pruebas.

Instrumentos: Escala de cribado ansiedad GAD7. (Spitzer et al 2006). Escala de cribado para trastorno de ansiedad consta de 7 preguntas puntuables entre 0 y 3, siendo por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente.

Cuestionario de Evitación Cognitiva (CEC) - Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ) - (Sexton & Dugas, 2008). Es una medida de autorreporte conformada por 25 ítems que establece la tendencia a emplear estrategias de evitación cognitiva mientras se hace frente a pensamientos intrusivos amenazantes. El CEC comprende 5 subescalas, que a su vez miden cinco tipos diferentes de estrategias de evitación cognitiva: supresión del pensamiento, sustitución de pensamientos angustiantes, distracción, evitación de estímulos amenazantes y transformación de imágenes mentales en pensamientos verbales. Los enunciados que describen el uso de tales estrategias son evaluados a través de una escala Likert de cinco puntos

Cuestionario de Orientación Negativa al Problema (NPOQ) (Robichaud y Dugas, 2005).Es un cuestionario de 12 ítems que evalúa la orientación negativa al problema, que implica la tendencia a percibir los problemas como una amenaza, dudar acerca de la propia capacidad para resolver problemas y ser pesimista sobre los resultados de la resolución de problemas. Una evaluación inicial sugiere una solución unifactorial del constructo, con una excelente consistencia interna (.90), y una adecuada validez tanto convergente como discriminante .

Resultados: Los instrumentos obtuvieron adecuados índi 4.2.9ces de confiabilidad. Las puntuaciones medias para GAD7 fue de *19,98 DE 4,98*. El 29% obtuvo puntuaciones mayores a 15, Orientacion negativa al problema M= La evitación cogntiva M= 74,91 DE=16,1. Las correlaciones evidencian fuerte grado de asociación entre si (p=.616 ** y .617**).El grupo de mujeres obtuvo mayores puntuaciones en trastorno de ansiedad (t=2. 36 P=.022) y evitación cognitiva (t= 2.89 p=.006), también en orientación negativa al problema (t= 2.2 P=.024) **Discusión:** los datos indican altos niveles de ansiedad generalizada en la población de estudiantes universitarios en pandemia, sobre todo en el grupo femenino en concordancia con la literatura científica. Tanto la orientación negativa al problema como la evitación cognitiva son variables relacionadas a la ansiedad. Las estrategias para evitar la preocupación y el malestar que conlleva esta emoción se incrementa a mayor ansiedad y desencadena una tendencia a experimentar la ambigüedad como amenaza, y valorar negativamente los problemas.

En coincidencia con Pappa (2020) se enfatiza la necesidad de una detección temprana y la importancia de diseñar estrategias de tratamientos eficaces para atender los síntomas clínicos más leves del estado de ánimo o los síndromes subumbrales antes de que evolucionen hacia respuestas psicológicas más complejas y duraderas.

Referencias Bibliográficas.

Brooks ,SK., Webster ,RK., Smith , L.; Woodland ,L; Wessely ,S; Greenberg , N; Rubin, GJ. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet , 395 (2020) , págs. 912 - 920 , 10.1016 / S0140-6736 (20) 30460-8

González Rodríguez , M., Ibáñez , I., & Barrera , A. (2017). Rumiación, preocupación y orientación negativa al problema : procesos transdiagnósticos de los trastornos de ansiedad, de la conducta alimentaria y del estado de ánimo. Acta Colombiana de Psicología, 20(2), 30-41.

Gonzalez, M ; Rovella, A; Barbenza, C y Raush, L. (2012). Tendencia a la preocupación y trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes:contribución diferencial de los procesos cognitivos. Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica. 1, 33, 31-50.

Gosselin, P.; Langlois, F.; Freeston, M.; Ladouceur, R.; Dugas, M. y Pelletier, O. (2002). The cognitive avoindance questionnaire: development and validation in adult and adolescent samples. Journal de Therapie Comportamentale et cognitive, 12, 24-37.
Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsi, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain, behavior, and immunity, 88, 901–907.
Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2005). Negative problem orientation (Part II): Construct validity and specificity to worry. Behaviour Research and Therapy, 43(3), 403-412. DOI: https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.008
Rovella, A y Gonzalez, M . (2008). Trastorno de ansiedad generalizada: aportes de la investigación al diagnóstico.Fundamentos en Humanidades, vol. IX, núm. 17, 2008, pp. 179-194.
Rovella, A; Gonzalez, M; Peñate, W e Ibañez, I. (2011). Preocupación-rasgo y Trastorno de Ansiedad Generalizada en una Muestra de la Población General:
El papel diferencial de la intolerancia a la incertidumbre, la evitación cognitiva, la orientación negativa al problema y las metacreencias. Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XX, núm. 2, agosto, pp. 101-108.
Sexton, K. y Dugas, M. (2007). The Cognitive Avoidance Questionnaire: Validation of the English translation. Journal of Anxiety Disorders
Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; Löwe, B.: (2006). . Archives of Internal Medicine 166(10):1092–1097

PERFIL DE PACIENTES ATENDIDOS EN LOS CAPS DE CONCEPCIÓN DEL URUGUAY: UNA COMPARACIÓN ENTRE 2020 Y 2021

Ana Laura Rodriguez [A]

En Diciembre de 2019, en Wuhan, China, tuvo inicio el primer brote de COVID-19, enfermedad que se propagó rápidamente por todo el mundo, motivo por el cual la Organización Mundial de la Salud (OMS), decide declararla oficialmente pandemia en marzo de 2020.

En nuestro país, el primer caso es detectado el 3 de Marzo de 2020, generando múltiples contagios, por lo que el Gobierno Nacional, con el objetivo de disminuir la transmisión en la población y evitar el colapso del sistema de salud, decretó el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), a excepción de los esenciales.

Estas medidas dieron resultado efectivo sobre la administración de los recursos sanitarios, pero en contrapartida, generó un fuerte impacto en las esferas social, económica y sin dudas afectó la salud mental de muchas personas.

La Ley Nacional de Salud Mental n° 26657, define a la misma como "un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona."

Considerando la multiplicidad de factores que inciden en nuestro bienestar, los siguientes datos relevados buscan la reflexión acerca de la relación existente entre la salud mental, por un lado, y las categorías de sexo, edad, nivel educativo y situación laboral, por el otro. En lo que refiere a nivel educativo y situación laboral, sólo figuran las cifras correspondientes a adultos.

La estadística se construye en función a pacientes atendidos en tres CAPS municipales de la ciudad de Concepción del Uruguay ("Rocamora", "La Concepción" y "CIC") en el período mayo-noviembre del 2020 y enero-junio del 2021.

[A] *Psicóloga. Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de Concepción del Uruguay. Concepción del Uruguay, Entre Ríos. Argentina. psic.rodriguezana@hotmail.com*

Gráfico 1.
Pacientes por semestre 2020-2021

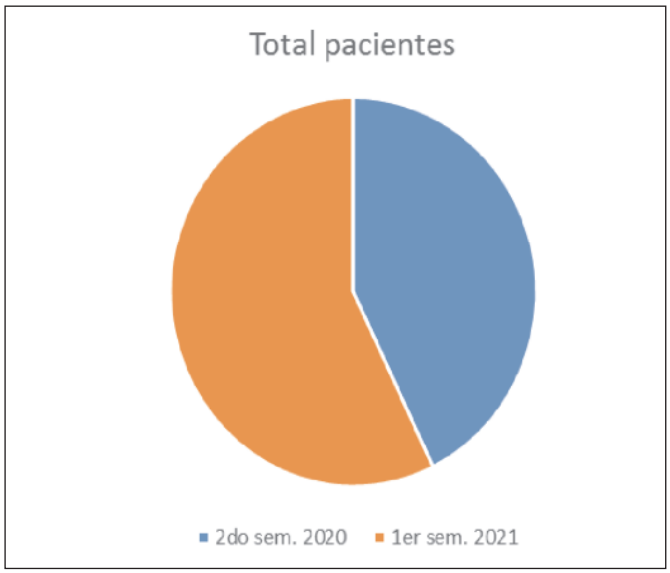


Gráfico 2.
Población segundo semestre 2020.

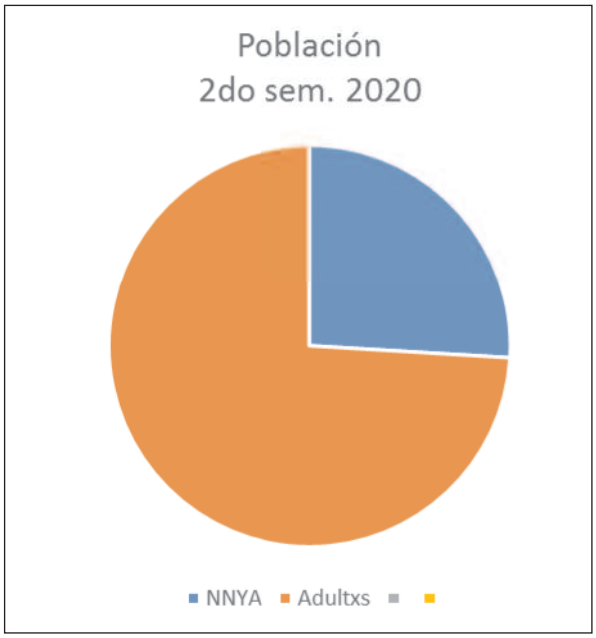
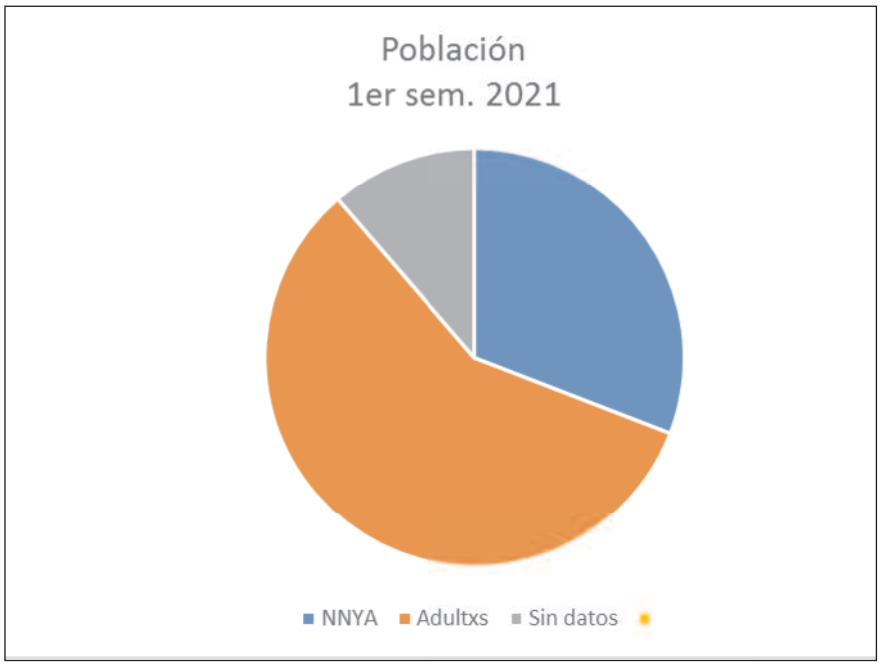


Gráfico 3.
Población primer semestre 2021.



En función al género, podemos observar una mayor consulta en mujeres (59% en 2020 y 64% en 2021) que en varones (41% en 2020 y 35.7% en 2021). Esta diferencia en la asistencia a consulta puede deberse a la construcción social que opera sobre determinados varones, que les atribuye imperativos de fortaleza, poder e independencia, dejándoles poco margen a que puedan pedir ayuda. La Asociación Americana de Psicología (APA), ha publicado al respecto, una guía que hace referencia a cientos de estudios publicados en años recientes sobre el impacto que tiene en los hombres la visión tradicional masculina marcada por "el estoicismo, la competitividad, la dominación y la agresión". La salud mental de los hombres permanece más invisibilizada, son los que menos recurren a espacios terapéuticos, sin embargo si observamos las cifras de suicidio, adicciones y violencia, ocupan el lugar con mayor prevalencia en el mundo.

Gráfico 4.
Población segundo semestre 2020 según sexo.

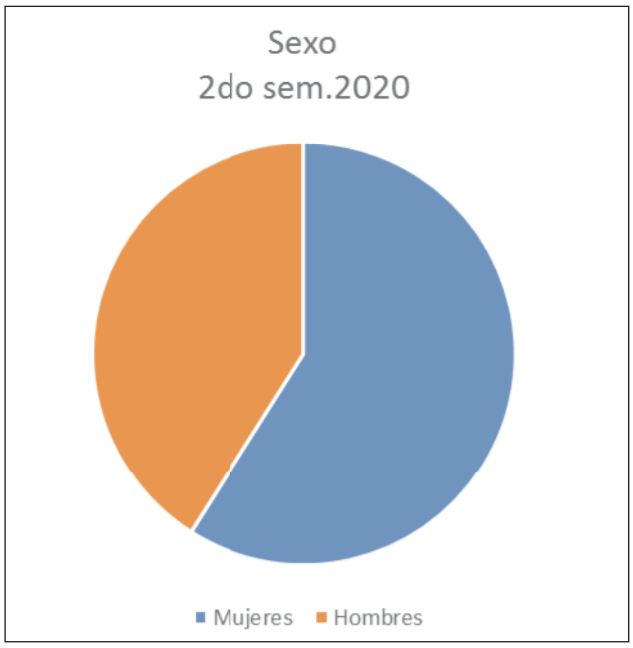
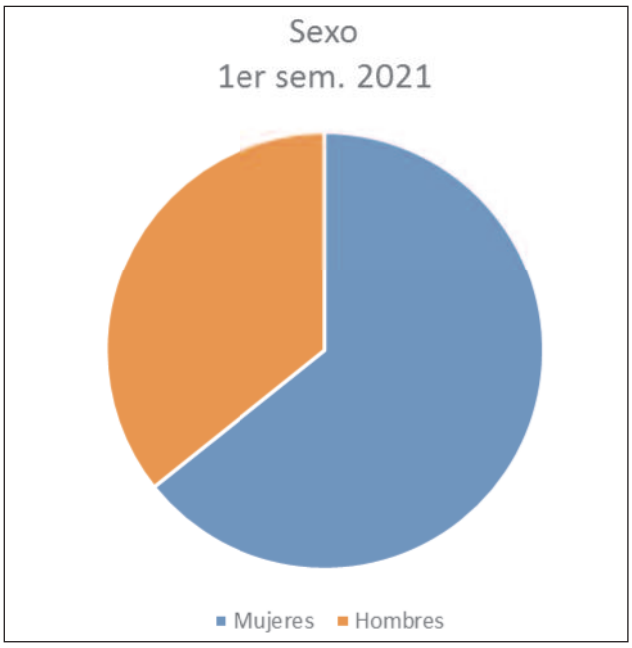


Gráfico 5.
Población primer semestre 2021 según sexo.



En referencia al nivel educativo, observamos que existe un mayor porcentaje de consulta en personas que no cuentan con educación superior (76% en 2020 y 53% en 2021) mientras que las personas que sí cuentan con una enseñanza superior consultan en menor medida (16% en 2020 y 16% en 2021). Estas cifras reflejan que el estatus educativo es un factor socioeconómico que se asocia al bienestar emocional de las personas. España ha realizado diversas investigaciones sobre este nexo, a través del trabajo "El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental" cuyo análisis constata que un alto nivel educativo afecta positivamente en las conductas y en la toma de decisiones que fundamentan el estilo de vida de los ciudadanos, siendo éstos más conscientes de sus problemas, lo que les permite desarrollar herramientas y recursos para resolverlos". A su vez, las crisis económicas pueden generar un impacto en la salud mental de las personas, debido a que se enfrentan a la incertidumbre, la preocupación, el pesimismo, falta de trabajo, pérdidas asociadas al mismo lo que trae a colación angustia, ansiedad, depresión, etc. Norberto Abdala, Psiquiatra Argentino, en 2019 es interrogado acerca de qué impacto tiene la economía en la salud, ante lo cual responde que:

> "son factores complejos, reales y concretos que suelen dañar más a las personas más frágiles, de menores recursos, de bajo nivel sociocultural, aisladas y muchas veces ya enfermas por el previo deterioro de una salud ya desgastada por trabajos de mala calidad. El desempleo acarrea numerosas consecuencias –no solo económicas– ya que el trabajo es un ordenador de la vida cotidiana, de las relaciones sociales y, sobre todo, de la identidad personal.
>
> Por lo tanto, una severa crisis económica o la falta de trabajo son potentes factores de estrés inespecífico que afectan a cualquier persona, pero que será más dañina todavía en quienes ya sufren trastornos de ansiedad, de sueño o cuadros depresivos. Incluso, en personas muy sensibles puede precipitar intentos de suicidio."

Gráfico 6.
Nivel educativo alcanzado en población.
Segundo semestre 2020.

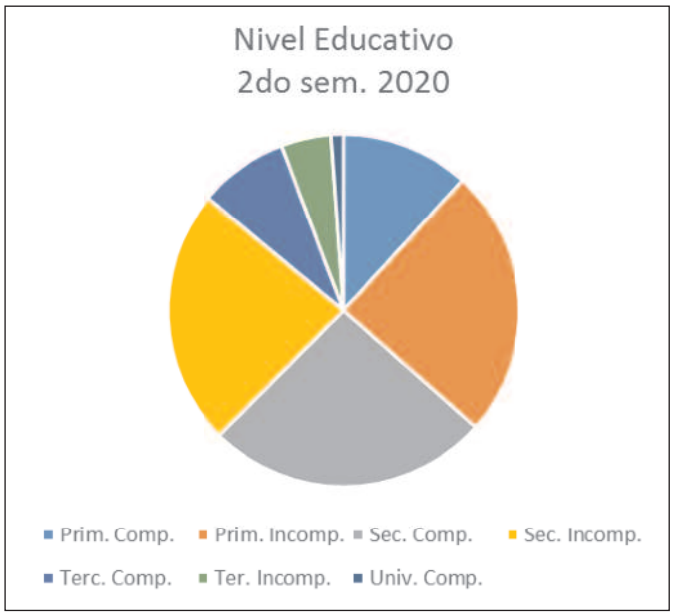
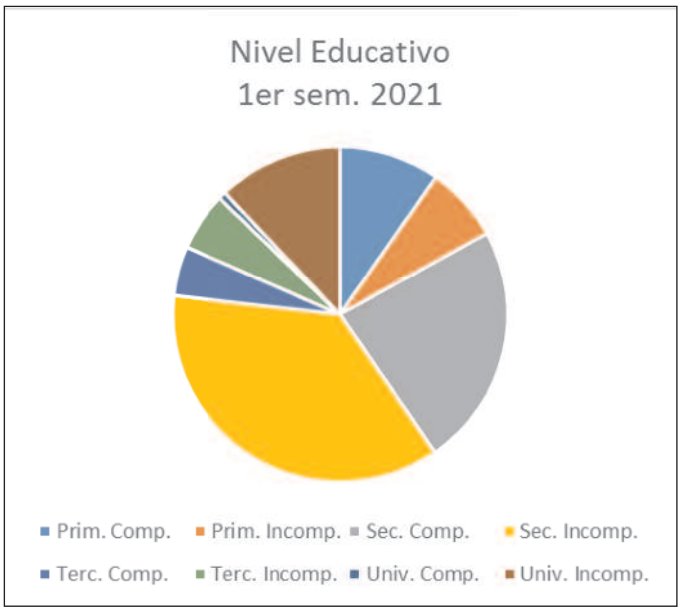


Gráfico 7.
Nivel educativo alcanzado en población
Primer semestre 2021.



En lo que respecta a la situación laboral, los datos reflejan que del total de los y las pacientes, el (35% en 2020 y 18.9% en 2021) se encontraban desempleados al momento de la consulta y el 24% en 2020 y 13.9% en 2021 realizando un trabajo informal. Cabe destacar que a raíz del contexto sanitario, casi 4 millones de trabajadores y trabajadoras perdieron sus empleos, según un informe publicado por el Centro de Investigación y Formación de la CTA (Cifra). Mientras que el sector informal registró variaciones negativas en los meses de marzo y abril (-10,5% y -16,8%), según indica el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social Argentina. En cuanto al 2021, según lo que indica CIFRA, "a medida que la economía volvía a activarse, también lo hizo el empleo, aunque con menor intensidad. Recién en el primer trimestre del corriente año, puede decirse que está cerca del nivel previo a la pandemia. El empleo asalariado registrado tuvo una leve caída que alcanzó el 4.0% en el último trimestre de 2020 respecto del primer trimestre de ese año, y en 2021 ya superó ese mismo nivel. El empleo asalariado no registrado, estructuralmente más vulnerable, sufrió especialmente en el marco de esta pandemia. Llegó a tener una recaída del 44.7% en el segundo trimestre de 2020 y en la actualidad continúa siendo la categoría más afectada, con 11.9% menos ocupados que en el primer trimestre de 2020. Finalmente, los no asalariados, entre los que priman los trabajadores por cuenta propia, tuvieron su máxima caída de 31.0% y una rápida recuperación, superando incluso los niveles previos."

Gráfico 8.
Situación laboral
segundo semestre 2020.

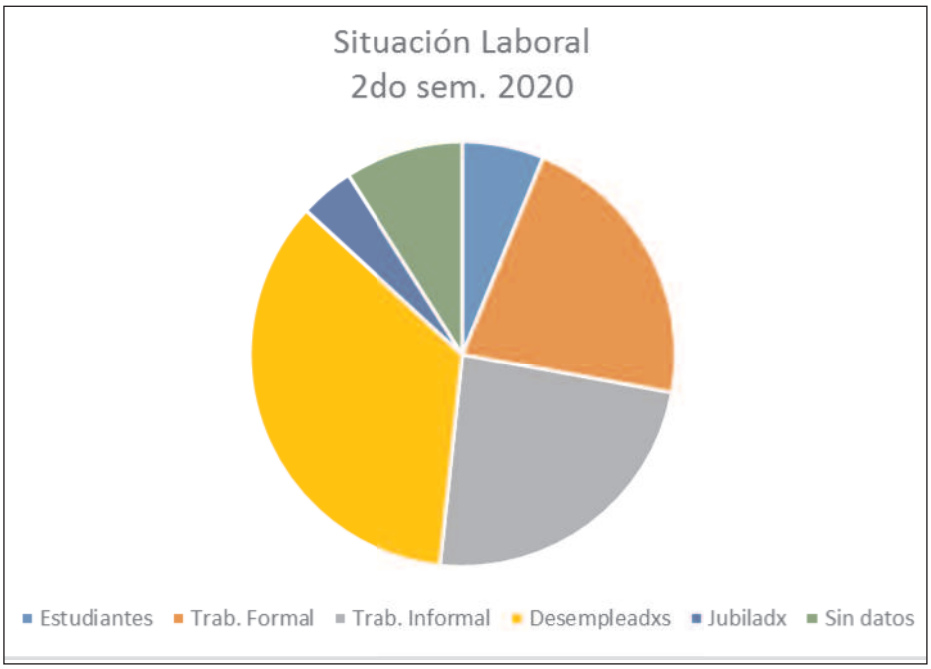
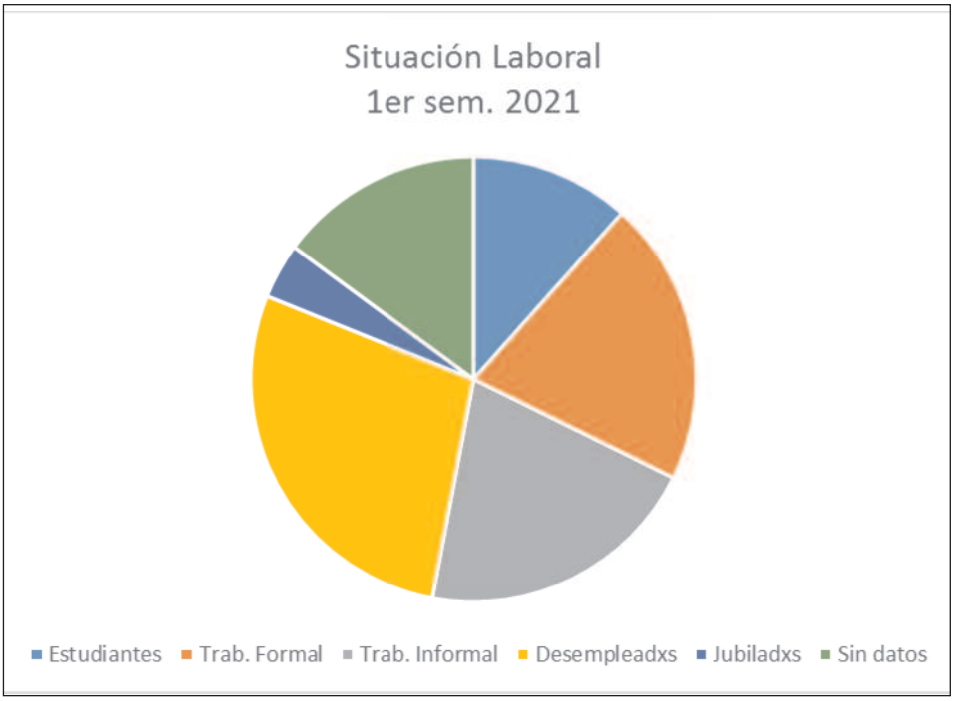


Gráfico 9.
Situación laboral. Primer semestre 2021.



En el perfil de los pacientes que asistieron a los CAPS municipales, en lo referente al motivo de consulta, hubo una prevalencia del 65% en el 2020 asociado a Trastornos de Ansiedad Generalizada y del 36.3% en 2021. Si bien los cuadros de ansiedad generalizada continúan siendo los más significativos por sobre los otros motivos, hubo una baja en el porcentaje respecto al semestre anterior. A esta diferencia podemos asociarla con la flexibilidad de las restricciones y con la vacunación a la población que ha ido expandiéndose a todos los rangos etarios, indiferentemente de la existencia de comorbilidades. "El distanciamiento físico, las medidas complementarias de higiene, la suspensión de actividades no prioritarias y la proliferación de información, conformaron un entorno diferente al que las personas desarrollaban antes de iniciado el aislamiento social, preventivo y obligatorio. Este nuevo entorno estableció nuevas exigencias y demandas de actuación, que serían potencialmente fuentes de estrés." (Barraza, 2020)

Desde el año 2000 el propósito de la encuesta mundial de salud mental de la OMS, ha impulsado estudios sobre trastornos mentales en la población general con el fin de comprender su prevalencia y distribución en países de diferentes regiones a nivel mundial con distintos grados de desarrollo, para determinar la necesidad de servicios y, en base a eso, guiar las políticas de salud pública a nivel regional y global. De acuerdo con las estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (2020), en Argentina más de 1.6 millones de personas padecen trastornos de ansiedad. En particular, las alteraciones en el sueño, la intolerancia a la incertidumbre, el desgano, la tristeza y el estrés laboral, son síntomas comunes que engloban al trastorno frente al aislamiento social (Centro de Investigaciones Sociales, 2020).

Por otro lado, aparecieron nuevos motivos de consultas como depresión (6.5%), impulsividad (9%) conflictos familiares (4.4%), separaciones (6.1%) y problemas de conducta y adaptación (4%). Según estadísticas publicadas por la Agencia de Noticias de Entre Ríos el 19 de Agosto de este año, en la provincia las consultas sobre divorcios se acrecentaron un 30% más. El año pasado hubo 1392 divorcios inscriptos en el territorio entrerriano, y durante el primer semestre de este año, es decir hasta junio, ya se registraron 738.

Gráfico 10. Motivo de consulta. Segundo semestre 2020.

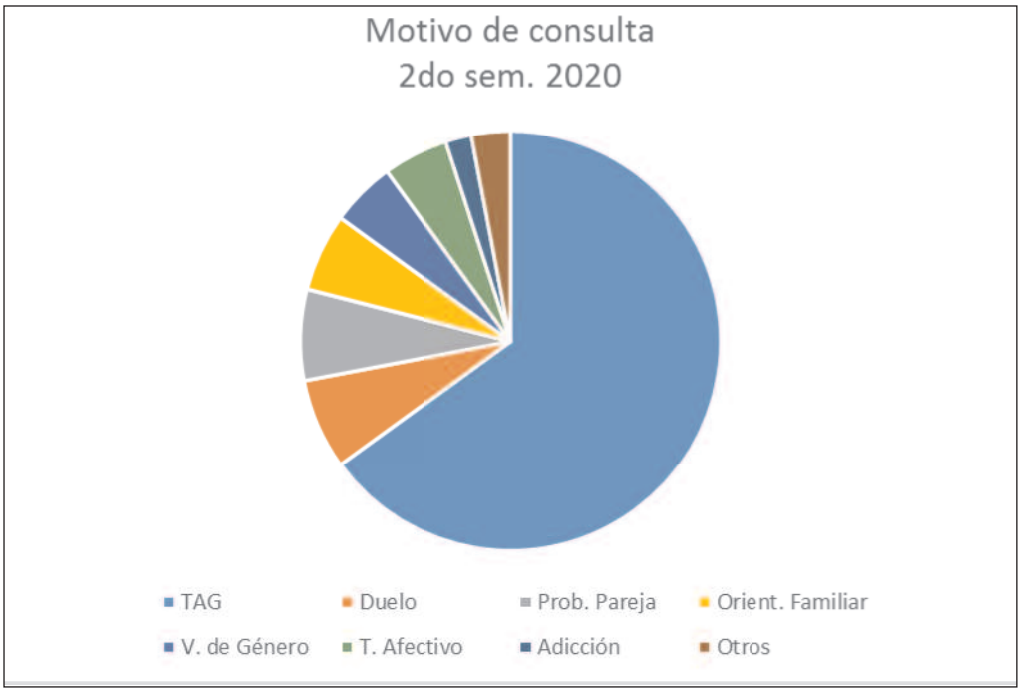
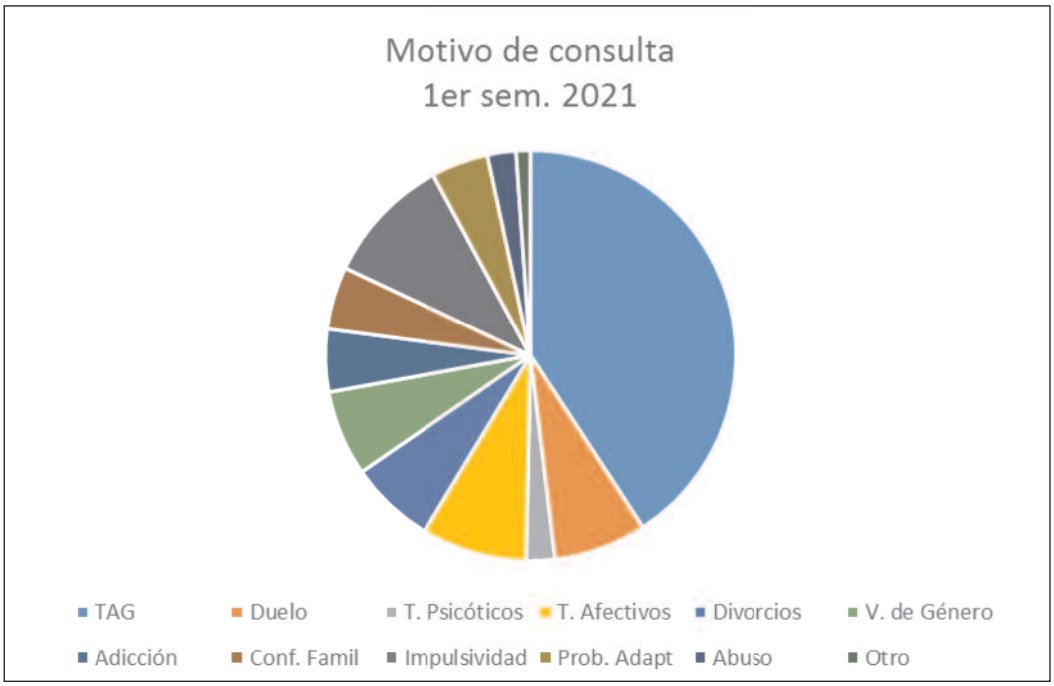


Gráfico 11. Motivo de consulta. Primer semestre 2021.



En lo referente a los nuevos motivos de consulta, la OMS publicó en su página que "la pandemia está provocando un incremento de la demanda de servicios de salud mental. El duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el miedo están generando o agravando trastornos de salud mental. Muchas personas han aumentado su consumo de alcohol o drogas y sufren crecientes problemas de insomnio y ansiedad."

Ante lo expuesto anteriormente, a partir de los datos recabados en los CAPS gestionados por la Municipalidad de Concepción del Uruguay, concluimos que el contexto socio-sanitario que estamos atravesando a nivel mundial visibilizó la importancia de la Salud Mental, así como la necesidad de diseñar acciones y estrategias que promuevan el bienestar de la población. En el alcance del mismo, intervienen múltiples factores además de lo biológico y psicológico, como lo cultural, lo

histórico y lo económico que van a incidir dinámicamente en nuestra subjetividad. En este sentido, Galende sostiene que "la salud mental está estrechamente unida a las condiciones sociales de vida." No hay nada que esté por fuera de la misma o que no la afecte en mayor o menor medida.

Este trabajo intentó realizar una comparación posible entre dos semestres continuos. Estos períodos se encuentran unidos por la pandemia, pero con detalles diferenciales en la manera de combatirla.

Nuestro objetivo fue evaluar si estos detalles incidían en el perfil de pacientes atendidos en estos dispositivos. Como datos más notorios que hicieron a la diferencia encontrada en nuestros pacientes entre los dos períodos, se hallan los referidos al sexo (consultando más mujeres que varones en ambos semestres); al nivel educativo (porcentaje mayor de personas que no cuentan con educación superior); situación laboral (aumento del desempleo y trabajo informal en 2020 y recuperación en 2021), motivos de consultas (prevalencia de cuadros de TAG en ambos semestres con disminución en 2021 y surgimiento de nuevos motivos en el semestre 2021). En el desarrollo ensayamos algunas explicaciones posibles en las cuales apoyar estas diferencias.

Como municipalidad seguiremos estudiando estas variaciones en el presente y futuro cercano, pues estas iniciativas nos brindan información imprescindible para poder asistir mejor a nuestra población.

Bibliografía:

Abdala, Roberto (2019): en Clarín.com Viva.
Agencia de Noticias de Entre Ríos.
Asociación Americana de Psicología (APA) (2018): Guía "Pautas para la práctica psicológica con niños y hombres".
Barraza, A. (2020): "El estrés de la pandemia (COVID 19) en población Mexicana". Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicoanalítica SC, México.
Centro de Investigación y Formación de la CTA (CIFRA).
De la Cruz Sánchez, Ernesto; Feu, Sebastián y Vizuete Carrizosa, Manuel (2012): "El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española".
Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social Argentina.
Organización Mundial de la Salud (OMS).

LA ATENCIÓN PALIATIVA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR LA COVID-19. PERSPECTIVAS BIOÉTICAS

Valeria Casal Passion [A]

El 11 de marzo de 2020, el director de la Organización Mundial de la Salud (OMS) caracterizó como una pandemia, a la neumonía proveniente de Wuhan, China. Consecuentemente se dispusieron en Argentina una serie de restricciones a través del ASPO (Aislamiento Social Preventivo Obligatorio) y posteriormente el DISPO (Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio). Éstas afectaron la actividad económica, los modos de trabajar, la vida de relación y esparcimiento, la salud en general y la vida cotidiana en su conjunto. A su vez en la clínica en salud mental se requirieron nuevas modalidades atencionales (teleasistencia y protocolos sanitarios de atención presencial) que interpelan nuestro ejercicio de la escucha y la dinámica intersubjetiva de los encuadres terapéuticos.

[A] Lic. en Musicoterapia. Docente Universitaria. Musicoterapia Clínica Red Argentina MAR. CABA. Argentina. valeria@saludenlazos.com.ar

Perspectivas bioéticas. Ante el contexto de emergencia sanitaria se presentan dilemas que competen a la bioética. Las personas con enfermedades crónicas complejas, limitantes y/o amenazantes para la vida, requieren una atención constante, integral e interdisciplinaria y están junto con otros grupos con diversas condiciones, mayormente expuestas al contagio y muerte por COVID-19, por consiguiente a mayor vulnerabilidad.

La OMS en su Constitución firmada en el año 1946, enunció: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." (2014, p.7). Puso de manifiesto el impacto de la pandemia de la COVID-19 sobre la salud pública y la economía de América y a su vez enunció (04/06/2020): "Aunque lo prioritario es prevenir la infección, reducir la transmisión y brindar una atención y un tratamiento adecuados a quienes tienen COVID-19, las enfermedades no transmisibles (ENT) siguen representando la carga más pesada en el ámbito de la salud" (p. 2)". Exhortó a las naciones a que no se interrumpa el acceso a los servicios esenciales de salud para las personas que padecen estas condiciones. (OMS, 2020). Asimismo, reconoció la precarización existente de la atención antes de la pandemia y la prioridad otorgada al virus global (OMS, 2020).

Surge el interrogante sobre una mirada e intervención solo biologicista, que contradice la definición enunciada por la OMS, y la inequidad en la distribución de los recursos. Debido a la emergencia sanitaria que se transita, se profundizaron los desafíos anteriores relacionados a las personas con condiciones vulnerables de salud.

También Alzheimer's Disease International (ADI) expuso la necesidad de atender los aspectos referidos a lo social y a la salud mental de las personas y el riesgo de hospitalización y contagio. (ADI, 2020). Kate Swaffer (ADI), se refirió a la preocupación por el aislamiento de las personas institucionalizadas, lejos de sus familias (ADI, 2020). Swaffer a su vez reconoció la agudización de un problema preexistente: la desatención de la salud de las personas con demencia. Según las organizaciones mencionadas, la distribución de los recursos entre los destinados a la atención de las ENT, entre ellas las enfermedades crónicas complejas y la atención de la contingencia por la COVID-19, no ha sido equitativa ya que se priorizó esta última.

Ante diversos casos de personas que fallecieron en soledad en centros sanitarios, algunos que tomaron notoriedad pública, se dispuso en el ámbito de la

Ciudad de Buenos Aires un protocolo para el acompañamiento a pacientes críticos al final de vida en pandemia (Buenos Aires Ciudad, 24/08/2020). Otras regiones de Argentina también instauraron sus protocolos de acompañamiento. Posteriormente, mediante el Decreto 235/2021, que establece medidas generales de prevención, se dispuso mediante un protocolo el acompañamiento a pacientes al final de vida tanto sea por COVID-19 u otra enfermedad.

Los actos y las restricciones mencionadas, sobre todo al inicio de la pandemia, la profundización de la desatención de las personas con enfermedades crónicas complejas y al final de vida, la falta de consideración de sus autonomías y voluntades en relación a cómo ser acompañadas, la no consideración de su salud mental y descuido de los aspectos espirituales (fundamentos de la atención paliativa) ameritan consideraciones sobre la ética de las intervenciones. Según Kant (s.f.), las personas son seres racionales, no sometidas a las voluntades ajenas, con dignidad, merecedoras de respeto, con libertad, racionalidad y con capacidad de autolegislarse. Deben ser tomadas como un fin y no solo como un medio. Personas que han fallecido en soledad, como las restricciones impuestas en general y la profundización de la brecha existente en la atención de las ENT, desde la perspectiva kantiana conformaron un ataque a la libertad y a sus derechos. Éstas, al priorizarse la atención de la pandemia, no fueron consideradas seres autónomos, merecedoras de respeto y dignidad. "La autonomía es, pues, el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional." (Kant, s.f.). Pero a su vez debe atenderse la salud pública, lo que implica un compromiso con lo colectivo. Desde una perspectiva consecuencialista se restringieron libertades individuales para otorgar el mayor beneficio, la mayor utilidad, al mayor número de personas, en pos de la salud pública. "Las demás utilidades sí cuentan, en cambio, por

lo que si la alternativa consiste en salvar una vida humana o cinco vidas debe optarse por salvar las cinco." (Farrell, s.f., p.195).

La teoría de los principios elaborada por Tom L. Beauchamp y James F. Childress (Costa, 1996) que comprende: respeto de la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, pudieron entrar en conflicto. En este contexto y sobre todo en su comienzo, respetar el ejercicio del principio de autonomía podía implicar perjuicio o posibilidad de daño para otras personas ante la posibilidad de mayores contagios. Se priorizó el principio de beneficencia, dado que los Estados intentaron prevenir el daño, balancear los posibles riesgos, costos y beneficios, solucionar el avance del virus y promover la salud pública. El principio de beneficencia, en el curso del manejo de la pandemia, implica la protección de derechos de comunidades y la reducción de mayores daños. A pesar de ello y teniendo en cuenta el principio de justicia, esto fue en desmedro de la atención paliativa y de la atención de las ENT.

La impostergable atención paliativa. La OMS informa que de los 40 millones de personas que requieren cuidados paliativos a nivel mundial, el 78% es de países de bajos y medianos recursos y que a nivel global solo el 14% recibe atención paliativa. (O.M.S., agosto 2020).

Los cuidados paliativos en Argentina están incluidos en normativas nacionales a fin de garantizar la calidad de los servicios sanitarios a tal fin. (Dulitzky, et. al., 2000). El Decreto 235/2021, mencionado anteriormente, establece el acompañamiento de las personas al final de vida, lo que impacta en la necesidad del cuidado paliativo. La profundización de la brecha atencional de las personas con enfermedades crónicas complejas (personas vulnerables), el trato no equitativo en cuanto a la distribución de los recursos, los expone a mayores capas de vulnerabilidad. (Luna, 2008). A su vez el Comité de Ética y Derechos Humanos en Pandemia COVID 19 de la República Argentina (abril, 2021) propone asegurar el acceso a todos los niveles y áreas en salud para todas las etapas de la vida, poniendo también foco en lo psicosocial.

Nos encontramos ante una emergencia sanitaria sin precedentes, asistiendo a lo que podría implicar un cambio radical en la vida cotidiana a nivel global, con su consecuente repercusión en los aspectos referidos a la salud de las personas. Se han agudizado las problemáticas ya existentes en relación a la inequidad en la distribución de los recursos y en la distribución de los recursos relacionados a la atención de personas con enfermedades crónicas complejas limitantes y/o amenazantes para la vida. El contexto sanitario afecta a la comunidad y a los sujetos individuales. Puyol Gonzáles (1999) enuncia: "Desde el punto de vista de la justicia distributiva la idea de salud individual debería tener más valor que la suma agregada de salud entre la población u otras consideraciones maximizadoras de bienes específicos" (p. 583).

La atención paliativa es impostergable y desde la clínica de la salud mental se han puesto a disposición de las personas y sus familias diversas modalidades atencionales (teleasistencia) y protocolos específicos. Éstas modifican y se suman a los encuadres terapéuticos previos conformando nuevas formas de escucha y de intersubjetividad e interpelando la clínica ante la necesidad de atención en la complejidad de los cuadros de salud.

Es fundamental la atención paliativa en este contexto, a fin de garantizar la calidad de vida de las personas, una muerte digna, con atención de los aspectos físicos, psíquicos, emocionales, espirituales, control del dolor, y el sostén adecuado para sus familias y entorno. Este contexto es propicio para impulsar la formación adecuada de los profesionales, la mayor inclusión en los programas de atención sanitaria y la información a las comunidades. La salud es un derecho humano fundamental, los cuidados paliativos también lo son.

Referencias

- Alzheimer's Disease International [ADI]. (2020). COVID-19 and dementia: Difficult decisions abouthospital admission and triage, (pp.2-3).

- Buenos Aires Ciudad. (2020). Protocolo para el acompañamiento a pacientes críticos en final de vida en contexto de pandemia COVID-19, (24 de agosto de 2020).https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/protocolo_para_acompanamiento_a_pacientes_sud.pdf

- Costa, M.V. (1996). El concepto de autonomía en la ética médica: Problemas de fundamentación y aplicación. Perspectivas Bioéticas en las Américas. 1(2). Segundo Semestre.

- Dulitzky, S; Schtivelband. Coord.: Azcárate, M. (2007) Los cuidados paliativos para adultos en los hospitales dependientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Propuestas para mejorar la calidad de vida de los enfermos terminales. Políticas Públicas y Derechos. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.
- Farrell, M.D. (s.f.). Utilidades irrelevantes. Universidad de Buenos Aires. P 195.
- Kant, I. (s.f.) Fundamentación de la metafísica de las costumbres. [M. García Morente, Trad.] Cap.I.
- Luna, F. (2008). Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. Jurisprudencia Argentina, IV, fascículo Nº 1, pp.: 60-67
- Ministerio de Salud de Argentina. (2021). Aspectos éticos de la reprogramación de la atención de la salud en la pandemia. Comité de Ética y Derechos Humanos en Pandemia COVID 19.
- Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. P.7
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2014). Documentos básicos. Ed. Rev. 48.
- OMS. (2020). Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas.
- OMS (2020). Asegurar la equidad en la salud durante la pandemia de COVID-19: el papel de la infraestructura de salud pública.
- OMS. (2020). Cuidados paliativos. Datos y cifras.
- Presidencia de la Nación. Boletín Oficial de la República Argentina. (2021) Medidas generales de prevención. Decreto 235/2021 DECNU-2021-235-APN- PTE.
- Puyol González, A. (1999) Ética, derechos y razonamiento sanitarios. Doxa 22. Pp 582-583.

POLÍTICAS SOCIO-SANITARIAS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID-19. UN ANÁLISIS DE LA GESTIÓN EN EL MUNICIPIO DE SAN ISIDRO

Beatriz M. Rodríguez [A], Noelia S. Trupa [B], M. Luciana Gargiulo [C], Lorena Fernández [D], Melisa B. Trupa [E], Liliana Costa [F]

1. Introducción

Desde que el 3 de marzo de 2020 se confirmara en Argentina el primer caso de COVID-19, la circulación comunitaria en la región del AMBA y en el resto de las jurisdicciones nacionales, ha crecido exponencialmente, obligando a la población a modificar el modo de relacionarse, de vivir y de trabajar.

En San Isidro la Salud Pública es responsabilidad del municipio, que brinda servicios a través de sus tres hospitales: el Hospital Central "Dr. Melchor A. Posse", el Hospital Materno Infantil "Dr. Carlos Gianantonio" y el Hospital Ciudad de Boulogne. San Isidro cuenta, además, con nueve Centros de Atención Primaria y Promoción de la Salud, distribuidos en las seis localidades que conforman el distrito.

A fin de dar una respuesta sanitaria integral y necesaria en la atención y protección de la población susceptible de COVID-19, el Municipio de San Isidro (Provincia de Buenos Aires) dispuso la implementación de medidas de prevención, detección temprana y control, procurando reducir las complicaciones y posible mortalidad debidas a este nuevo virus, y limitar la propagación del

[A] *Doctora en Psicología Clínica. Investigadora. Profesora. Universidad Nacional Raúl Scalabrini Ortiz. CABA. Argentina. beatrizmrodriguez@gmail.com*
[B] *Socióloga. Docente UNSO y UNTreF. Universidad Nacional Raúl Scalabrini Ortiz. San Isidro, Buenos Aires. Argentina. noeliatrupa@gmail.com*
[C] *Socióloga. Docente UNSO. Universidad Nacional Raúl Scalabrini Ortiz. San Isidro, Buenos Aires. Argentina. lic.lucianagargiulo@gmail.com*
[D] *Licenciada en Enfermería. Docente. Universidad Nacional Raúl Scalabrini Ortiz. CABA. Argentina. lfernandez@unsanisidro.edu.ar*
[E] *Psicóloga. Docente. Universidad Nacional Raúl Scalabrini Ortiz. CABA. Argentina. melisatrupa@gmail.com*
[F] *Estudiante. Universidad Nacional Raúl Scalabrini Ortiz. Villa Adelina, Buenos Aires, Argentina. lilianacosta196@gmail.com*

mismo. En este sentido, desarrolló estrategias sanitarias intersectoriales, en las que cada área municipal tuvo un rol activo, poniendo a disposición recursos en sus diferentes órdenes, humanos y logísticos, para generar una sinergia local y dar una respuesta articulada, de cara a la pandemia.

Es a partir de dicho despliegue que, en esta investigación, nos proponemos describir y analizar las políticas socio-sanitarias llevadas adelante en el Municipio de San Isidro para hacer frente a esta pandemia, y su articulación con las medidas impulsadas desde la gestión nacional y provincial, así como su implementación local.

2. Problema

Enmarcada en la convocatoria especial de la Universidad Nacional "Raúl Scalabrini Ortiz", esta indagación plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las estrategias socio-sanitarias llevadas adelante por el Municipio de San Isidro en contexto de COVID-19 y cómo fue su apropiación y despliegue territorial por los efectores de salud locales, las políticas de acompañamiento desde la Universidad Nacional "Raúl Scalabrini Ortiz" y desde el Tercer Sector, representado por dos Organizaciones Sin Fines de Lucro (ONGs) locales, en la prevención y promoción de la salud?

3. Marco teórico

Desde los primeros registros de su aparición en Wuhan, la enfermedad causada por el virus SARS CO V-2, denominada COVID-19, se ha dispersado a nivel mundial a una velocidad vertiginosa. Ya sea por las características del contagio en la propagación de la enfermedad, por las condiciones de vida de las distintas comunidades, o por la escasa información sobre el comportamiento del virus; la enfermedad impactó directamente en los sistemas de salud a nivel global, evidenciando grandes desigualdades y falencias en los recursos de cada comunidad para hacerle frente.

En Argentina, dicho Sistema integra un conjunto de actores y acciones que procuran dar respuesta a problemas, necesidades y demandas en el campo de la salud, e incluye las ideas de solidaridad y de equidad, necesarias a la sociedad.

Este Sistema de Salud articula tres componentes con funciones diferenciadas. El primero de estos, llamado Político (Modelo de Gestión), define las prioridades del sistema en función de los valores que lo guían y las actividades del Estado en salud. En segundo término, el elemento económico (Modelo de Financiación), comprende la inversión que debe realizar un país en salud, así como la procedencia y la asignación de los recursos. El tercer y último componente es el técnico (Modelo de Atención), que define el tipo de acciones y servicios que se deben proporcionar a la población; los criterios de prestación y el lugar y la población que abarca (1).

El sistema de salud argentino, se caracteriza por la integración de tres subsectores: el sector público (con sus tres niveles Nacional, Provincial y Municipal), el sector privado y el de la Seguridad Social.

Por políticas públicas y/o sanitarias se entiende al conjunto de objetivos, decisiones y acciones, dentro de un proceso, llevados a cabo por los gobiernos de los distintos países. Dicho proceso parte de la detección de una dificultad, determinando y llevando a cabo aquellas medidas para su mejora y/o resolución que se consideren prioritarias para una población particular. La formulación de las políticas públicas se lleva a cabo a partir de: a) la identificación y definición del problema, b) la formulación de las alternativas de solución, c) la adopción de una de estas, d) la implementación de la alternativa seleccionada y e) la evaluación de los resultados obtenidos. La política sanitaria es, así, el resultado de condiciones de vida, factores epidemiológicos, características geográficas, costumbres culturales y sociales, y en ello radican las distintas políticas de acuerdo a cada país.

En esta línea, nos proponemos describir y analizar las estrategias socio-sanitarias implementadas en el Municipio de San Isidro, por los efectores de salud locales en sus distintos niveles: en los hospitales y en los Centros de Atención Primaria y Promoción de la Salud. Respecto a estos últimos, podemos definir a la Atención Primaria de la Salud (APS) como una estrategia basada en la accesibilidad, la cobertura universal, la organización y participación de la comunidad, la acción intersectorial y el desarrollo de las tecnologías apropiadas (2).

La APS debe analizarse a partir de la perspectiva estratégica y de nivel de asistencia, así como de los programas de actividades. En cuanto a la estrategia, la APS se apoya en tres elementos básicos: la mejora al acceso y a la utilización de los servicios de salud, la continuidad en los recursos adecuados en la oferta de servicios, y la adaptación a las necesidades de la comunidad. En tanto que el nivel de asistencia, es visto como el contacto inicial de los individuos y comunidades, a partir de una comunicación continua y sistemática con el sistema de salud de manera descentralizada, apuntando a la distribución de los recursos disponibles en salud.

Así, no es posible concebir la APS como estrategia sanitaria, sin pensar en las actividades de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades. Señala la Organización Panamericana de la Salud (1996): *"la promoción de la salud puede sintetizarse a través de los siguientes principios generales: implica trabajar con la gente, no sobre la gente, empieza y acaba en la comunidad local, está encaminada hacia las causas de la salud, valora tanto el interés por el individuo como por el medio ambiente y subraya las dimensiones positivas de la salud y afecta a todos los sectores de la sociedad"* (3).

A diferencia de la promoción, la prevención se enfoca en planificar y llevar a cabo medidas y técnicas para evitar la aparición de una enfermedad (o enfermedades) determinada. Para ello, se llevan a cabo acciones anticipatorias frente a situaciones de riesgo con el propósito de promover el bienestar individual y colectivo reduciendo el riesgo de las enfermedades. Dentro de la prevención, se estipulan tres niveles vinculados a las fases del desarrollo de la enfermedad:

- Prevención primaria: que engloba todas las actividades de protección a la salud dirigidas a impedir la aparición, o disminuir la probabilidad de aparición, de una enfermedad determinada, teniendo como objetivo la disminución de la incidencia de la misma. En este nivel, las acciones se llevan a cabo sobre las personas (vacunas, educación sanitaria, etc.) o sobre el medio ambiente (higiene en la alimentación, saneamiento ambiental, etc.).
- Prevención secundaria: comprende acciones dirigidas específicamente a atacar y eliminar una enfermedad determinada en sus primeras fases; su objetivo primordial es reducir la morbi-mortalidad. Las medidas se orientan al diagnóstico precoz o al tratamiento antes de la aparición de manifestaciones clínicas, que motivarían la concurrencia a centros de salud (en una fase pre-sintomática).
- Prevención terciaria: también denominada nivel de rehabilitación; está enfocada al tratamiento, prevención de las complicaciones y prevención de incapacidades que puede producir una enfermedad determinada, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En este escenario, las políticas y lineamientos desarrollados por la Municipalidad de San Isidro son coordinados por la Secretaría de Salud local; en tanto que el Departamento de Epidemiología se dedica al estudio, detección y seguimiento de COVID-19, con el objetivo de disminuir el impacto socio-sanitario de la pandemia, prevenir la diseminación de casos, asegurar su detección precoz, proceder al aislamiento del caso índice y sus contactos estrechos, prevenir la saturación del sistema de salud y planificar estrategias sanitarias en este sentido.

Se procura aquí indagar el modo en que desde el municipio, se articularon los tres niveles de prevención, en el afrontamiento de la problemática socio-sanitaria del COVID-19.

4. Hipótesis y Objetivos

Toda vez que se trata de una indagación de carácter descriptivo, se prescinde del planteo de una hipótesis.

El objetivo general de esta pesquisa es:

- Describir las estrategias socio-sanitarias del Municipio de San Isidro en contexto de COVID-19, a fin de analizar la apropiación y despliegue territorial de esas medidas durante el año 2020. En tanto que como objetivos específicos se propone:
- Describir y analizar la Coordinación Municipal con los Ministerios de Salud de la Nación y de la Provincia, respecto a la implementación del Dispositivo Estratégico de Testeo para Co-

rona-virus en Terreno de Argentina (DETeCTAr), y al seguimiento telefónico de las personas con síntomas y contactos estrechos de los casos positivos.
- Describir y analizar las medidas implementadas por los efectores de salud locales en sus distintos niveles: en los hospitales (en particular, en el Hospital Central de San Isidro "Dr. Melchor Ángel Posse") y en los Centros de Atención Primaria y Promoción de la Salud.
- Describir y sistematizar las políticas de acompañamiento desarrolladas por la Universidad Nacional "Raúl Scalabrini Ortiz", en el marco de la prevención de COVID-19 y de la promoción de salud en la colaboración de políticas territoriales que está llevando adelante la Secretaría de Salud Municipal en este contexto socio-sanitario.
- Describir y sistematizar las acciones de colaboración desarrolladas por el tercer sector: Fundación María Cecilia de Ayuda al Niño Oncológico y Fundación ACIAPO -Atención Comunitaria Integral al Paciente Oncológico-, en el marco de la prevención de COVID-19 y de la promoción de salud en la colaboración de políticas territoriales.

5. Metodología

Habida cuenta que se trata de una problemática en relación a la cual hay escasos estudios debido a la contemporaneidad de la temática que aborda, se llevará a cabo un estudio de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo y carácter transversal, que recurrirá a la perspectiva de actores claves, en tanto fuentes primarias de datos. Conformarán la muestra: la Secretaría de Salud de San Isidro; la Dirección de Epidemiología; el Hospital Central de San Isidro; los Centros de Atención Primaria y Promoción de la Salud; el Comité de crisis municipal COVID-19; la Universidad Nacional "Raúl Scalabrini Ortiz" y las Organizaciones No Gubernamentales (ONG´s): Fundación María Cecilia, y Fundación ACIAPO. En tanto que las unidades de análisis serán: la Universidad Nacional "Raúl Scalabrini Ortiz" y cada uno de los ya mencionados efectores de salud locales.

6. Técnicas e instrumentos

Se llevarán a cabo entrevistas semi-estructuradas a referentes claves de las áreas estratégicas mencionadas. La guía de entrevistas será sometida a una prueba piloto antes de su administración en esta investigación. La finalidad de dicha prueba es el ajuste semántico y el sometimiento a un análisis cualitativo preciso, a fin de determinar su validez y confiabilidad. Las entrevistas serán registradas en audio, previo consentimiento, para su posterior transcripción literal. Los datos se volcarán en una matriz cuyas categorías conceptuales, siempre orientadas por los interrogantes de investigación, se evaluarán mediante el método comparativo constante. Del análisis de resultados surgirá un informe con las conclusiones.

7. Expectativas e impacto

Considerando la escasez de antecedentes sobre la problemática en estudio, por ser este un fenómeno reciente en el campo de la salud, se espera que esta investigación contribuya a fortalecer las actividades de prevención, promoción de la salud y asistencia en el contexto de la pandemia COVID-19, y ante la eventual emergencia de un rebrote.

Asimismo, que aporte conocimientos relevantes, en particular para el Municipio de San Isidro, como insumo para producir recomendaciones en la reedición y perfeccionamiento de las estrategias socio-sanitarias desplegadas en territorio.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Módulo 5. Políticas de Salud. Argentina. (s/f). Disponible en: http://bancos.salud.gob.ar/recurso/modulo-5-politicas-de-salud
2. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Programa de Equipos Comunitarios. Módulo 1. Salud y Sociedad. Argentina. (s/f). Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001026cnt-modulo%201_salud-sociedad.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1996) Promoción de la Salud: Una antología. Washington D.C.

LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EL ASILO DE ALIENADAS DE LOMAS DE ZAMORA ENTRE LOS AÑOS 1908 Y 1947

Pablo Rodríguez Sturla [A], Claudia Ferro [B], Joaquín Güí [C]

Introducción

En este trabajo se presentará un relevamiento acerca de la actuación que cumplían los profesionales del Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora desde su fundación en 1908 hasta 1947. Se estudiarán ciertas características institucionales que permitirán conocer el desempeño de los médicos.

En primer lugar, se describirá la puesta en marcha y la problemática del hacinamiento para poder examinar las funciones de los profesionales y la escasez de los mismos. Luego se trabajará con los tratamientos prescriptos por los médicos y ejecutados por otros empleados de la institución.

La dirección del doctor José Antonio Esteves

El Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora, emplazado en la provincia de Buenos Aires, fue inaugurado oficialmente el 26 de septiembre de 1908. Se trataba de un anexo o sucursal del Hospital Nacional de Alienadas, dependiente de la Sociedad de Beneficencia de la Capital. La población estaba comprendida por mujeres enviadas de dicho Hospital urbano. Dado el hacinamiento en que se encontraba el nosocomio central, se decidió la construcción de este establecimiento para descomprimir la situación. El traslado se procedió en tres oportunidades, las enfermas fueron en total trescientas noventa y una transportadas especialmente en un tren. La institución disponía de tres pabellones, Marcé, Baillarger y el N° 3, luego denominado Bosch, con una capacidad para cuatrocientas internadas. También contaba con una construcción para los empleados. Cabe señalar, que la habilitación se efectuó sin estar terminadas las obras de salubridad, principalmente de cloacas. La mayoría de las pacientes eran crónicas y en relación al personal profesional se designó un médico interno, el doctor Alberto E. Rossi, quien era el único doctor para toda la población con la ayuda de dos practicantes. Estos últimos eran estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA. Al año siguiente, continuaron los ingresos de las pacientes produciéndose el primer hacinamiento. Es decir, se repitió la problemática del Hospital central. Como solución se pensó en la ampliación de pabellones, pero se necesitaban aumentar las dimensiones de la institución. El Asilo contaba con diecisiete hectáreas para que las internas tuvieran la libertad deseada para deambular y así afrontar su recuperación. Lamentablemente, este acrecentamiento de mujeres impedía su mejoría. Por otra parte, se encontraban con un obstáculo, al no tener "vallas seguras" en el perímetro externo, se acercaban determinadas personas llamadas "seres degenerados", desprovistos de nociones morales que eran una perpetua amenaza para las alienadas.

Entre las medidas de tratamientos, se implementó la laborterapia con un tercio de la población, debido a las variantes de su estado mental. Aunque la mayoría eran crónicas, tranquilas y disciplinadas, en diversas ocasiones presentaban periodos de excitación, sufrían de episodios delirantes, que obligaban a interrumpir la labor. Las trabajadoras se ocupaban de quehaceres domésticos, costura, cuidado de aves, lavadero, mantenimiento de jardines, quinta, entre otros. La confección

[A] *Lic. y Prof. en Psicología UBA. AASM/UBA. CABA. Argentina. prsturla@yahoo.com.ar*
[B] *Lic. y Prof. en Psicología. AASM/UBA. CABA. Argentina. ferroclau@yahoo.com.ar*
[C] *Estudiante avanzado en Psicología. AASM/UBA. CABA. Argentina. joacog90@gmail.com*

de escobas hubo que suspenderla por el exceso con que contaban. El director del establecimiento, el doctor José Antonio Esteves insistió en la necesidad de establecer un pabellón para clinoterapia y observación continua. También en ese año comenzó la atención odontológica, una vez por semana a cargo del doctor Luis M. Catren, quien se desempeñaba en el Hospital Nacional de Alienadas.

En los años siguientes las nuevas pacientes que ingresaron eran clasificadas como tranquilas y limpias, cuyas ideas delirantes le permitían una pasividad relativa, en la mayoría de ellas la "desintegración cerebral" era más o menos acentuada. Para calmar un cuadro de excitación se recomendaba el uso de la cama, aunque las condiciones de hacinamiento no eran las adecuadas. En 1911 renuncia Rossi y es reemplazado por el doctor Arturo Estrella Orrego. El número de practicantes se mantienen en tres.

En 1912 el Asilo no podía satisfacer las necesidades de las internas, la solución pensada era la de crear Asilos-Colonias para trasladar no menos de doscientas asiladas. Dado el número de enfermas, el único médico no podía cumplir con sus funciones y al año siguiente es suplantado por el médico interno Pedro J. Molinas, en colaboración con cuatro practicantes, seis hermanas de la caridad y treinta y tres guardianas o enfermeras.

Entre 1913 y 1914 la situación empeora ya que aumentó la población sin dar respuesta a la aglomeración. Con la inauguración del Asilo Regional de Oliva en la provincia de Córdoba, se trasladaron pocas pacientes, no obstante, la situación no se modificó. Al año siguiente, el médico Roberto J. Dormal reemplazó a Molinas, sin embargo, la cantidad de pacientes que debía atender eran más de quinientas. El director Esteves mencionaba que el traslado de pacientes al Oliva obedecía a una medida para descomprimir la situación asfixiante y no a una indicación terapéutica. Se amplió el costurero aumentando su capacidad productiva y permitiendo trabajar a un mayor número de alienadas. También se refaccionaron los pabellones que presentaban peligro e inconvenientes.

Entre los años 1916 y 1920 no se registraron grandes cambios. El director insistía en la construcción de un galpón para paliar la problemática del hacinamiento. En 1916 Dormal renunció y lo sustituyó el médico interno Gregorio Barros ocupando el cargo hasta 1921. En ese año, es relevado por el doctor Alfredo O. Cordon, quien se desempeñaba en el Hospital Nacional de Alienadas, mientras que Barros fue desplazado al Hospital central. En 1923 nuevamente regresó al Asilo el doctor Barros permaneciendo en el cargo hasta su jubilación en 1944.

Para 1923 el nosocomio estaba integrado por un médico interno, tres practicantes mayores, seis hermanas de caridad, treinta y dos guardianas y ocho celadoras. Se inauguró un nuevo pabellón, el N°4, pero sin presentar respuesta a la dificultad. Mientras que la población iba aumentando lentamente, recordemos que era superior a setecientas enfermas, el personal profesional no se incrementó.

La gestión del doctor Julio Gastón Nogues

En 1924 asume la dirección del Hospital y del Asilo el doctor Julio G. Nogues, quien solicitó a la Sociedad de Beneficencia la construcción de un nuevo pabellón dadas las malas condiciones de seguridad. Asimismo, señaló que las construcciones de madera tenían que desaparecer como alojamiento para las alienadas. Las mismas, constituían un grave peligro y debían ser reemplazadas por otro tipo de material como mampostería de tipo económico ya que no eran para el tratamiento de enfermas agudas, pues eran destinadas a pacientes crónicas y tranquilas y seleccionadas del Hospital urbano. El cuerpo médico estaba constituido por un médico interno, quien era el jefe de todos los servicios. Además, en cada uno de estos pabellones había un practicante, pero siendo cuatro los servicios, uno de los practicantes atendía a dos de ellos, ayudado por un practicante honorario. No existía sub-jefe, ni ayudantes ni médicos adjuntos. El consultorio era atendido por el médico interno y los practicantes a cualquier hora que sean requeridos sus servicios.

En 1925 se llevó a cabo la revacunación antivariólica general de las enfermas, enfermeras y del personal subalterno. También por primera vez se aplicó la vacuna antitífica, salvo en aquellas enfermas que presentaban afecciones agudas o crónicas en evolución, que no lo permitían. Por otra parte, se inauguró un nuevo alojamiento para las asiladas del Pabellón "Bosch", ya que el antiguo ofrecía peligros y no permitía el mantenimiento de una rigurosa higiene.

Durante el año 1926, el director sostuvo la necesidad de adquirir terrenos para la edificación de pabellones como solución a la problemática antigua. En este mismo sentido, el doctor Barros sugirió la construcción de refugios cubiertos para proteger durante el día a las pacientes de las lluvias y el frío. Del mismo modo, resaltó como consecuencia de la vacunación del año anterior, que no se registró ningún caso de tifus en el Asilo. Al año siguiente, la mayor preocupación era que las enfermas permanezcan el mayor tiempo posible al aire libre, mantener una rigurosa limpieza en sus salas dormitorios y una ventilación constante de los mismos. Se inauguró un pequeño laboratorio de análisis bioquímicos en la farmacia y un consultorio odontológico que funcionaba todos los días a cargo del doctor Alberto Méndez Casariego. Recordemos que anteriormente el profesional prestaba servicio una vez por semana.

Para 1928 el director proyectó la construcción de dos nuevos pabellones y la necesidad de aumentar el plantel profesional, o por lo menos el número de practicantes para mejorar la atención, que en cada sala hubiera un practicante mayor, como así también hermanas de caridad, celadoras y asistentas. Por otra parte, el médico Barros señaló que el establecimiento se mantuvo cerrado, casi sin ingresos de pacientes y estuvo destinado exclusivamente a alienadas crónicas.

En 1930 las obras de ampliación del Asilo permitieron alojar mil quinientas enfermas, se inauguró un pabellón denominado "Devoto" para albergar a doscientas cincuenta enfermas. Se habilitó una modificación en el Pabellón "Baillarger" para ocupar a pensionistas de primera, segunda y tercera categoría con capacidad para cien pacientes. Barros indicó los efectos positivos del proceso de vacunación en el Asilo contra la fiebre tifoidea. Al año siguiente, empezaron a funcionar los Pabellones N° 5 y 6. Del mismo modo, se amplió el personal, quedando integrado de la siguiente manera: dos médicos internos (Barros y Fernando Oleaga), cinco practicantes mayores, siete hermanas de caridad, diez celadoras y sesenta y ocho guardianas. En los años sucesivos la población era cercana a mil quinientas pacientes, y en 1933 el médico Juan Manuel Fontan reemplazó a Oleaga.

La administración de Luis Esteves Balado

A la nueva dirección del Asilo en 1934, le correspondió inaugurar los nuevos Pabellones N° 7, 8, 9 y 10, cuyas construcciones se originaron en la gestión anterior. La capacidad aumentó a dos mil cuatrocientas cincuenta enfermas. Esteves Balado sostenía que, si bien las obras contribuían a remediar el hacinamiento, la solución definitiva era crear Clínicas Psiquiátricas, Departamento Social, Hospitales Neuropsiquiátricos y un Asilo de Crónicos, de esta manera permitirían poner fin a esta problemática vetusta. Asimismo, resaltó la importancia de brindar un tratamiento eficaz acorde a las necesidades del momento, pero esto era lo único que la Sociedad de Beneficencia ofrecía. Por lo tanto, la institución debía prestar alojamiento y asistencia a valetudinarias mentales. Con la nueva ampliación en 1935, se crearon dos puestos de médicos internos (Clodomiro Bellelli y Juan Carlos de Arizabalo), un nuevo puesto de dentista (Claudio Fernández Concha Diez) y cuarenta y seis guardianas.

Para 1936 se inauguró el Pabellón N° 11 aumentando lentamente los ingresos al Asilo. El doctor de Arizabalo solicitó un traslado y lo sustituyó el médico Emilio Goueslain. En los años siguientes, se resaltó el incremento de fallecidas por tuberculosis pulmonar. Para contrarrestar esa problemática se pensó en la construcción de un nuevo servicio, pero en el Hospital Nacional de Alienadas.

Posteriormente la preocupación se centró en las causales de las muertes, en primer lugar, el motivo era la insuficiencia cardíaca, seguida por la tuberculosis pulmonar. Luego, la inquietud se trasladó al número de enfermas en la institución, puesto que sobrepasaban los tres mil casos.

El 26 de julio de 1944 por resolución del Ministerio del Interior se cambió la denominación del

establecimiento por Hospital Nacional de Alienadas "Anexo Lomas". En ese mismo año se procedió a la concentración de las enfermas excitadas con impulsos agresivos al Pabellón N° 5, donde podrían ser atendidas ya que contaban con instalaciones de Balneoterapia y servicio permanente de agua caliente. Las pacientes epilépticas fueron alojadas al Pabellón N°10 y se reforzó la vigilancia a cargo de las guardianas. Se intensificó la laborterapia mediante el jardín, quinta, costura, tejidos, entre otras. Desde octubre de 1945 se implantaron los turnos correspondientes a la jornada legal de ocho horas de trabajo para el personal, a cuyo efecto fueron creados veintidós cargos de enfermeras y ciento noventa y siete de ayudantes de enfermeras, treinta y tres de estas últimas destinadas al nuevo Pabellón "Ayerza". Según Esteves Balado, con el aumento de asistentes, el Hospital se había vuelto eficiente para su funcionamiento. Al año siguiente, se incrementó la laborterapia obteniendo resultados satisfactorios y organizando una exposición.

Con la intervención de la Sociedad de Beneficencia en 1946, se decidió designar un director exclusivo para este Hospital, la función recayó en el médico Clodomiro Bellelli quien preparó un plan de ampliaciones, reformas, creaciones de servicios, con el objetivo de transformar el establecimiento en un gran Instituto Neuropsiquiátrico Nacional, capaz de cubrir las necesidades de una zona amplia.

Algunas conclusiones

El Asilo surgió como una solución al problema del hacinamiento del Hospital Nacional de Alienadas en 1908. Desde su funcionamiento, el personal profesional y técnico fue insuficiente para poder brindar una respuesta adecuada a las enfermas. Los médicos y los practicantes mayores (estudiantes avanzados de la carrera de Medicina) se limitaban a atender las urgencias, recordemos que durante más de veinte años existió un solo doctor para ochocientas asiladas. La mayoría de ellas eran crónicas y los cuidados eran mínimos. El establecimiento no solo no respondió a la dificultad del Hospital urbano, sino que rápidamente la sobrepoblación se convirtió en un conflicto permanente que atravesó casi todo el periodo reseñado.

Con la creación de nuevos pabellones el personal aumentó, pero la población ascendió de manera excesiva sin poder establecerse tratamientos adecuados para las pacientes.

En las memorias anuales se mencionaron los procesos vacunatorios y la implementación de la laborterapia para poder dar una mejoría al estado de salud de las internas. De esta manera se registró un alivio, aunque la falta de prestación de servicios continuó en el tiempo.

Bibliografía consultada:
Argentina. Archivo General de la Nación (1944-1948). Sociedad de Beneficencia. Hospital Nacional de Alienadas. Legajo 417.
Balbin, C.; Rodríguez Sturla, P.; Verdún, M. (2020). El Asilo de Alienadas de Lomas. Las asiladas y sus diagnósticos (1908-1947). En Nuevas Salud Publica y Salud Mental. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental pp. 495-499.
Rodríguez Sturla, P.; Verdún, M.; Ferro, C. (2015). La administración del Dr. Luis Esteves Balado en el Hospital Nacional de Alienadas (1934-1946). En Lecturas de la Memoria. Ciencia, clínica y política. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental pp. 388-390.
Rodríguez Sturla, P.; Verdún, M.; Ferro, C. (2016). La gestión del Dr. Julio Gastón Nogues en el Hospital Nacional de Alienadas (1924-1934). En Los Límites de la clínica. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental pp. 386-388.
Rodríguez Sturla, P.; Verdún, M.; Ferro, C. (2017). La dirección del Dr. José Antonio Esteves en el Hospital Nacional de Alienadas (1907-1924). En Nuevas Familias-Nuevas Infancias. La clínica hoy. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental pp. 362-364.
Rossi, F.; Rodríguez Sturla, P.; Verdún, M. (2014). Fundación del Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora en 1908. Sus objetivos y funciones. En Cuerpo y Subjetividad. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental pp. 468-470.
Sociedad de Beneficencia de la Capital (1908-1943). Memorias. Buenos Aires: Imp. De la Esc. De Artes y Oficios Del Asilo De Huérfanos.

LOCURA, RELIGIÓN Y CIENCIA: LA PUGNA ENTRE LA CREENCIA RELIGIOSA Y EL SABER MÉDICO EN EL HOSPICIO DE MUJERES DEMENTES. BUENOS AIRES, SIGLO XIX.

Claudia Ferro [A], Pablo Rodríguez Sturla [B], María Eugenia Verdún [C]

Introducción

En 1727, el Cabildo otorgó el permiso de funcionamiento en el territorio del Río de la Plata a la Hermandad de la Caridad de Nuestro Señor Jesucristo, con la finalidad de enterrar a los muertos insepultos y asistir a las huérfanas, locas y enfermas. El tratamiento religioso empleado, en cualquier caso, consistía en ofrecer "hospitalidades", amparo, comida y rezos para calmar el alma. Luego del colonialismo (1810) el gobierno fundó, en 1823, a la Sociedad de Beneficencia y le quitó las atribuciones de la Hermandad, quienes debieron entregar sus bienes a la Sociedad. La locura aumentó y en marzo de 1854 se inauguró el Hospicio de Mujeres Dementes, por lo cual las Damas apelaron a la ayuda de la Hermanas. Ambas organizaciones carecían de conocimientos médicos para la atención de alienadas. Las Señoras aportaron dinero y administraron; mientras que las religiosas contribuyeron al cuidado con métodos proveniente de siglos anteriores, que incluía oraciones, aseos, alimentación y azotes. El problema se suscitó cuando, los hombres de ciencia intervinieron en la dirección del establecimiento destinado a las dementes. Tanto el Dr. Osvaldo Eguía como su sucesor, el Dr. Antonio Piñero, intentaron acotar el rol de las religiosas objetando la intervención en el tratamiento de la locura.

Las Hermanas, las Damas, los Médicos

Desde su creación en 1727, la Hermandad de la Santa Caridad de Nuestro Señor Jesucristo mantuvo un régimen conventual, por ejemplo, en el asilo-colegio, el día comenzaba con la misa a las cuatro o cinco de la mañana, según la estación del año, continuaba con el rezo al rosario, el desayuno y las labores. Luego de la comida se leía un libro espiritual, un descanso, otro rezo, se retomaban las labores, a continuación, realizaban un examen de conciencia y finalmente las oraciones hasta el horario de la cena (Sánchez, 2011). Se sostuvieron por medio de las limosnas y donaciones recibidas. También se autoabastecían con la venta de lo producido en los talleres o con las labores femeninas "propias de su sexo". Dicha práctica religiosa fue la que se intentó replicar en el Hospicio de Mujeres Dementes con las consecuencias que abordaremos.

Cuando la Sociedad de Beneficencia se hizo cargo de la administración del Hospicio (1823), no contaba con un reglamento sino, con la rutina de actividades que consistía en despertar temprano a las alienadas, desayunar, limpiar las instalaciones, realizar actividades en la lavandería, en la cocina o de costura hasta la hora del almuerzo, un descanso para luego, finalizar las tareas, cenar y rezar. Una usanza similar encontramos en el Asilo General de Mendigos, inaugurado en 1858 (Moreno, 2012).

Como anticipamos en la introducción, tanto la Hermandad como la Sociedad, estaban conformadas por mujeres que carecían de conocimiento médicos, de allí es que el conflicto se desató con la llegada de los hombres de ciencia que quisieron desterrar este tipo de prácticas, a su criterio, medievales.

[A] Lic. y Prof. en Psicología. AASM/UBA. CABA. Argentina. ferroclau@yahoo.com.ar
[B] Lic. y Prof. en Psicología UBA. AASM/UBA. CABA. Argentina. prsturla@yahoo.com.ar
[C] Bibliotecaria. AASM – UBA. CABA. Argentina. eugever@yahoo.com.ar

Resumiendo, luego del traslado de las alienadas que se encontraban en el Hospital General de Mujeres, en marzo de 1854, se inició la historia del Hospicio de Mujeres Dementes. Al principio se hizo cargo el Dr. Ventura Bosch quien fuera presidente de la Sociedad de Filantropía. En 1859 elaboró un informe para permitir el ingreso de "hombres de ciencia" al hospicio ya que las mujeres, se resistían. Oponiéndose a ello, las Damas solicitaron al Gobierno la desvinculación de la Sociedad de Filantropía. Los conflictos entre el poder y el saber, habían comenzado.

En 1860 asumió el cargo de Médico Director el Dr. Osvaldo Eguía, pero nunca se le dio el reconocimiento como tal. Implementó tratamientos utilizados en los hospitales europeos, avalados por la psiquiatría francesa, alemana e inglesa y empleados en el Hospital de Hombres como el chaleco de fuerza y la hidroterapia. Intentó en vano establecer un Reglamento interno que acotara la intromisión de las Hermanas en el tratamiento de las dementes y que pusiera fin a los tratos inhumanos. Pero las religiosas y las Damas lo trataron como un "empleado de la Sociedad de Beneficencia" y desoyeron sus indicaciones terapéuticas. El Dr. Eguía siguió en su cargo hasta 1890 sin poder realizar cambios significativos a favor de una terapéutica moderna.

Acotando a los rezos con el saber científico

Al Dr. Eguía lo sucedió el Dr. Antonio Piñero que tuvo dos direcciones en el Hospital, la primera entre 1890 y 1896, la última desde 1898 hasta 1905.

Anteriormente, en "El Manicomio de Mujeres, un cuadro desolador: discordancia entre el Dr. Antonio F. Piñero y la Sociedad de Beneficencia. Buenos Aires, 1894" (Ferro, Rodríguez Sturla y Verdún, 2018), indagamos los conflictos del Director con las Damas, en esta presentación analizaremos el esfuerzo para delimitar la injerencia de la Hermandad en los tratamientos de las enajenadas. En el año 1894, el Dr. Piñero elevó un informe a la Presidenta de la Sociedad de Beneficencia de la Capital, Señora Elena Napp de Green, donde denunció el "estado malo, pésimo del Manicomio de Mujeres" y su intención de revertirlo por medio de una reforma humanitaria y científica. Piñero estaba familiarizado con los procedimientos implementados en los Hospicios de Europa, Estados Unidos, Chile, Brasil y Uruguay. Refirió a las teorizaciones de Philipe Pinel, Jean Étienne Esquirol, Jean Pierre Falret, John Connolly y Pavel Ivanovich Kovalevsky, entre otros, para justificar sus dichos.

Ante los avances de otros países, Piñero se lamentó del estado arquitectónico al que describió como "un edificio deforme en contradicción con todas las reglas del arte y de la ciencia". Además le alarmaba la opinión que pudieran hacerse un visitante (familia, médicos, extranjeros) porque podrían verlas como si fuera "una jaula de fieras hambrientas y furiosas".

Pero su preocupación mayor fue el cuidado que recibían las enfermas por parte de las religiosas ya que demostraba un "anacronismo" grave, sabiendo que en la Constitución Nacional ya se había abolido toda especie de "tormento y azotes" (Art. 18). Para el Director, el establecimiento mantenía prácticas que recordaban al "período de oscurantismo de la edad media" porque se seguía creyendo –en algunos casos- que estaban afectadas por delirios demoníacos, remitiendo a una época nefasta en la que errores condujeron a las más atroces crueldades. Mientras que el Hospital de Hombres avanzaba en los tratamientos, en el manicomio de mujeres parecería que se tuviesen aún arraigadas las ideas bárbaras del pasado.

Piñero indicó que se encontraban en mejores condiciones los presos que "las locas", porque los criminales estaban protegidos por la Constitución, en cambio las enajenadas se encontraban a merced de la consideración de las devotas. No solamente se guiaban por las rutinas religiosas sino que, según su arbitrio:

> las hermanas de la caridad aplican los medios de sujeción, atando a las locas a los bancos, ó aplicándoles camisas de fuerza, cuando lo creen conveniente, aunque esto importe contradecir las órdenes terminantes del médico, y la resurrección de prácticas condenadas por la ciencia y por la humanidad (AGN, Soc. de Benef. Legajo 218, Tomo III, p. 73)

Por ello propuso que era necesario realizar un reglamento que ordene una nueva estructura siguiendo las reglas de las ciencias, o sea de los "los países civilizados". Sugirió que las hermanas formaran parte del "personal secundario" al igual que las guardianas y los enfermeros, debiendo obedecer las órdenes del Director Médico. Así es que no podrían aplicar a las locas aparatos de fuerza, por su exclusiva cuenta y, a veces, contrariando las indicaciones del médico. Tampoco podrían intervenir sobre las aplicaciones de la hidroterapia, los métodos de sujeción y la medicación. Cuando Piñero se hizo cargo del hospital notó que las hermanas tenían en su poder soluciones de hipnóticos y calmantes, como coral, y bromuro que administraban cuando lo creían necesario, sin contar con los conocimientos adecuados. Por ello afirmó que el saber lo tiene el médico y no las religiosas. No obstante, reconoció que la labor de ellas era necesaria dentro de la institución por su abnegación y moral religiosa pero, afirmó, que no deben interferir en asuntos que no le corresponden. De esta forma, el Dr. Piñero Invirtió las jerarquías empleadas hasta ese momento, el médico será el que tiene la dirección de la cura del paciente y los demás serán sus subordinados. Situación contraria con lo sucedido con el Dr. Eguía que las Damas lo trataron como empleado del Hospicio de Mujeres Dementes.

La intención experta del Dr. Piñero se dirigía a "elevar la asistencia del loco a la altura de los progresos de la ciencia" (AGN, Soc. de Benef. Legajo 218, Tomo III, p. 121) sacándolos del oscurantismo religioso.

Conclusiones

Desde 1727, la Hermandad se hizo cargo del cuidado de las mujeres y niñas enfermas o en situación de abandono. Al romper con la corona española se las separó de este rol dándole esa función a la Sociedad de Beneficencia. Ésta, al no poder hacerse cargo de tanta población carenciada y enferma, acudió a la ayuda de la Hermandad dada su actuación en tiempos anteriores. Pero esos conocimientos no eran científicos sino religiosos. De modo tal que el trato conventual se unió al poder económico y político sustentado por las Damas de Beneficencia, ejerciendo, ambas, el control del Hospicio de Mujeres Dementes. El ingreso de la ciencia no fue fácil para los médicos de entonces. El Dr. Eguía pudo introducir tratamientos como los empleados en Francia, Alemania e Inglaterra y que ya se aplicaban en el Hospicio de las Mercedes, pero no pudo detener el trato inhumano de las religiosas. Fue el Dr. Piñero quien, apelando a la reforma humanitaria y científica, criticó fuertemente al anacronismo de las torturas y azotes como método para calmar la locura dentro del nosocomio. Si bien indicó que las hermanas recurrían a un tratamiento digno del oscurantismo medieval y de aplicar métodos científicos a su arbitrio -incluso contradiciendo a la palabra del médico-, sostuvo que su labor era necesaria en una institución de esas características. Pero las situó dentro del "personal secundario". Además reclamó por la implementación de un reglamento interno que acotara la injerencia de las religiosas y prohibiera el trato abusivo, de manera que tuvieran que obedecer las órdenes del profesional, para elevar la asistencia de las alienadas a la altura de los avances científicos.

Bibliografía

Archivo General de la Nación (1852-1895). Sociedad de Beneficencia. Hospital Nacional de Alienadas. Legajo 218. Tomo III.

Ferro, C.; Rossi, F.; Rodríguez Sturla, P. (2014). Controversia entre la Sociedad de Beneficencia y el Departamento Nacional de Higiene por la atención de las enajenadas mentales. Buenos Aires 1891. En Trímboli, A., Grande, E., Raggi, S., Fantin, J. C., Fridman, P. y Bertran, G. (comps.). Cuerpo y Subjetividad (pp. 475-476). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental.

Ferro, C.; Rodríguez Sturla, P.; Verdún, M. E. (2018). El Manicomio de Mujeres, un cuadro desolador: discordancia entre el Dr. Antonio F. Piñero y la Sociedad de Beneficencia. Buenos Aires, 1894. En Alberto Trimboli, Eduardo Grande, Silvia Raggi, Juan Carlos Fantin, Pablo Fridman y Gustavo Bertran. Psicosis Actuales. Locura y Alienación (pp. 498-501) Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental.

Moreno, J.L. (2012). Un asilo para los pobres: los mendigos y sus historias de vida: Buenos Aires a mediados del siglo XIX. Rosario: Prohostoria Ediciones

Sánchez, O. (2011). Nuestra Señora de los Remedios en la Argentina. Caridad con los pobres y asistencia a la mujer bajo su amparo, desde 1727. Buenos Aires: Dunken

EPIDEMIAS, CONTROL SOCIAL Y HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS

Yanina Florencia Valle Lanosa [A], Emmanuel Oliverio [B], Camila Andrea Balbin [C]

Desde 1880 a 1940, en nuestro país, las ideas de civilización que tenía el Estado eran quienes guiaban toda acción médica. A fines del siglo XIX la relación del Estado con los sanitaristas era por medio del Consejo Nacional de Higiene. Esta institución era la encargada de fijar las políticas sanitarias del país.

La asistencia pública como medio del control social se vio reflejada con los tratamientos de la locura, la fiebre amarilla y la tuberculosis, entre otros. Los médicos positivistas de la época fueron los encargados de llevar el orden, se crearon así hospicios para el tratamiento de quienes padecían enfermedades mentales, como, por ejemplo, el Hospital Nacional de Alienadas (a cargo en parte de los médicos y de la Sociedad de Beneficencia). Por sobre cualquier idea de salud prevaleció el control social (Requiere, 2000).

Practicas sanitarias como medio del control social

Durante las últimas décadas del siglo XIX la Argentina experimentó un gran progreso económico y una notable diversificación social. Estos años marcados por la creciente ola de inversiones extranjeras, crecimiento de infraestructuras, exportaciones, impulso inmigratorio y la urbanización fueron donde se dio la consolidación del Estado Nacional. Uno de los factores decisivos para esto último fue el aporte de los grupos intelectuales y profesionales que se dedicaron a su actividad en situaciones puntuales.

El área de la salud y del control higiénico fue la mayor preocupación del Estado y del creciente número de profesionales. A lo largo del siglo XIX las ideas sobre salud/enfermedad fueron gradualmente convirtiéndose en preocupación social. El campo de la atención sanitaria adquirió su propio perfil y especificidad. Esto fue por diversos factores entre ellos el logro, importante, de una parte, de la elite medica de estatus y la institucionalización de sus prácticas y saberes (Leandri, 2004).

A medida que la ciudad de Buenos Aires crecía demográficamente, la higiene era impulsada como manera de unificación por parte del Estado y los médicos de la época. Estos médicos no solo se encargaban de la difusión del discurso higienista del gobierno, sino que este también se trasmitía en hospitales y asilos. La realidad es que todo esto era parte de las ideas positivistas de progreso. Por medio del higienismo, la burguesía porteña encuentra las condiciones de sostener una nueva figura de reformador social, acompañado por los ideales de la ciencia y filantrópicos (Requiere, 2000).

Los médicos eran las figuras que se encargaban de la asistencia a los enfermos y de promover la salud. Eran los lideres de los llamados programas sanitarios, pero no cumplían su función al margen de las políticas de consolidación del Estado. La higiene publica aparece como el signo del avance de la civilización. Es un avance que tiene como sustento la organización y planificación de la salud mental del pueblo, que va a necesitar de hospitales y asilos para así prevenir la locura.

La figura de quienes eran llamados locos por la sociedad adquirió un protagonismo fuera de discusión en la sociedad y aparece ligado el miedo a la locura. Por esto se intentó separar a los alienados del resto de los enfermos de los hospitales generales (Requiere, 2000).

[A] *Lic. en Psicología. Becaria Doctoral UBACyT. UBA, AASM. CABA. Argentina. yaninavallelanosa@gmail.com*
[B] *Lic. en Administración, UBA. Estudiante avanzado Psicología UBA. UBA. AASM. CABA. Argentina. emmanueloliverio@hotmail.com*
[C] *Lic. en Comunicación Periodística. Estudiante avanzado de la Lic. en Psicología, UBA. AASM. CABA. Argentina. camibalbin@gmail.com*

Epidemias

La mayor preocupación sanitaria en el siglo XIX, tanto del Estado como de los médicos, fue la de dar atención a las "enfermedades exóticas" con carácter de epidemia.

La epidemia de fiebre amarilla arrasó en 1871 con la Ciudad de Buenos Aires marcando el inicio de una nueva era en cómo debían de tratarse los asuntos sanitarios (Leandri, 2004).

En 1886-7, de manera análoga, la epidemia de colera ocupo un lugar similar. Al concluir la epidemia de colera dio lugar al momento en el cual un sector de médicos comenzó a adquirir mayor visibilidad e incidencia en cuestiones de orden estatal (Leandri, 2004). La manera en la cual se manejó estatalmente la epidemia de colera estuvo signada por lo económico más que por lo sanitario. Muchas fueron las hipótesis que doctorandos manejaron acerca de la propagación de la epidemia de colera durante los diferentes años en que ocurrió, sin embargo, se encontraban con un gran contrincante: El Consejo Nacional de Higiene, si las teorías no estaban alineadas con la idea que tenía el Estado para manejar el país (Rodríguez, Rivero & Carbonetti, 2018).

La tuberculosis fue otra epidemia que azotó la Ciudad de Buenos Aires, a principios del siglo XX, la ciudad opto por un sistema de salud planificado para el aislamiento y la prevención de la tuberculosis, pero no para su tratamiento.

La cura que se prescribía desde mediados del siglo XIX consistía en una dieta pertinente acompañada de descanso en lugares específicos cuyo aire podría resultar terapéutico y erradicar el bacilo de los pulmones. Como otras alternativas se consideraba también la lobectomía pulmonar y algunos tónicos y compuestos farmacéuticos que aparecían con regularidad proporcionando esperanza a los afectados (Kohl, 2010)

Hospital Nacional de Alienadas

En los primeros tiempos del Hospital Nacional de Alienadas, fue la Sociedad de Beneficencia quien se encargó de todo lo relacionado al hospital. Fue instalado en las afueras de la ciudad, en los terrenos de la Convalecencia. Con la introducción de los médicos en el hospital comenzaron las disputas de poder. Finalmente fueron los médicos quienes obtuvieron el poder en el Hospital. Las epidemias no estuvieron lejos de la preocupación del Hospital, un claro ejemplo posterior a los tiempos que venimos trabajando ocurrió en 1934 cuando fue construido un pabellón dedicado a las enfermas que tenían enfermedades contagiosas como, por ejemplo, la tuberculosis (Requiere, 2000).

Conclusión

Desde fines del siglo XIX las ideas de civilización que tenía el Estado guiaban toda acción médica. El consejo Nacional de Higiene es creado a fines del siglo XIX trayendo consigo una elite de médicos que ocuparían lugares importantes en la sociedad argentina. El consejo Nacional de Higiene era el encargado de fijar las políticas sanitarias. Las epidemias de la época mostraron cómo la asistencia pública podía operar a modo de control social.

Bibliografía

Kohl, A. (2010). Tuberculosis y enfermedad mental. La continuidad del aislamiento en la ciudad de Buenos Aires durante el siglo xx. Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología, 2(1), 1-20.

Leandri, R. G. (2004). El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una elite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900. Anuario de Estudios Americanos, 61(2), 571-593.

Requiere, M. (2000). Beneficencia y Asistencia Social: la política manicomial en Buenos Aires (1880-1940). Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 9(2), 169-194.

Rodríguez, M. L., Rivero, M. D., & Carbonetti, A. (2018). Convicciones, saberes y prácticas higiénicas argentinas en la segunda mitad del siglo XIX: Sus condiciones de posibilidad en los estudios de las epidemias de cólera, 1868, 1871 y 1887.

EL CONSTANTE HACINAMIENTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS Y EL PROYECTO DE ANEXAR LAS INSTALACIONES DEL EX INSTITUTO MERCEDES DE LASALA Y RIGLOS

Joaquín Güí [A], Pablo Rodríguez Sturla [B], Claudia Ferro [C]

Introducción:

En este trabajo se presentará un relevamiento acerca de la problemática transversal que el hacinamiento constituyó en la historia del Hospital Nacional de Alienadas (actual Hospital Municipal "Dr. Braulio A. Moyano"), hasta la década de 1950.

La insuficiente capacidad de sus instalaciones fue motivo de múltiples proyectos de ampliación edilicia en la trayectoria del hospital, dada la gran cantidad de enfermas demandantes de tratamiento. Nos centraremos en una de las soluciones pensadas a mediados de 1940 que fue anexar las instalaciones del entonces Instituto de Asistencia Infantil "Mercedes de Lasala y Riglos", al nombrado nosocomio. Finalmente, mencionaremos las dificultades que la dirección se vio obligada a enfrentar.

Hacinamiento: problema estructural del Hospital hasta la década de 1950.

La problemática del hacinamiento ha sido una de las dificultades más graves a subsanar que el Hospital Nacional de Alienadas ha enfrentado desde sus orígenes en 1854.

Múltiples factores contribuyeron a que tal situación se perpetuara insistentemente hasta la década de 1950, allende los esfuerzos de las diferentes direcciones por combatir la falta de camas del Hospital.

Dentro de las principales medidas tomadas, una fue la creación del Asilo de Alienadas de Lomas en el año 1908, como así también la construcción de nuevos pabellones. Más allá del esfuerzo realizado, los resultados no fueron completamente favorables. Rápidamente quedaba al descubierto el carácter endémico de la problemática y cuan provisional resultaban ser las soluciones propuestas hasta el momento, puesto que su capacidad se veía prontamente sobrepasada de nuevo.

Debido a la falta de manicomios de mujeres en la República Argentina, dicho hospital fue hasta comienzos del siglo XX la principal institución encargada de contener a las asiladas padecientes de enfermedad mental de la época. Esto último, sumado a las múltiples corrientes inmigratorias que significó un considerable aumento poblacional, fue un importante factor agravante de la situación, ya que incidía directamente en la cantidad de enfermas y la imposibilidad de aceptarlas por falta de espacio físico. Todo espacio libre, todo lugar utilizable era ocupado para alojar alienadas. En los sótanos, corredores, cuartos de baño y aun en el subsuelo del lavadero se instalaban pacientes, en condiciones reñidas con las más elementales reglas de higiene.

Como consecuencia, una constante demanda se erigía en torno a la descentralización de la atención neuropsiquiátrica en el país, mediante la construcción de nosocomios en el interior, con el fin de descongestionar el Hospital Metropolitano. Asimismo se planteaba la creación de Consultorios Externos con el propósito de que muchas enfermas pudieran ser tratadas sin recurrir a su internación.

Por otro lado, cabe señalar cómo el hacinamiento influía directamente en la eficacia de la terapéutica, ya que en muchos casos no se podía siquiera otorgar una cama individual a cada inter-

[A] Estudiante avanzado en Psicología. AASM/UBA. CABA. Argentina. joacog90@gmail.com
[B] Lic. y Prof. en Psicología UBA. AASM/UBA. CABA. Argentina. prsturla@yahoo.com.ar
[C] Lic. y Prof. en Psicología. AASM/UBA. CABA. Argentina. ferroclau@yahoo.com.ar

nada, y menos aún brindar la atención médica personalizada necesaria. Considerándose, además, la falta de profesionales médicos disponibles, era de modo imposible llevar a cabo con idoneidad las tareas asistenciales. Esto, en palabra de los hombres de ciencia, incidía directamente en el índice de cronicidad de los cuadros psiquiátricos, lo que redundaba en un remanente de pacientes vegetativos que año tras año iba en aumento.

Por estas razones debió solicitarse, en tres ocasiones, autorización por parte del Estado Nacional para la clausura del Hospital, en los años 1933, 1935 y 1942.

Según las memorias del año 1947, las anteriores clausuras demostraron que habían contribuido a empeorar la asistencia de enfermas especialmente aquellas que requerían tratamiento urgente. Pues, que:

> El paciente mental por sus condiciones de peligrosidad para sí o terceros, o necesidad de tratamiento especializado, requiere en la casi totalidad de los casos su internación para su protección y sometimiento terapéutico. La internación que se solicita no debe ni puede ser rechazada porque la acción nociva de la enfermedad mental va más allá del enfermo en sí, haciéndose extensiva a la familia y a la Sociedad de que forma parte. (Memorias de la Sociedad de Beneficencia, 1947).

El Ex Instituto Mercedes Lasala y Riglos se anexa al Hospital: su habilitación.

En la década de 1940 hubo un prometedor proyecto de ampliación del anexo al Hospital Nacional de Alienadas del entonces Instituto de Asistencia Infantil "Mercedes de Lasala y Riglos". Este último se ubicaba entre las calles Vieytes y Brandsen, lo que posibilitaba un promisorio manejo de sus instalaciones ya que lindaban con el neuropsiquiátrico de mujeres.

Ya en el año 1933, figuraba la entrega de un importe de $283.000 por parte del Estado a la Sociedad de Beneficencia, correspondiente a la primera de tres cuotas de la partida asignada a fin de desocupar una parte de los locales del Instituto. Esta maniobra pretendía que sirviera como base a las ampliaciones del Hospital.

Sin embargo las obras fueron dilatándose en el tiempo debido a la falta de recursos y a la necesidad de atender asimismo otros importantes asuntos, tales como la escasez de agua corriente en la época estival, la renovación de elementos de obras sanitarias, la reparación de las filtraciones, la provisión e instalación de una nueva cocina a petróleo y las refacciones generales de antiguos pabellones.

Llegado el año 1943, estando aún vigente la última clausura del Hospital, la situación volvía a tornarse angustiosa debido a que, si bien el ingreso de nuevas enfermas estaba suspendido, aumentaba el número de entradas por intermedio de la Policía de la Capital. Esto último trajo consigo una serie de inconvenientes, tales como las largas tramitaciones a las que estaban aparejadas las altas institucionales de aquellas mujeres que habían sido ingresadas por intervención judicial, el tiempo que perdían los familiares tramitando el ingreso de enfermas graves (las cuales desmejoraban en su estado físico y mental semana tras semana), más las diversas situaciones lamentables desde el punto social que la dirección debía avocarse a diario.

Por las razones anteriormente expuestas, en diciembre del mismo año, la dirección solicitó dejar sin efecto el decreto que promulgaba la clausura del Hospital, entendiendo que se contaría para ello con los locales del Ex Instituto Riglos en buenas condiciones para alojar nuevas enfermas. Asimismo en el mes de junio de 1944, había quedado completo el traslado de la población de niños a su nuevo edificio en el partido de Moreno (Provincia de Buenos Aires), desalojándose algunos locales para la ampliación del nosocomio.

Fue entonces, en julio de 1944, que se dispuso la reapertura del Hospital a través del Poder Ejecutivo de la Nación, ingresando la cantidad de cuatrocientas siete enfermas en tan solo tres meses. Esto último obligó a la Honorable Comisión Inspectora a disponer del acondicionamiento de catorce salas del Ex Instituto Riglos, para servir únicamente de dormitorios.

Sin embargo, la anexión del Ex Instituto fue más virtual que real, debido que los antiguos edificios no se encontraban aún en condiciones para alojar enfermas. Agravándose la situación al

serle privada luego una parte de sus construcciones para sentar las bases del "Hogar de Niñas Santa María", y los pisos altos (2° y 3°) destinados a hogar de tránsito para personas sin vivienda.

De esta manera, solo el primer piso fue destinado a la ampliación del Hospital Nacional de Alienadas, nombrando al sector como "Pabellón San Juan". Este último fue destinado fundamentalmente, hasta la década de 1950, como albergue provisorio de enfermas, con el fin de contrarrestar la insuficiente capacidad del nosocomio y el creciente número de ingresos.

Por otro lado, también se crearon dos secciones especializadas en el tratamiento de oligofrénicas, una denominada como "Sección Frenasténicas" y la otra "Reeducación". Además de la asistencia médica, otros objetivos eran el estudio e investigación psiquiátrica a futuro, por lo que la institución no debía prescindir de ellas.

Según los informes médicos, en cuanto al estado general de las instalaciones, era malo, "casi ruinoso" y carecía en absoluto de las condiciones mínimas de habitabilidad y seguridad.

Dos de los principales problemas eran la falta general de agua en el establecimiento, tanto fría como caliente, y las numerosas obstrucciones de las deterioradas cañerías que provocaban filtraciones de agua por techos y paredes, produciendo olores nauseabundos en salas y corredores. Por otra parte, el mal estado de conservación de los conductos cloacales era tal que, a principios de 1949, se produjo el anegamiento de los pisos del comedor, debiendo ser trasladadas todas las mesas a un patio e improvisar un comedor a la intemperie, con el inconveniente de no poder usarse los días de lluvia. Al mismo tiempo, los médicos atribuían a la falta de condiciones higiénicas, la gran cantidad de enfermas atacadas de fiebre tifoidea, paratifoidea, salmonelosis y enterocolitis agudas.

Para ese entonces, el número de internadas rondaba las quinientas ochenta, de las cuales en torno a cien no poseían cama propia, teniendo que dormir en un colchón sobre el suelo.

Por estos motivos, ese mismo año la Dirección Nacional de Asistencia Social intentó desalojar a las enfermas de los edificios del Ex Instituto Riglos, obteniendo una respuesta negativa por parte del director del Hospital, ya que el hacinamiento se observaba con igual crudeza en todo el establecimiento, siendo que no existía lugar donde ubicar más pacientes.

Asimismo, para ese entonces comenzaba a cuestionarse seriamente la reforma del antiguo Instituto antes proyectada. A todo esto, había transcurrido más de quince años desde el primer proyecto de anexión. Debido al mal estado de conservación y sus "condiciones arquitectónicas vetustas", se pensaba que nunca podría alcanzar las condiciones que exigía la vigente atención del alienado, sin antes recurrir a su refacción total o incluso a su demolición para la posterior construcción de nuevos pabellones.

Finalmente, la opción más viable para sobrellevar la angustiosa situación fue solicitar a la Dirección Nacional de Asistencia Social, la restitución de los pisos altos del Ex Instituto, significando la evacuación de las familias sin hogar que allí se alojaban, junto con la parcial y progresiva refacción de las salas. Es por ello que se notificó al director del Hospital en marzo de 1949, lo dispuesto por el Sr. Director Nacional sobre la construcción de ochenta casas a erigirse en los terrenos de Villa Lugano. Las mismas serían adjudicadas, entre otras, a las familias que se alojaban en el Hogar San Juan a fin de proceder con su desalojo.

Además había sido acordada, una partida de $1.000.000 para el Plan de Trabajos Públicos (Plan Quinquenal), destinada a la ampliación del Hospital Metropolitano, prometiendo poder iniciar las obras correspondientes al Ex-Instituto Mercedes de Lasala y Riglos en ese mismo año.

De esta manera, tal proyecto de ampliación se vio obligado a enfrentar múltiples obstáculos desde sus inicios. Siendo considerada la falta de recursos económicos, junto a los inconvenientes que el correr de los años emparejaba a las antiguas construcciones, como los principales impedimentos para su concreción hasta la década de 1950.

Conclusiones.

El Hospital Nacional de Alienadas padeció desde su origen hasta mediados del siglo XX de un intenso hacinamiento, un problema que se configuraba como estructural debido a la existencia

de causas que neutralizaban toda tentativa de remediar, en forma definitiva, el angustioso estado de cosas.

La necesidad de descentralizar la atención psiquiátrica de mujeres en la República Argentina consistía, junto con otros factores agravantes, en la principal causa de la inevitable aglomeración de internadas en el nosocomio urbano.

Fue entonces el proyecto de anexión del "Ex-Instituto Mercedes de Lasala y Riglos" una prometedora iniciativa que no pudo prosperar exitosamente en sus inicios, debido a la falta de recursos económicos, la dilatación en el tiempo de las obras requeridas y las condiciones edilicias preexistentes de las antiguas construcciones del Ex-Instituto. De esta manera, fue habilitado sin estar en las condiciones de habitabilidad adecuadas, y usado primeramente como albergue provisorio de enfermas, con el fin de atenuar la aglomeración de las internadas dentro del Hospital hasta el periodo reseñado.

Bibliografía

Sociedad de Beneficencia de la Capital (1933-1943). Memorias. Buenos Aires: Imp. De la Esc. De Artes y Oficios Del Asilo De Huérfanos.
Argentina. Archivo General de la Nación (1944-1945). Sociedad de Beneficencia. Hospital Nacional de Alienadas. Legajo 213.
Argentina. Archivo General de la Nación (1945-1946). Sociedad de Beneficencia. Hospital Nacional de Alienadas. Legajo 214.
Argentina. Archivo General de la Nación (1947). Sociedad de Beneficencia. Hospital Nacional de Alienadas. Legajo 215.
Argentina. Archivo General de la Nación (1948). Sociedad de Beneficencia. Hospital Nacional de Alienadas. Legajo 216.
Argentina. Archivo General de la Nación (1948-1951). Sociedad de Beneficencia. Hospital Nacional de Alienadas. Legajo 217.
Argentina. Archivo General de la Nación (1944-1948). Sociedad de Beneficencia. Hospital Nacional de Alienadas. Legajo 417.

CREATIVIDAD Y DISEÑOS FLEXIBLES. LA RECOLECCIÓN DE DATOS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Victoria Alejandra Vidal [A], Susana Celeste Azzollini [B]

Introducción

Para Irene Vasilachis (2011), los caminos que se exigen para producir y compartir un conocimiento considerado "válido", implican ejercicio de violencia, simbólica, una violencia que ataca a la identidad en su componente esencial, compartido. De esta menara se solapa, se oculta, su capacidad de acción, "se oscurece a la voluntad y al ejercicio de la resistencia al no considerarse, las más de las veces, como tal a la que excede los límites conceptuales de las teorías consolidadas" (Vasilachis 2011 pp. 134). Tanto en 2020 como en 2021, a estos ya complejos y discutidos caminos, se le sumó otra violencia, inesperada, que sí atacó la vida y la integridad física. Impuso límites, tanto o más rígidos que los conceptuales; la pandemia por COVID 19.

Al diseñar las investigaciones, con la elección del tema, la formulación del problema y objetivos, al momento de tomar decisiones sobre las orientaciones metodológicas y los métodos nunca pensamos que deberían acomodarse al aislamiento social obligatorio, ni al distanciamiento social preventivo. Nora Mendizábal (2006) plantea que dentro de las ciencias sociales, las investigaciones se pueden llevar adelante a partir de diseños estructurados o flexibles, y no necesariamente están relacionados con metodologías cualitativas o cuantitativas.

[A] Lic. en Psicología UBA. Docente investigadora UBA UNQ.Quilmes, Buenos Aires. Argentina. victoriaavidal@yahoo.com.ar
[B] Dra. en Psicología UBA. Docente Investigadora UBA, UNDEF. CABA. Argentina. victoriaavidal@hotmail.com

Mendizábal en 2006

"El concepto de flexibilidad alude a poder advertir durante el proceso de investigación situaciones nuevas o inesperadas vinculadas con el tema de estudio que puedan implicar cambios en el tema de investigación y los propósitos, a la viabilidad de adoptar técnicas novedosas de la recolección de datos, y la factibilidad de elaborar conceptualmente los datos de forma original durante el proceso de investigación " (pp 67)

Al contexto conceptual, que el investigador construye, al que Joseph Maxwell define como el sistema de conocimientos, supuestos, expectativas, creencias y teorías que respaldan la investigación (Maxwell, 1996) se suma un contexto inesperado, que la realidad nos impuso de manera disruptiva y a todo el mundo por igual.

El objetivo de este trabajo es reflexionar, de manera teórica, sobre el concepto de flexibilidad, y aplicar la idea de diseño flexible de las metodologías cualitativas en este contexto de trabajo marcado por las medidas preventivas de cuidado de la salud de toda la población. Ruth Sautú (2005) nos recuerda que en las ciencias sociales, coexisten y compiten distintos paradigmas, que discuten, incluso, el contenido temático de cada disciplina y sus respectivas competencias. En todas las disciplinas científicas es central la relación entre el plano abstracto de las teorías y el plano empírico de la observación y recolección de datos. Así como los procedimientos para la producción de la evidencia empírica parten de la posición teórica y los conceptos que ésta genera, la función de los métodos es adecuar los principios generales de las orientaciones teórico□metodológicas a las necesidades de la producción de la evidencia empírica. Dónde y cómo accedemos a los datos; también surgen de las proposiciones teóricas (Sautú 2011) La propuesta es pensar cómo a partir de la concepción de diseño flexible podemos producir modificaciones al encontrarnos con situaciones nuevas (en este contexto, disruptivas) durante el proceso de investigación.

Acercarse al paradigma metodológico

Las investigaciones cualitativas, de diseño flexible, son de carácter inductivo, ricamente descriptivos, buscan captar reflexivamente el significado de la acción, a través de la perspectiva de las personas o los grupos que estemos estudiando (Mendizábal 2006). Esto, que suele llamarse actitud "naturalista "del investigador que lleva adelante el trabajo de campo, en el contexto, con el lenguaje de los entrevistado, presentó los últimos dos años, la dificultad de necesitar un trabajo "no natural" mediado por distintos dispositivos y tecnologías de información y comunicación.

Al gran desafío a la creatividad que las metodologías cualitativas nos imponen como investigadores por la necesidad de producir nuevos conceptos, y relaciones entre ellos (Mendizábal 2006), se sumó la necesidad de generar nuevos modos de trabajar, de manera fiel a la teoría, sin perder de vista la validez de los conocimientos.

En el manual de metodología de la investigación de Hernandez Sampieri y Mendoza Torres (2018) encontramos las distintas corrientes de pensamiento que surgieron a lo largo de la historia de la ciencia, entre las que señalan al empirismo, el materialismo dialéctico, el positivismo, la fenomenología, el estructuralismo. Además da cuenta de los diferentes marcos interpretativos, como el realismo y el constructivismo. Plantea que, por las premisas que las sustentan, estas corrientes se organizaron en dos aproximaciones principales a la investigación: el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo. Ambos igualmente cuidadosos, metódicos y empíricos en su esfuerzo para generar conocimiento válido. Sautú citando Tashakkori & Teddlie propone. "Muchos investigadores influyentes han afirmado que las diferencias entre los dos paradigmas (cuantitativo y cualitativo) han desaparecido y que no son tan grandes como lo han retratado los puristas" (Tashakkori & Teddlie, 1998:11 citado por Sautú 2006)

La tensión entre el uso de los grandes paradigmas epistemológicos, teóricos y metodológicos: el cualitativo y el cuantitativo no es actual. Si nos remontamos a la historia de la ciencia, podemos rastrear en la filosofía clásica autores como Platón y Aristóteles, en cuyas teorías podemos ubicar antecedentes de la misma. Es posible pensarlos como representantes de las pociones filosóficas procuantitativas y pro-cualitativas, donde la naturaleza se entiende a partir de un análisis empírico

y desde sus características sustantivistas y sensibles; y una concepción formalista, idealista, que tiende a la abstracción y a la traducción al lenguaje matemático. Ruth Sautú (2011) nos señala que la diferencia entre ambos paradigmas está en cómo conciben al objeto y están en permanente controversia en cuanto a la naturaleza de la realidad social, la forma en que debe ser abordada y a qué producciones de conocimiento se les otorga validez. Poniendo en tensión la posibilidad o no de generalizar al universo los hallazgos obtenidos. El contexto en que nos encontramos, al que percibimos artificial, o de "nueva normalidad" aumenta esta tensión. Implica una reflexión permanente en relación al compromiso con la confiabilidad de los conocimientos que se generan y cuáles fueron las estrategias para llegar a él (Maxwell, 1996).

En los devenires de los modelos cualitativos de investigación encontramos que no es hasta el final del siglo XIX, en que una gran cantidad investigadores sociales (no todos) marcan el interés por revisar la conveniencia del uso excluyente modelo cuantitativo al estudio de los fenómenos de carácter social. Aumenta la cantidad de pensadores que consideran limitarse sólo a perspectivas cuantitativas podría ser inadecuado para el estudio del comportamiento social. En la confrontación entre las corrientes deductivas y hermenéuticas, la metodología cualitativa, presenta características de destacando la flexibilidad que resultan interesantes para abordar los procesos sociales. Y esta posibilidad de a la articulación interactiva de los elementos y aspectos relevantes de la realidad analizada en la investigación se presentan particularmente interesantes los años 2020 y 2021. En estos momentos las técnicas e instrumentos de recolección de datos (como entrevistas, cuestionarios, observación participante y no participante) se vieron obstaculizadas por las medidas de prevención. La flexibilidad de la investigación cualitativa no se limita diseño en la propuesta escrita también se extiende al diseño en el proceso de la investigación (Mendizábal 2006), y en estos dos años, los investigadores, debimos recurrir a ello. Los proyectos y diseños originales, se transformaron en guías, o que la realidad rediseñó.

Durante el siglo XX, la investigación cualitativa comienza a interesarse e indagar los aspectos de la vida social de las comunidades, como el trabajo, el juego, la iglesia, la escuela, el hombre y los niños. Las décadas de 1960 y 1970 se consideran la "edad dorada" de la investigación cualitativa. Es en estos años que toman un carácter más sistemático y formal los métodos y análisis de los datos cualitativos; y retoman elementos teóricos del construccionismo, constructivismo, positivismo, pospositivismo, fenomenología, marxismo crítico, estructuralismo y feminismo, entre otros (Sandin Esteban 2003)

Hernández Sampieri y Mendoza Torres(2018) plantean que, a diferencia de la mayoría de los estudios cuantitativos, en lugar de la organización fija y donde a las preguntas de investigación e hipótesis se sigue la recolección y el análisis de los datos; en los estudios cualitativos las preguntas e hipótesis se pueden construir, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Lo cual hace muy necesaria la flexibilidad. Vasilachis(2007) cita a Feyerabend, en relación a esta necesidad de ser flexible y creativo, planteando que la actividad científica "puede ser algo más cercano a la multiformidad de las artes de lo que han supuesto los lógicos y existen indicios de que el progreso científico es imposible mientras prevalezcan tendencias abstractas y universalizadoras "(Feyerabend1984, pp.20). Esta cercanía entre investigación y arte que se hizo visible, entre otras cosas, en la adaptación en la recolección de datos, fue uno de los mayores desafíos para la investigación cualitativa, en los años que estamos analizando.

Reflexión final

La flexibilidad de un diseño se relaciona con una actitud abierta, expectante y creativa del investigador. La pandemia que nos atraviesa puso en juego, en cada equipo de investigación esa cualidad de sus participantes. Se evidencia de manera concluyente que, así como la producción de conocimiento, (de cualquier tipo) es socio históricamente contextuada, las investigaciones no escapan a esta lógica. A las cuestiones propias de cada contexto académico en cuanto a los lineamientos de política para la producción científica fue necesario sumar la creatividad la flexibilidad sin perder rigurosidad teórica.

El contexto socio histórico atraviesa, y de forma muy evidente a los objeto, los métodos y a los investigadores y los años 2020 -2021 lo demostraron de manera particularmente disruptiva.

Bibliografía

Feyerabend, Paul (1984). Adios a la razón. Madrid: Tecnos

Hernández Sampieri, R. y Mendoza Torres, Ch.P. (2018). Metodología de la investigación (8va ed.). McGraw-Hill Education

Mendizábal, N. (2006) "Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa" en Vasilachis de Gialdino (coord.) Estrategias de investigación cualitativa, 65-105. Barcelona: Gedisa.

Sandín Esteban, M P (2003) "Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones". Madrid. Mc Graw and Hill Interamericana de España

Sautu, R. (2005) Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación. ☐ la ed. ☐ Buenos Aires : Lumiere

Sautu, Ruth (2011) Acerca de qué es y no es investigación científica en ciencias sociales, en Catalina Wainerman y Ruth Sautu (comps.) La trastienda de la investigación, Buenos Aires: Manantial.

Tashakkori, A. & Ch. Teddlie (1998) Mixed Methodology. Combining Qualitative ancl Quantitative Approaches, Thousand Oaks, Ca.: Sage Publications

Vasilachis de Gialdino, I. (2007). El aporte de la epistemología del sujeto conocido al estudio cualitativo de las situaciones de pobreza, de la identidad y de las representaciones sociales . Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 8(3), Art. 6, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs070364

Vasilachis de Gialdino, I. (2011), De la ocupación al diálogo. Nuevas formas de conocer, de representar, de incluir. Discurso & Sociedad, Vol. 5(1) 2011, 132-159

EN TORNO A LA AUTORIDAD DOCENTE Y EL APRENDIZAJE: INVESTIGANDO PSICOPEDAGÓGICAMENTE

Patricia Arias [A], Florencia Machini [B]

Introducción

En el campo de la psicopedagogía, el eje es la indagación de los procesos de aprendizaje, pensados como prácticas que conllevan las marcas de la cultura y de la institución del lazo social. Debemos pensar el aprendizaje en modo social y colectivo antes que, como proceso individual, pues su matriz es dialógica y vincular.

En el campo disciplinar la investigación es propuesta desde y hacia los sistemas complejos, posibilitando comprender las condiciones en que los fenómenos que atiende se desarrollan. En este sentido sostiene Filidoro (2018, p 15) "una psicopedagogía que sale del lugar de aplicación de conocimientos producidos en campos teóricos cercanos…para centrarse en la producción de conocimientos que intentan responder a preguntas surgidas…de sus prácticas específicas"

En la investigación "La autoridad docente y las nuevas infancias y adolescencias. Significaciones sociales, obstáculos y experiencias"[1] PI 29/A472. Secyt. UNPA-UARG. Directora: Mg. Patricia Arias. Becaria UNPA: Florencia Machini. 2021/2023, se procura aportar conocimiento sobre la temática identificando las transformaciones o persistencias históricas en la configuración de las concepciones implícitas sobre la incidencia de la autoridad en las relaciones vinculares docente-alumnos. Interesa especialmente conocer de qué manera en tiempos de transformaciones socio-subjetivas,

1 *PI 29/A472. Secyt. UNPA-UARG. Directora: Mg. Patricia Arias. Becaria UNPA: Florencia Machini. 2021/2023*

[A] *Psicopedagoga. Magister en Salud Mental. Docente Investigadora. Universidad Nacional Patagonia Austral. Río Gallegos, Santa Cruz, Argentina. ariaspatricia60@gmail.com*

[B] *Estudiante. Becaria. Universidad Nacional Patagonia Austral. Río Gallegos, Santa Cruz, Argentina. florencia.machini@gmail.com*

los docentes se posicionan subjetivamente ante nuevas infancias y adolescencias. A su vez, se busca contrastar dichas concepciones con las percepciones de niños, niñas y adolescentes.

Dado que el aprendizaje es siempre una situación vincular, en el abordaje de la problemática se ubica en lugar central: las relaciones y las posiciones subjetivas enseñante-aprendiente y, cómo los modos en que se ejerce la autoridad crean u obstaculizan las condiciones más óptimas para que el aprendizaje se produzca. La investigación mencionada, genera interrogantes, tensiona teórica y metodológicamente el problema y aporta conocimiento científico al campo de conocimiento psicopedagógico.

Tensionando la noción de autoridad.

Las figuras docentes configuran un caso particular del ejercicio de las funciones adultas, inscriptas en los escenarios educativos y sus múltiples variables. Estevé (1994) hace referencia a la contradicción inherente al papel que representa y que genera tensiones entre lo que hacen y lo que la sociedad espera que hagan. Aumentan las exigencias que sobre ellos se proyectan en coincidencia con un proceso de transformación del contexto social y de nuevas demandas de niños, niñas y adolescentes. Existe también una significación inconsciente de la escuela, de los rituales y defensas que allí se ponen en juego; operan relaciones con el saber, deseos que sostienen el aprender y el enseñar. Es razonable preguntarse ¿cómo se juegan y articulan esos deseos?, ¿cómo el deseo del maestro puede ser sostén de la función del saber?, ¿de qué modo puede sostener esa función del alumno?, ¿cómo se expresan las concepciones docentes sobre las infancias y las adolescencias?

Según Tenti Fanfani (2004) la autoridad del maestro es una construcción en que intervienen los protagonistas del vínculo y que se modifica según los contextos y las épocas. Su legitimidad surge de las características particulares de cada sujeto que se ponen en acción frente a la percepción y reconocimiento de otros sujetos en la relación social y de los atributos de la institución en que se inscribe. Añade el autor, que, en la primera etapa de los sistemas educativos modernos, la autoridad era más un efecto casi automático de la institución que un mérito personal. Por el contrario, en la actualidad el caudal de la autoridad tiende a ser construido con los propios recursos y habilidades de cada docente. Se hace necesario entonces profundizar el estudio de significados y concepciones puestas en juego simbólicamente sobre el ejercicio de autoridad y la adjudicación de sentidos a las posiciones subjetivas de infancias y adolescencias.

La adultización de la infancia, la precocidad de la adolescencia, la caída de la escuela como lugar de centralización del conocimiento y la desarticulación familia-escuela observada en investigaciones anteriores; constituyen las variables principales que originan el interés por la temática. En estudios previos[2] PI 29/A283 "La incidencia de modelos enseñantes en niños que aprenden. Diseño de un instrumento para su análisis" SECYT. UNPA-UARG. Directora: Mg. Patricia Arias.

sobre el ejercicio de funciones parentales y representaciones de niños y niñas acerca de la función adulta, se han confirmado rasgos de cierta caída de la autoridad y simetrización del vínculo niño-adulto.

Entendemos que es en la relación asimétrica facilitadora del crecimiento, donde el docente puede ocupar el espacio de autoridad. Greco (2011) ubica la autoridad ya no como quien ejerce poder sobre otros en razón de supuesta superioridad, sino por pertenecer a un mundo común asumiendo responsabilidad sobre él. En el mismo sentido, afirma Cornu (1999) que es posible la creación de un vínculo pedagógico mediante la confianza; así se habilita la posición emancipadora.

Zelmanovich (2003) advierte sobre la distancia que habita en las escuelas en los vínculos; y que es necesario trabajar sobre las dificultades de adultos vulnerados para ofrecer sostén; afirma que "…no se trata de asumir toda la responsabilidad social, se trata de encontrarnos los adultos

2 *PI 29/A283 "La incidencia de modelos enseñantes en niños que aprenden. Diseño de un instrumento para su análisis" SECYT. UNPA-UARG. Directora: Mg. Patricia Arias.*

en una misma apuesta, la de encarnar para nuestros alumnos a otro disponible que pueda ejercer funciones subjetivantes…"

La investigación que origina esta comunicación busca aportar conocimiento sobre la temática de las significaciones sociales de la autoridad docente y su relación con las concepciones que han construido sobre las nuevas infancias y adolescencias. Es de particular interés que el proyecto permita comprender también los obstáculos en dicha cuestión, las experiencias acumuladas y la identificación de las transformaciones o las persistencias históricas en la configuración de las concepciones mencionadas. El abordaje de esta problemática sitúa en un lugar privilegiado a las relaciones vinculares docente-alumnos y, especialmente, a las posiciones subjetivas enseñante-aprendiente. Interesa conocer la incidencia de la construcción de autoridad que permitan condiciones óptimas para que un aprendizaje sano se produzca.

Si, como sostiene Cornu (1999) la confianza es una hipótesis sobre la conducta futura del otro, en los vínculos pedagógicos la confianza será constitutiva y estará ligada a la posibilidad emancipatoria de la enseñanza. En las prácticas profesionales e investigativas del campo de la psicopedagogía, se considera que el aprendizaje es posible –entre otros aspectos- porque el que aprende inviste de confianza al que enseña. En ese 'entre' se crean los movimientos enseñar-aprender, mostrar-apropiarse, objetivar-subjetivar.

Autoridad y autoría

Hacer pensables estos asuntos en el contexto educativo, analizar la noción de autoridad desde el que enseña, profundizar el estudio de las representaciones acerca de las infancias y adolescencias; son vectores centrales de la investigación en curso. Su esclarecimiento a través de estrategias cualitativas de indagación permitirá acrecentar conocimiento que sea aporte al campo disciplinar de la psicopedagogía, a la vez que aumente la potencia de sus intervenciones.

La escuela como institución suele tender al predominio de determinadas pautas que no abren la posibilidad de autoría en las producciones de sus alumnos; posibilitar que los docentes puedan mostrarse como modelos de autorías de pensamiento y de palabras permitiría que los aprendizajes escolares construyan sujetos autores de sus propios aprendizajes. Un propósito del trabajo de la psicopedagogía en la escuela consiste en conseguir que los procesos de aprendizaje se produzcan desde alguien que da señales de un conocimiento para que el otro motorice el deseo de apropiarse de esas señales. Queda implícita la autoridad tal como se plantea en este trabajo. Coincidimos con Greco (2007, p16): "…una autoridad que sostenga y delimite lugares, trace líneas de continuidad entre generaciones y produzca las interrupciones necesarias de órdenes injustos, en el terreno de lo singular y lo político. Paradoja del devenir de un sujeto: anudar un lazo que pueda, a la vez y en cada momento, desanudarse…"

El camino de la investigación en curso se propone objetivos centrales: comprender las significaciones sociales de docentes; analizar cómo inciden en las relaciones vinculares; indagar cómo se ha construido la noción de autoridad y su puesta en acto.

Si se toma en cuenta que el ámbito educativo formal es un espacio de trabajo profesional, la problemática es fundamental para comprender los encuentros intersubjetivos docentes-alumnos en torno a las condiciones que se generan desde el ejercicio de la autoridad adulta como posibilitadora de aprendizajes y de autonomía progresiva.

Bibliografía

Cornu, L. (1999). La confianza en las relaciones pedagógicas. En Frigerio G. y otros. Construyendo un saber sobre el interior de la escuela (pp. 19-26). Buenos Aires: Novedades Educativas.

Estevé, J.M. (1994). El malestar docente. Barcelona: Paidós.

Filidoro, N. (2018). Prefacio. En Varcellino, S. y Ocampo González, A. (comp.). Ensayos críticos sobre Psicopedagogía en Latinoamérica (pp. 14-16). Santiago de Chile: Ediciones CELEI.

Greco, M. B. (2007). La autoridad (pedagógica) en cuestión: una crítica al concepto de autoridad en tiempos de transformación. Buenos Aires: Homo Sapiens.

Greco, M. B. (2011). Una autoridad emancipatoria: volver a pensar la autoridad en tiempos de transformación. En R. Maliandi (comp.), Actas de las III Jornadas Nacionales de Ética y I Jornadas Interdisciplinarias UCES: sobre la Autoridad: perspectivas interdisciplinarias y prácticas sociales (pp. 85-90). Buenos Aires: FUCES.

Tenti Fanfani, E. (2004). Viejas y Nuevas formas de autoridad docente. Revista Todavía N°7, producción digital. Buenos Aires: Fundación OSDE.
Zelmanovich, P. (2003). Contra el desamparo. En Dussel, I. y Finocchio S. (comp.). Enseñar hoy: una introducción a la educación en tiempos de crisis. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

LA VIDA EN EL MANICOMIO: UN ANÁLISIS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL ASILO ALIENADAS DE LOMAS. BUENOS AIRES, SIGLO XX

Camila Andrea Balbín [A], Pablo Rodríguez Sturla [B], María Eugenia Verdún [C]

Introducción

En el año 1908 se inauguró el Asilo de Alienadas de Lomas de Zamora como anexo del Hospital Nacional de Alienadas (HNA). Este establecimiento rural de mujeres tenía la capacidad de albergar a cuatrocientas pacientes crónicas derivadas del HNA para aliviar su situación de hacinamiento (Departamento de Enfermería, 1908-1998). En sus inicios, la nueva institución estuvo a cargo de la Sociedad de Beneficencia que en sus Memorias indicaba que se habían remitido a las pacientes "tranquilas, limpias y cuya estadía en el HNA no podría reportarles otros beneficios" (Sociedad de Beneficencia, 1908-1943).

Al derivar a las pacientes crónicas, se puede inferir que el principal objetivo del asilo era la Higiene. A partir de los postulados higienistas, se discriminaron problemas sociales y sanitarios y como efecto se reforzó en principio la conveniencia de aislar a los sujetos portadores de la enfermedad (incluso mental) en ámbitos segregados espacialmente que debían ser objeto de la higiene pública (de Lellis, 2017). En las Memorias de la Sociedad de Beneficencia de 1913, el Dr. Esteves lo asigna de esta manera:

Este no es un establecimiento auxiliar de un hospital urbano, no es una Colonia en el sentido que debe tomarse cuando sirva para completar un tratamiento, es simplemente un asilo, un refugio para muchas de las dementes que había en el hospital desde años atrás, con la disgregación mental más completa, y que ha venido sin más esperanza que mejorar la situación higiénica de todas (Sociedad de Beneficencia, 1908-1943).

Al momento de su puesta en funcionamiento se trasladaron del HNA a trescientas noventa y un mujeres y, junto con ellas, se enviaron sus Historias Clínicas (HCs). En las mismas se puede observar la frase *"pasa a Lomas"* para señalar su derivación. Las Historias Clínicas relevadas nos permiten reconstruir cómo fueron los recorridos de internación y visibilizar cómo era la vida de las mujeres que residieron allí hasta su fallecimiento. Se pudo observar que el nombre de Historia Clínica se consigna recién en la década del '30, antes llevaban el nombre de "Cuadro Nosológico". En las HCs analizadas se han encontrado formularios e interrogatorios de admisión, cartas de familiares, pedidos de informes judiciales, planillas de censos de salud mental, registros de tratamientos, medicación y procedimientos clínicos, estudios médicos de orina, sangre y radiografías, entre otros documentos.

[A] *Estudiante de Psicología. AASM / UBA. CABA. Argentina. camibalbin@gmail.com*
[B] *Licenciado en Psicología. AASM/UBA. CABA. Argentina. prsturla@yahoo.com.ar*
[C] *Bibliotecaria. Universidad de Buenos Aires / AASM. CABA. Argentina. eugever@yahoo.com.ar*

Formulario e interrogatorio de admisión

En lo que respecta a las HCs llamadas como Cuadro Nosológico, las mismas incluían en la primera página un formulario pre impreso para ser completado con los siguientes datos: el nombre de la paciente, el diagnóstico, la fecha de ingreso, filiación, edad, religión, estado civil, lugar de nacimiento, residencia, procedencia y estado económico. A su vez, se registraba un examen somático de peso y altura, craneometría, observaciones especiales de cráneo y estado de las pupilas.

Esta información a completar se modificó en los documentos ya llamados como Historias Clínicas donde en la portada se incluía el nombre de la paciente, nacionalidad, estado civil, profesión, color, procedencia, los datos filiatorios, la fecha de ingreso, quien la ingresó, a disposición de quien estaba, el diagnóstico y por último, se especifica la altura y el peso. En el inferior de la página había un recuadro para indicar las entradas y las salidas, sin embargo, en las HCs analizadas estas referencias no se encuentran consignadas. En ambos casos, había espacio para incluir una fotografía del día del ingreso y otra cuando obtuviera el alta. No obstante, en el análisis no se observa ningún retrato del egreso.

El interrogatorio de admisión también se fue modificando según las concepciones de cada época. Entre 1910 y 1920 se preguntaba sobre las pasiones dominantes, ocupaciones y recreos de su predilección durante el estado de salud, instrucción, primeros síntomas de la enfermedad, signos de la alteración mental, cuando se había hecho necesario separarla de la familia, si era su primer ataque, cuáles eran sus síntomas actuales, si existía una idea fija, si buscaba el aislamiento o la sociedad, cuál era la causa de la enfermedad, si había familiares nerviosos o histéricos, si padecían congestiones cerebrales, si había alteraciones del lenguaje, si tenía alguna enfermedad, cómo se cumplían las funciones menstruales, si había sido sometida a tratamiento y se interrogaba si había sido sangrada, purgada o tomando baños. En el examen de ingreso se inspeccionaba sobre la actitud y marcha, los ojos y pupilas, los reflejos, la sensibilidad, la boca, lengua, dentadura y paladar. Además, se registraba sobre la atención, la orientación, la memoria, la conciencia de su estado y si la paciente tenía ideas delirantes, ilusiones, alucinaciones o interpretaciones.

Durante la década del '30 el cuestionario fue reformado y el mismo indagaba sobre antecedentes familiares, el ambiente familiar, antecedentes personales, primeros años de vida, crecimiento y desarrollo, escolaridad, primera menstruación y su incidencia, enfermedades o traumatismos en la edad adulta, si había tenido un surménage, sobre la enfermedad actual, trastornos nerviosos, trastornos de la inteligencia, trastornos de la afectividad, trastornos de la voluntad y trastornos del lenguaje. Al final del interrogatorio de admisión, en ambos casos, figura la firma del médico.

Registros en las Historias Clínicas

Luego de formularios pre-impresos mencionados, se pueden encontrar breves registros descriptivos referidos a las conductas observables y al estado general de la mujer internada. La evolución de la internación, según el análisis realizado, se efectuaba cada seis meses o una vez por año. En el caso de que sucediera un acontecimiento en lo que respecta a clínica médica se escribía antes del año. Sólo se observaron descripciones más frecuentes y detalladas en la admisión y en el periodo anterior al fallecimiento. Cabe destacar que en los mismos no figura la firma de los médicos tratantes hasta la década del ´60.

Para registrar en las HCs se entrevistaba a la paciente, se aclaraba si atendía o no a las preguntas y si se podía entablar un diálogo con ella. En general, se reducen a una escueta y repetida descripción del estado en que se encontraban. En muchos casos se reitera la frase *"sin variación en su estado mental"*. En la evolución se indicaba si la asilada se encontraba levantada o en cama, si estaba tranquila o intranquila, si cuidaba su aseo corporal o estaba sucia, si ayudaba o no en los quehaceres del asilo, se registraba sobre la orientación y la memoria, si presentaba soliloquios, si se alimentaba y dormía bien y si era visitada o no. A continuación, se consigan ejemplos de diversos periodos de tiempo:

Levantada, tranquila, se ocupa de los quehaceres del pabellón, sin variaciones en su estado mental, se alimenta y duerme espontáneamente, buen estado de nutrición (Registro 1928). Levantada, tranquila, a veces se excita, ayuda en el lavadero, desorientada, adaptada al medio, buen físico, se alimenta bien y duerme bien, memorias y juicio perturbados, es visitada (Registro 1936). Levantada, tranquila, desatenta, incoherente en sus respuestas, desorientada en tiempo, memoria con graves fallas, come y duerme bien, examen somático nada de particularidad (Registro 1947).

Es importante resaltar que a partir de la década del ´40 se comienzan a establecer los permisos de paseo para las pacientes. A su vez, se empiezan a citar textualmente las palabras de las mujeres internadas tomando parte de sus discursos. Por ejemplo, en 1943 se escriben frases enmarcadas dentro del delirio de una paciente que decía *"tengo hijos"* y *"a mí me corresponde una fortuna que no me la entregan".* En 1951, se registra que una mujer decía *"todavía oigo las voces por eso no quiero estar con mi familia".*

En estas evoluciones se va advirtiendo progresivamente un deterioro tanto físico como psíquico. En el final de las mismas, los escritos están relacionados a procedimientos clínicos realizados hasta la fecha de fallecimiento. Se han encontrado también patologías clínicas no resueltas y que se mantienen en el tiempo. Además, en la mayoría de los documentos relevados se localizó que con los años las mujeres dejaban de ser visitadas.

Diagnósticos y tratamientos

En la portada de las HCs se consignan los diagnósticos y se puede observar cómo los mismos son tachados y reemplazados por otros sin fechar. Por ejemplo, en el caso de una HC relevada una paciente tenía cuatro diagnósticos diferentes: *"delirio sistemático", "psicosis senil", "demencia precoz" y "esquizofrenia"*. A partir del Manual Internacional de Estadísticas y Clasificación de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Muerte (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, se actualizan los diagnósticos. Esto se detecta ya que al lado del nuevo diagnóstico se indica un número de tres dígitos y entre paréntesis *"OMS"*.

En lo que respecta a los tratamientos, en 1934 en las Memorias de la Sociedad de Beneficencia se argumentaba que en el asilo sólo se realizaba "la asistencia de enfermas" y que las mismas se encontraban "desamparadas del auxilio de la medicina" ya que para ellas ningún tratamiento era eficaz (Sociedad de Beneficencia, 1908-1943). Los métodos terapéuticos quedaban reservados al HNA y el Asilo de Lomas sólo trataba de "mantenerlas ocupadas" dándoles diversos quehaceres. En las Memorias del Asilo se mencionaba a la laborterapia como un tratamiento posible. Esto se observa en las evoluciones de las HCs donde se registra si la mujer internada se ocupaba de los quehaceres del pabellón, si trabaja en el costurero, en el lavadero o en tejidos. También había anotaciones como *"no se ocupa en nada"* si la paciente no realizaba ninguna labor dentro del asilo.

Cabe destacar que en los documentos figuran otros tratamientos como utilización de purgantes, baños, inyecciones de cacodilato de sodio o inyecciones de leche subcutánea. A partir de la década del '40 aparecen registros de que se realizaban tratamientos por shock. En el análisis se encontró que a una paciente en el año 1949 se le efectuaron a lo largo de dos meses catorce electroshock. Luego del tratamiento se asienta que *"se constata una leve remisión de su estado mental".* También, en las HCs se consigna que se utilizaba el chaleco de fuerza como un modo de contención. Por ejemplo, en 1955 se escribe que una mujer era *"enchalecada porque se fuga y es agresiva"*. A su vez, figuran otros tratamientos para atender aspectos físicos, como por ejemplo, suturas y antibióticos por agresiones recibidas. Incluso se hallaron esquemas de vacunación anuales contra la fiebre tifoidea, la varicela y la tuberculosis.

En cuanto a la medicación, en la década del ´60 se localizaron indicaciones de psicofármacos antipsicóticos como el Haloperidol y la Trifluoperazina. También en los formularios del censo de salud mental se ubica el uso de neuroplégicos, psicotónicos, sedantes y antibióticos.

El lugar de la familia en la internación

En la portada de las HCs había un espacio para completar la frase "*colocada por:",* allí se indicaba quien había ingresado a la paciente al asilo. Se observa que las incorporaciones más fre-

cuentes fueron realizadas por la familia, entre ellos, hijos, hermanos, esposos, padres o madres. También se evidencia que, en menor medida, había mujeres que entraron por la policía o por hospitales generales. En un registro de reingreso de 1943 se escribe: *"los familiares dejaron a la paciente en la puerta del hospital, se le da ingreso inmediatamente".* En las evoluciones de las HCs, se indicaba si la asilada era visitada o no, sin embargo, no se aclaraba quién la visitaba ni con qué frecuencia. También se señalaba si recordaba a sus parientes y si demostraba algún tipo de afecto hacia ellos.

El lugar de la familia en la internación se puede inferir a partir de las cartas anexadas a las HCs. En las mismas los familiares agradecían a los médicos y se disculpaban por ocasionarles molestias, antes de preguntar sobre el estado de salud de una paciente. Las cartas poseen un estilo de respeto hacia el director médico y una marcada asimetría. Algunas de ellas presentan frases como: *"tenga a bien decirme como se encuentra actualmente mi hija", "quedando desde ya sumamente agradecida", "¿hay alguna esperanza de que se pueda curar?".* Las respuestas por parte del hospital eran escuetas expresando: *"continua en el mismo estado mental, físicamente bien. Es lo que comunico a usted en respuesta a su carta" o "Se encuentra sin presentar variación mental, físico bueno"*.

También se encontró correspondencia solicitando certificados de supervivencia con el objetivo de cobrar pensiones. Al tiempo que se observaron oficios judiciales enviados por las familias para que el hospital de explicaciones acerca del estado de salud de la paciente. Incluso se encontraron adjuntas cartas del Consulado de Italia donde se le solicita al director médico que brinde información sobre las mujeres italianas que se encontraban internadas allí. En las mismas aclaran que escribían por pedido de los parientes que vivían Italia ya que querían llevarlas de vuelta a su país.

El hospital escribía a los familiares en algunas ocasiones. Entre ellas estaban las relacionadas con pedirles autorización para cortarles el pelo o para realizarles una intervención quirúrgica. También, en una HC analizada, hay registro de que escriben para avisar que le iban a dar de alta a una paciente y que requerían que se presenten a buscarla. Además, se enviaban cartas a las familias para notificarlos de la muerte o avisarles que la paciente tenía una enfermedad muy grave. Las mismas decían lo siguiente: "*falleció (nombre y apellido de la paciente) conteste si se hace cargo"* y estaba firmada por el director del hospital. Si la familia no respondía, había un certificado de que la Facultad de Medicina retiraba el cuerpo.

Cabe mencionar que el porcentaje de salidas durante el periodo descrito oscila entre el 3% y el 5%, con algunas excepciones. En las HCs analizadas se pudo dar cuenta que la mayoría de las mujeres pasaban toda su vida en el hospital y que si les daban el alta al poco tiempo reingresaban a la institución, falleciendo allí.

Conclusión

Con el objetivo de fomentar una reflexión sobre los recorridos de internación en el Asilo de Alienadas de Lomas, se realizó un análisis de los registros, formatos de los interrogatorios de admisión, los diagnósticos, los tratamientos, el lugar que ocupaba la familia en la internación y cómo fueron variando con el correr de los años.

En relación a las estadísticas se comprobó un constante aumento de ingresos y una baja cantidad de altas porque las pacientes eran tratadas como "enfermas" que no tenían posibilidad de recuperación alguna. A su vez, se podría pensar que el tratamiento para la locura fue el encierro ya que se ubica una ruptura con el lazo social sin tener en cuenta la historia y los vínculos anteriores a la internación.

Resulta evidente que las prácticas médico-asistenciales se mantuvieron, priorizando los aspectos físicos, donde la subjetividad no era considerada. En las Historias Clínicas se registraban pocos detalles de los aspectos psicológicos y principalmente se realizaban anotaciones sobre la evolución de la paciente en lo respecta a la clínica médica. En este punto, cabe remarcar que cuantos más años pasaban internadas las mujeres, se podía observar en ellas, a través de los registros en las HCs, un deterioro tanto físico como psíquico. Lo que permite abrir un nuevo interrogante: ¿Qué

nos puede enseñar el pasado para repensar el presente del hospital psiquiátrico? Una posible respuesta, a partir del análisis realizado, es que el aislamiento, el encierro y la pérdida de libertad, lejos de mejorar a una persona arrasan con su subjetividad provocando su deterioro. En 1945, una mujer internada recordaba: *"estoy aquí hace 37 años"*, ingresó con 21 años al asilo y falleció allí en 1957 a sus 70 años.

Bibliografía

Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Base de Serie Historias Clínicas del Hospital Esteves, 1895-1987, Disponible en AGN.

Balbin, C.; Rodríguez Sturla, P.; Verdún, M. (2020). El Asilo de Alienadas de Lomas. Las asiladas y sus diagnósticos (1908-1947). En Nuevas Salud Pública y Salud Mental. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental pp. 495-499.

de Lellis, M. (2017). El movimiento de salud mental: Una aproximación histórica y crítica. Ficha de la Cátedra de Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Departamento de Enfermería Hospital Esteves (1908-1998). Reseña Histórica del Hospital Interzonal "José A. Esteves". Temperley, Provincia de Buenos Aires.

Sociedad de Beneficencia de la Capital (1908-1943). Memorias. Buenos Aires: Imp. De la Esc. De Artes y Oficios Del Asilo De Huérfanos.

Sociedad de Beneficencia de la Capital (1924). Origen y desenvolvimiento de la Sociedad de Beneficencia de la Capital 1823-1923 (vol 2). Buenos Aires: Autor

UN RELEVAMIENTO SOBRE ANSIEDAD, PÁNICO Y CONSUMO REALIZADO EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID 19.

Silvia Quesada [A], Alicia Donghi [B]

INTRODUCCIÓN

Debemos inferir que el contexto de prolongación de la pandemia determina diversos efectos sobre la vida anímica y el malestar psicológico de la población.

A partir de esta idea y en el marco del proyecto de investigación clínica que se viene desarrollando en la programación UBACyT desde el año 2018 y cuyo título es: "Evaluación de cambio psíquico en pacientes con ataque de pánico y/o consumos problemáticos", consensuamos la necesidad de obtener datos sobre las posibles consecuencias del aislamiento y distanciamiento social como efecto de la pandemia de Covid-19. Con el objetivo de obtener información sobre estas variables y poder ponderarlas se diseñó un cuestionario autoadministrable vía on-line, y sobre una muestra de población general, no clínica, de adultos mayores de 18 años.

Debemos tener en cuenta que hay antecedentes de estudios de este tipo, en población de nuestro país, y también a nivel internacional. Dichos estudios se ocuparon de valorar los efectos de la irrupción de la pandemia a nivel de la vida anímica de las distintas poblaciones y, por lo tanto, evaluar las posibles consecuencias a nivel de la salud mental de las mismas en los diferentes grupos etarios. En nuestra población el antecedente, con el que contamos, fue un estudio realizado en el transcurso del año 2020, por el equipo de investigación dirigido por el Dr. Martín Etchevers (Etchevers, M., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., & Helmich, N., 2020).

Es indudable que la prolongación de la pandemia, y la incertidumbre generada, en tanto se van agregando nuevas variables, como son las mutaciones del genoma original del virus, las dificultades en las diversas poblaciones en el acceso a la protección necesaria para enfrentarla, (va-

[A] Dra. en Psicología. Psicoanalista. Universidad de Buenos Aires. CABA. Argentina. sgquesada@hotmail.com
[B] Lic. en Psicología. Psicoanalista. Universidad de Buenos Aires. Argentina. alidonghi@gmail.com

cunas) los efectos socioeconómicos que esta prolongación determina, y que seguramente profundizan el malestar psicológico y tiene efectos sobre la vida anímica de la población a nivel global. Todos estos factores ameritan que dichos efectos continúen siendo estudiados.

En esta dirección se diseñó un instrumento de screening que permitiera obtener datos en torno a variables específicas, que son objeto de nuestro estudio. Se trata como ya se mencionó, de un proyecto UBACyT de investigación clínica, que estudia y evalúa cambio psíquico a partir de una intervención clínica de orientación psicoanalítica en pacientes que padecen ataque de pánico y/o consumos problemáticos. Por lo tanto se consideró la pertinencia de ponderar el impacto de la prolongación de la pandemia y por lo tanto de las medidas de aislamiento y distanciamiento en la población tomando en cuenta principalmente tres variables: crisis de pánico, ansiedad y consumo problemático.

Es necesario considerar que el marco teórico que sostiene este proyecto es el psicoanálisis freudiano. A partir de allí y de la concepción del pánico (terror) en su diferencia y/o disyunción con la angustia en tanto afecto y de igual modo la diferencia que sostiene con los llamados trastornos de ansiedad, (Quesada, S. 2010) es que se valoró este estudio, a fin de obtener información diferenciada, de dos grandes momentos o tiempos 1) un relevamiento de presencia o ausencia de sintomatología previo a la pandemia y 2) su comparación con un segundo tiempo, es decir, una vez instalada la pandemia. Un eje de análisis se basó en obtener información que permita diferenciar ansiedad y otros afectos que se le asocian, como la angustia, a lo específico de las crisis de pánico. En base a este objetivo, se construyeron los ítems del cuestionario que se presenta.

METODOLOGÍA

Diseño: No experimental. Transversal.

Estudio: Descriptivo.

Instrumento de evaluación: Se diseñó y construyó un cuestionario específico para el relevamiento de datos sobre ansiedad, pánico y consumos, prepandemia y en pandemia. Su objetivo es evaluar la incidencia de la pandemia, el aislamiento y distanciamiento social sobre ansiedad, crisis de pánico y/o consumos problemáticos. Se trata de un cuestionario breve y sencillo, que puede ser respondido en 5 minutos, tanto desde una pc, Tablet o celular. Está dirigido a población general y fue pensado para ser administrado de manera virtual, a adultos mayores de 18 años, residentes de la República Argentina. Los datos poseen carácter privado y confidencial, ya que el cuestionario se completa de manera anónima. Los ítems incluyen relevamiento de datos sociodemográficos, sintomatología específica de las patologías descriptas, emociones y vivencias durante este contexto particular y acciones para mitigar el malestar psicológico causado por éste.

Muestra: La muestra final se compuso por un total de 1950 casos, de sujetos residentes argentinos, mayores de 18 años. Ésta se subdividió en 1567 personas de género Femenino (80,4%); 371 de género Masculino (19%) y 12 sujetos que se identificaron con Otro Género (0,6%). En cuanto a franjas etarias, la mayoría de los sujetos, 861 casos (44,2%) se ubicaron entre 31 y 55 años; 741 personas (38%), lo hacen en la franja de 18 a 30 años -es decir, el 82,2% de la muestra se compone por personas entre 18 y 55 años-; luego, 269 (13,8%) personas indicaron que su edad se comprende entre 56 y 70 años; mientras que sólo 79 sujetos (4%), tienen 71 años o más. La mayoría de las personas, 1820 casos (93,3%), residen en Ciudades. En cuanto a educación máxima alcanzada refiere, la mayoría de los sujetos, un total de 820 personas (42%) informan haber completado estudios universitarios o terciarios; 735 personas (37,5%) reportan haber completado estudios secundarios; 370 sujetos (19%) refiere haber completado estudios de posgrado y sólo 25 personas (1,3%) comunica haber alcanzado un nivel primario. Laboralmente, la mayoría de los sujetos, un total de 1460 (74,9%) informa que tenían trabajo formal o informal antes de la pandemia. Luego, 250 personas (12,8%), comunican haber estado desempleados; 149 (7,6%) poseer sólo una ocupación parcial y 91 sujetos (4,7%) son jubilados.

RESULTADOS

Pre-Pandemia

En primer término, previo a la pandemia, respecto a diferente sintomatología propia de trastornos de ansiedad, en general, y crisis de pánico, en particular, se observa que la mayoría de los sujetos del total (57,7%) informa no haber padecido ningún síntoma específico. Entre los que sí vivenciaron algunos, comunican 18,3% de ellos haber padecido trastornos digestivos, 17,5% taquicardia, 15,6% sensación de ahogo, 14,6% mareos, 10,2% sensación de hormigueo, 9,9% sudoración, 8,4% temor a tener un ataque al corazón, 8,3% sensación de irrealidad, nuevamente 8,3% temor a perder la razón, 7,1% temblores y 5,1% sensación de atragantarse. Entre los sujetos que indicaron al menos un síntoma, se observa una media de 2,99 (SD= 2,20) de cantidad síntomas informados para las mujeres; una media de 2,40 (SD= 1,76) para los hombres, mientras quienes se identificaron con el género otro (7 sujetos que indicaron al menos un síntoma), presentan una media de 3,57 (SD= 2,88).

En cuanto a cantidad de síntomas, 232 personas (11,9%), marcaron al menos 4 o más síntomas del total. Del total de pacientes que indicaron al menos 4 o más síntomas (n= 232), 141 (60,8%) refieren no haber tenido la necesidad de consultar a urgencias, mientras que 88 personas (37,9%), sí. Por otra parte, 178 personas (76,7%) dicen no haber necesitado compañía para realizar actividades habituales, al igual que 162 sujetos (69,8%) comunican que no ha dejado de realizar actividades fuera de su casa, o con muy poca frecuencia. En cuanto a medicación refiere, 79 personas (34,1%) informan que se le recetó medicación. Consecuentemente, 76 de ellos (96% del total de pacientes medicados) comunican haber cumplido con las indicaciones farmacológicas. Al mismo tiempo, 63 sujetos (79,7% de los sujetos medicados) describen haber consumido la medicación por temor a que irrumpieran las crisis.

Se consideró necesario tener un criterio clínico que diferenciara trastornos de ansiedad de crisis de pánico. Por esta razón se diferenciaron 3 síntomas que aparecen como patognomónicos en estas crisis y que son: sensación de irrealidad + temor a perder la razón + temor a tener un ataque al corazón, sumados a la consecuencia de haber concurrido al servicio de urgencias.

Previo a la pandemia en los ítems que evaluaban esta condición se observaron los siguientes resultados: del total de la muestra, 43 sujetos (2,2%) indican haber padecido estos síntomas y haber concurrido a un servicio de urgencias, 39 son mujeres (90,7%) y 4 hombres (9,3%). De esos pacientes, 32 (74,4%) refieren haber tenido la necesidad de ir a un servicio de urgencias. En este caso, 29 mujeres (90,6%) y 3 hombres (9,4%). Es decir, pacientes que padecieron los 3 síntomas descriptos + haber tenido que acudir a urgencias, suman un total de 32 casos (1,6%) del total de la muestra (n= 1950).

En Pandemia

Esta vez, en cuanto a la diferente sintomatología propia de trastornos de ansiedad, en general, y crisis de pánico, en particular, se observan aumentos en cada uno de los síntomas explorados; sin embargo, la mayoría de los sujetos del total (44,5%) informa no haber padecido ningún síntoma específico. Entre los que sí experimentaron algunos, el 22,8% comunica haber vivenciado taquicardia, 22,3% sensación de ahogo, 20,8% trastornos digestivos, 16,1% mareos, 15,4% sensación de irrealidad, 12,7% sensación de hormigueo, 11,3% sudoración, 10,4% temor a perder la razón, 9,6% temor a tener un ataque al corazón, 7,3% temblores y 5,7% sensación de atragantarse. Entre los sujetos que indicaron al menos un síntoma, se observa una media de 2,85 (SD= 1,98) de cantidad síntomas reportados para las mujeres; una media de 2,36 (SD= 1,78) para los hombres, mientras quienes se identificaron con el género otro (7 sujetos que indicaron al menos un síntoma), presentan una media de 2,71 (SD= 2,50).

En cuanto a cantidad de síntomas, 300 casos (15,4%) marcaron al menos 4 o más síntomas del total. Del total de estos pacientes, 212 (70,7%) refieren no haber tenido la necesidad de consultar a urgencias, mientras que 71 personas (23,7%), sí. En cuanto a medicación, 51 personas (17%) informan que se le recetó medicación. Consecuentemente, el total de ellos comunica haber

cumplido con las indicaciones farmacológicas. Al mismo tiempo, 42 sujetos (82,3% de los sujetos medicados) describen haber consumido la medicación por temor a que irrumpieran las crisis.

En Pandemia: en cuanto al análisis de quienes indicaron haber padecido sensación de irrealidad + temor a perder la razón + temor a tener un ataque al corazón y además que debieron concurrir a un servicio de urgencias, 36 sujetos (1,8%) indican haber padecido estos síntomas conjuntamente. 28 mujeres (77,8%) y 8 hombres (22,2%). De esos pacientes, 9 (25%) refieren haber tenido la necesidad de ir a un servicio de urgencias. En este caso, 8 mujeres (88,9%) y 1 hombre (11,1%). Es decir, pacientes que padecieron los 3 síntomas descriptos + haber tenido que acudir a urgencias, suman un total de 9 casos (0,5%) del total de la muestra (n= 1950).

En cuanto a las diferentes emociones vivenciadas durante la pandemia, los sujetos refieren haber experimentado las siguientes: tristeza, un 56,4% de ellos; cansancio o fatiga, 53,5%; temor al contagio, 48,2%; pesimismo, 46,1%; dificultad para concentrarse, 46,1%; pérdida de energía, 45,9%; temor al futuro, 44,5%; insomnio, 40,3%; irritabilidad, 40,1%; menos interés en las cosas y las personas, 36,1%; pérdida de pacer, 34,8%; menos Interés en las relaciones sexuales, 30,4%; autorreproches, 20,5%; pérdida de memoria, 12,7%; excesivo temor al contagio, 7,1%; y pensamientos suicidas, 5,5%. Es notable cómo se incrementan estos porcentajes sustancialmente en la población de sujetos que informaron haber padecido al menos 4 o más síntomas característicos de trastornos de ansiedad y crisis de pánico, mientras que en la submuestra de sujetos que comunicaron no haber padecido ninguno de estos síntomas, todos los porcentajes disminuyen respecto a la población general (*tabla 1*).

TABLA 1. *Comparación del malestar psicológico entre la población general, sujetos que experimentaron síntomas propios de trastornos de ansiedad y/o crisis de pánico y los que reportaron no haber vivenciado ningún síntoma.*

EMOCIONES EXPERIMENTADAS	TOTAL, DE SUJETOS (N= 1950)	SUJETOS QUE INFORMARON 4 O MAS SINTOMAS PATOGNOMÓNICOS (N= 300)	SUJETOS QUE INFORMARON NO HABER EXPERIMENTADO NINGUN SINTOMA (N= 869)
TRISTEZA	56,6%	77,3%	41,1%
CANSANCIO O FATIGA	53,5%	79,7%	38,7%
TEMOR AL CONTAGIO	48,2%	63,3%	40,4%
PESIMISMO	46,1%	69,3%	34,1%
DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE	46,1%	74%	32,8%
PÉRDIDA DE ENERGÍA	45,9%	73,7%	30,2%
TEMOR AL FUTURO	44,5%	67,3%	33,4%
INSOMNIO	40,3%	66,3%	23,1%
IRRITABILIDAD	40,1%	69,7%	25,3%
MENOS INTERÉS EN LAS COSAS Y LAS PERSONAS	36,1%	62%	24,2%
PÉRDIDA DE PLACER	34,8%	58,7%	23,5%
MENOS INTERÉS EN LAS RELACIONES SEXUALES	30,4%	49%	19,5%
AUTORREPROCHES	20,5%	48%	9,8%
PÉRDIDA DE MEMORIA	12,7%	26,7%	8,6%
EXCESIVO TEMOR AL CONTAGIO	7,1%	20,7%	2,5%
PENSAMIENTOS SUICIDAS	5,5%	19,7%	0,5%

En cuanto a los ítems que relevan consumos problemáticos de los sujetos que reportan consumir alcohol, la mayoría de ellos (61,3%) no han aumentado su consumo durante la pandemia. Luego, 32,6% de las personas comunican que aumentaron un poco su consumo, mientras que sólo 6,1% señala haber aumentado bastante el mismo. Para lo que respecta a tabaco, de quienes lo consumen, 43,8% señala no haber aumentado el consumo, 34,8% aumentó un poco el mismo y 21,5% dice haber aumentado bastante el consumo de tabaco. Finalmente, respecto al consumo

de drogas, de las personas que las consumen, 56,6% de los sujetos refieren no haber aumentado su consumo, mientras que 31,1% comunica haber aumentado un poco y 12,3%, que ha aumentado mucho el consumo de estas.

Para concluir, respecto a las diversas acciones que implementan los sujetos para mitigar el malestar psicológico del impacto de la pandemia, un 64,2% de las personas señalan realizar algún tipo de actividad recreativa (como escuchar música, bailar, pintar, leer, etc.); caminar o correr, el 53% de los sujetos, hablar con amigos, 58,6%; hablo con sus terapeutas, 40,1%; realizar deporte, 28,6%; fumar, 10,4%; tomar alcohol, 9,6%; un 8,4% de ellos informan no haber experimentado ningún tipo de malestar; tomar medicación, 7,9%; y consumir droga, 4,7%. Nuevamente, se observan aumentos en las conductas nocivas en la población de sujetos que informaron haber experimentado 4 o más síntomas patognomónicos de trastornos de ansiedad o crisis de pánico: el 19% de ellos refiere tomar medicación para mitigar el malestar psicológico de la pandemia; el 18% tomar alcohol; el 17,3% fumar y el 9,7% consumir drogas.

OBSERVACIONES Y DISCUSIÓN

Se puede observar un aumento de aquello que puede vincularse a los trastornos de ansiedad durante la pandemia. En cambio, con relación a aquello que específicamente puede diferenciarse como "crisis de pánico" pareciera poder inferirse una disminución de su incidencia durante la pandemia.

En cuanto a los ítems específicos que abordan los recursos de afrontamiento que posee el sujeto para enfrentar las situaciones de crisis y/o generadoras de distrés como es la actual pandemia, llamó la atención que un porcentaje importante respondiera que el primer recurso utilizado frente al malestar psicológico es hacer algo con el cuerpo: correr, salir a caminar, deportes, danza, y/o alguna actividad artística.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Psychiatric Association (2013) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). Barcelona, España: Masson.

Etchevers, M., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., & Helmich, N. (2020) Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico de la pandemia en cuatro momentos del aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) de Argentina. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: .

Freud, S. (1920a). Más allá del principio de placer. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras completas: Sigmund Freud (1976) (Vol. 18). Buenos Aires: Amorrortu.

Lacan, J. (1962). El Seminario. Libro 10: La Angustia. Buenos Aires, Argentina: Paidós

Quesada, S. (2010). Una Explicación Psicoanalítica del ataque de pánico. Buenos Aires. Argentina. Ed. Letra Viva.

PSICOANÁLISIS Y AJEDREZ

Juan Julián Lastra [A]

Para este trabajo se intentará indagar algunas referencias de la literatura clásica psicoanalítica que mencionan, a modo de comparación, al juego de ajedrez como una referencia de interés para el psicoanálisis. Más precisamente, se tendrán en cuenta un pasaje en la obra de S. Freud y otro de la enseñanza de J. Lacan y se intentará profundizar en las resonancias que estas metáforas evocan.

La primera de ellas se encuentra en "Sobre la iniciación del tratamiento" de 1913, donde Freud compara la teoría aplicada al ajedrez con los lineamientos recomendables para la técnica psicoanalítica. Más precisamente, Freud asemeja las limitaciones a las que está expuesta una teoría siste-

[A] Lic. en psicología. Docente. UBA \ UB. CABA. Argentina. julianportal@gmail.com

mática del juego - ya que esta sólo podría ser aplicable a la apertura y al final de partida - con las del inicio y el final del tratamiento psicoanalítico. Dicha referencia está en una única cita, que dice:

> "Quien pretenda aprender por los libros el noble juego del ajedrez, pronto advertirá que sólo las aperturas y los finales consienten una exposición sistemática y exhaustiva, en tanto que la rehúsa la infinita variedad de las movidas que siguen a las de apertura. Únicamente el ahincado estudio de partidas en que se midieron grandes maestros puede colmar las lagunas de la enseñanza. A parecidas limitaciones están sujetas las reglas que uno pueda dar para el ejercicio del tratamiento psicoanalítico." (2001, pág. 125)

La pregunta que surge entonces, es la de aquello que fue de interés para Freud en relación al ajedrez, ¿qué valor encontró allí?

El ajedrez, tal como se lo conoce hoy, tiene tras de sí una larga historia. Se destacarán a continuación algunos puntos significativos. Su origen estaría relacionado con el juego indio *chaturanga*, de antes del siglo VII, aunque algunas investigaciones sostienen que sus antecedentes podrían estar en otro punto del *lejano Oriente*, alrededor de la misma época (AAVV, 2006).

En lo que parecen acordar las investigaciones más difundidas es que el juego llega a Europa con la influencia árabe. Primera resonancia, ya que también fue a través de esta influencia árabe que entraría en Europa la práctica de la consulta médica: "También la medicina se benefició de sus aportaciones, dándose el caso de algún rey cristiano que iba a Córdoba para someterse a tratamiento médico. Entre estas aportaciones culturales, figura el ajedrez." (AAVV, 2006, pág. 11)

Se estima que el establecimiento de la forma moderna del ajedrez se da alrededor del siglo XV en Europa occidental. Algunos documentos como el *Scachs d□amor,* publicado en 1474, deja entrever algunos de estos los cambios decisivos en sus elementos y en sus reglas, describiendo al juego de una manera similar a su versión actual. Entre las variaciones más notables, está la de la incorporación de una figura femenina en el tablero: la Dama.

Por su parte, la teoría del ajedrez, a la cual Freud alude en la cita, se empieza a desarrollar consistentemente en el siglo XVIII. Para cerrar este breve recorrido histórico, cabe mencionar que hacia finales del siglo XX surge la tecno ciencia aplicada al ajedrez (base de datos, computadoras capaces de análisis posicional y módulos virtuales), un cambio de paradigma llamado a hacer tambalear algunos de los fundamentos de la teoría. Debate abierto, ya que el juego requiere de cálculo, pero también de la creatividad de quien lleve las piezas.

Como dice Freud, las partidas de ajedrez son analizadas en tres momentos diferentes: la apertura, el medio juego y el final de partida.

Se entiende por apertura[1] el momento en el que se desarrollan las piezas, desde sus casillas iniciales a los escaques escogidos según convenga a la estrategia, asumiendo una posición determinada en el tablero. El jugador de piezas blancas tiene el primer movimiento y por lo tanto lleva la iniciativa con respecto a su rival, mientras que el jugador que lleve las piezas negras deberá elegir de qué manera refutar dicha apertura. En ese sentido, el jugador de piezas blancas condiciona, en la teoría, a la defensa que vayan a adoptar las negras, pues estas deberían responder según los principios que se deducen de lo que propone su rival.

En términos de la comparativa que propone Freud, podrían señalarse algunas cuestiones. Tanto en el ajedrez como en el psicoanálisis, la teoría fue posterior a la experiencia. Fue necesario una puesta en marcha de muchas partidas para que pueda empezar a conceptualizarse sistemáticamente, como dice Freud, para recomendar o desaconsejar algún movimiento determinado. El devenir de los movimientos, qué secuencia de asociaciones se trata de evitar o de facilitar, son juzgados pertinentes o no según lo que el partenaire – paciente o rival de juego – plantea en su último movimiento, en su último término.

---

1 *Los tres objetivos con los que se considera concluida la apertura son: el control del centro del tablero; el desarrollo de las piezas menores (alfiles y caballos) y mayores (torres y dama); y el enroque, una puesta en seguridad del rey.*

En la línea de este parangón, podría afirmarse que la demanda de análisis comporta características comparables a las de la apertura - a cargo de las blancas - y que el analista, por su parte, deberá responder en consecuencia a aquella iniciativa – como lo hacen las negras en su defensa. El primer desafío para este es intentar ubicar la lógica de lo que se le está proponiendo, sólo después podrá proceder a la realización de su movimiento. La apertura es un momento de cautela[2], donde se avanza hasta tomar nota uno y dar a conocer el otro, las claves de lo que se pone en juego.

La lucidez de la comparativa freudiana permite analizar desde el punto de vista de la estrategia ajedrecística el fenómeno que en psicoanálisis fue teorizado por él como transferencia. Se juega, tanto en psicoanálisis como en ajedrez, la propia posición en relación a la figura de aquel que hará de partenaire, adversario o analista

Para que un jugador pueda afrontar una partida, deberá conocer no una, sino varias aperturas que le permitan orientarse con respecto a su rival. Para un estudio riguroso - dado que se estima que la cantidad de partidas posibles son una cifra mayor a un uno seguido de ¡cien mil ceros! - la sistematización posible que un individuo pudiera memorizar sólo puede aplicarse a los primeros quince o veinte movimientos, contemplando sus variaciones más importantes. Es por esto que no hay teoría del *medio juego* posible.

También a esto hace referencia la cita de Freud, que alude a la rehúsa de las contingencias posibles luego de los primeros movimientos. En otros términos, en este momento de la partida se podrían deducir los principios que indiquen las mejores decisiones, los mejores movimientos en relación a la posición del rival, pero más temprano que tarde habrá que apelar al *savoir- faire* de cada quien. La referencia no será en este caso teórica, sino que la orientación deberá partir de lo que el recorrido de los grandes maestros nos enseña.

Tanto para el psicoanálisis como para el ajedrez, lo que ocurre entre el inicio y el final está sujeto a la singularidad de cada caso, de cada partida, que sólo *a posteriori* podrá ser abordada rigurosamente en su teorización, en su desciframiento.

La cita de Freud también menciona el *final de partida*, aunque no fue en ese texto sino en otro lugar (Freud, 2001), y sin la comparación ajedrecística, donde precisó su teoría acerca de la finitud de un psicoanálisis. Los finales de partida en ajedrez también pueden ser estudiados sistemáticamente a partir de posiciones donde, luego de la batalla y la puesta fuera de combate de la mayoría de las piezas, las que quedan en el tablero circunscriben los movimientos ventajosos posibles a un mínimo.

J. Lacan dedica varias lecciones de su seminario al caso publicado por una analista, Ella Sharpe, que propone pensar todo el desarrollo de un psicoanálisis como en una partida de ajedrez. Lacan, aceptando el desafío, dirá que:

> "…lo más bello y lo más notable en el juego de ajedrez es que cada una de las piezas es un elemento significante. […] Y en última instancia cabría describir un análisis de la misma manera, diciendo que es cuestión de eliminar un número suficiente de significantes para que quede un número lo bastante pequeño como para que percibamos bien dónde se encuentra, entre ellos, en el interior de la estructura, el sujeto" (2016, págs. 226-7)

En el caso en cuestión, el sujeto lleva un sueño al análisis, y Sharpe lo interpreta desde una perspectiva donde la transferencia hace obstáculo a la dialéctica del juego significante. Lacan destaca entonces aquel significante que no es puesto en juego por el sujeto, su dama, eso que domina la economía de su deseo, e interpreta allí su posición de no querer perderla.

Dice Lacan:

> "En un final de partida, la facultad de desplazamiento es la más simple y la más reducida, ustedes tienen el mínimo de derechos […], y con esto el asunto es encontrar la ventaja de la posición. En este caso, sacrificar la propia dama sólo tiene ventajas. Eso es lo que en ningún caso quiere hacer el sujeto" (2016, pág. 229)

---

2 *Hay excepciones de esto en ajedrez, llamadas celadas o trampas de la apertura, que permiten ganar la partida en pocos movimientos, sobre todo si el rival desconoce o desoye los principios de la apertura.*

Es interesante señalar que, en la teoría de aperturas de ajedrez, se desaconseja poner en juego a la dama rápidamente ya que, al ser la pieza de valor relativo más alto del tablero[3], puede ser hostigada rápidamente. Esta pieza evoca el despliegue de la potencia, al mismo tiempo en que representa un riesgo, el de perderla. Como se mencionó anteriormente, la pieza de la Dama fue incorporada tardíamente en el juego (Yalom, 2004), se cree que por influencia de figuras femeninas potentes en las monarquías europea. La Dama no sólo fue la primera representación femenina en el tablero, sino que además se le otorgó a esta pieza una singular movilidad y potencia con respecto a las otras piezas.

Luego de este recorrido, podrá pensarse que la comparación que este trabajo ha expuesto, como la de cualquier metáfora, tiene sus limitaciones. Acaso entre lo que queda fuera de estos sea lo esencial: ¿qué posición deberá tener entonces el analista en este juego?

La metáfora de otro juego, propuesta por Lacan, ayudará a orientarse al respecto. Él dice que, en cuanto al analista, este "…es menos libre en su estrategia que en su táctica […] aún menos libre en aquello que domina estrategia y táctica: a saber, su política, en la cual haría mejor en ubicarse por su carencia de ser que por su ser." (2002, pág. 569). Se tratará entonces de orientarse por la buena posición, aquella que ponga en juego lo que convenga cada vez, en cada partida, en cada análisis, y que se oriente por una ética del deseo.

Bibliografía

AAVV. (2006). Manual de ajedrez. Madrid: Comunidad de Madrid.
Freud, S. (2001). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). En S. Freud, Obras Completas. T XII. Buenos Aires: Amorrortu.
Freud, S. (2001). Análisis terminable e interminable. En S. Freud, Obras completas. Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu editores.
Lacan, J. (2002). La dirección de la cura y los principios de su poder. En J. Lacan, Escritos. I. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
Lacan, J. (2016). El seminario. Libro 6. El deseo y su interpretación. Buenos Aires: Paidós.
Yalom, M. (2004). Birth of the chess queen: A History. Nueva York: Harper Perennial.

3 *El rey tiene valor absoluto, si no hay rey no hay partida. Las demás piezas tienen valor relativo, con la siguiente jerarquía: dama, torres, alfiles y caballos, peones.*

EL HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS DESDE LA MIRADA DEL PANÓPTICO

Emmanuel Oliverio [A], Yanina Valle Lanosa [B], Joaquín Güí [C]

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo principal abordar las prácticas de control y vigilancia que realizaban desde la Sociedad de Beneficencia hacia el Hospital Nacional de Alienadas, tanto de la infraestructura como de su acción normalizadora en la salud mental, contextualizada por medio de la perspectiva foucaultiana de sociedad disciplinaria.

Para ello, comenzaremos estableciendo las bases conceptuales que nos permitirán abordar la interacción jerárquica entre las organizaciones mencionadas. Luego, se describe al Hospital Na-

[A] *Lic. en Administración, UBA. Estudiante avanzado Psicología UBA. AASM – UBA. CABA. Argentina. emmanueloliverio@hotmail.com*
[B] *Lic. en Psicología. Becaria Doctoral UBACyT en Psicología AASM – UBA. CABA. Argentina. yaninavallelanosa@gmail.com*
[C] *Estudiante avanzado en Psicología. AASM – UBA. CABA. Argentina. joacog90@gmail.com*

cional de Alienadas y su relación tanto con la Sociedad de Beneficencia como con el Departamento Nacional de Higiene, poniendo especial énfasis en los conflictos de la época. Para finalizar, expondremos reflexiones que permitan dilucidar la aplicación de la mirada panóptica desde una perspectiva histórica en una organización restrictiva.

La sociedad disciplinaria a través del panóptico

Comenzaremos describiendo el dispositivo de poder que utilizaremos como herramienta de análisis. Desde la perspectiva de Michel Foucault (2015) se caracteriza a la sociedad como disciplinaria, basando el ejercicio de poder en la mirada ajena:

> Es, en el fondo, el mecanismo del poder por el cual alcanzamos a controlar en el cuerpo social hasta los elementos más tenues por los cuales llegamos a tocar los propios átomos sociales, eso es, los individuos. Técnicas de individualización del poder. Cómo vigilar a alguien, cómo controlar su conducta, su comportamiento, sus aptitudes, cómo intensificar su rendimiento, cómo multiplicar sus capacidades, cómo colocarlo en el lugar donde será más útil, esto es lo que es, a mi modo de ver, la disciplina. (Foucault, 1976, p.7)

Se establece así un mecanismo de control y vigilancia. El mismo es aplicado a través de un dispositivo de poder basado en la lógica del panóptico, cuyo significado más directo es una construcción arquitectónica que permite ver su interior, de manera íntegra, desde un solo punto. Consistía en una forma arquitectónica circular de seis (6) pisos, con una torre en el medio de tres (3) pisos, cuya idea predominante era que los reclusos en los calabozos se sintieran observados por el vigilante y por sus compañeros, aunque nadie los estuviera viendo. Esto es, que la persona vigilada tenga la sensación de ser visto, por más que quien vigila estuviese o no, cumpliendo dicha función. Se utiliza no solo en instituciones carcelarias, sino que también se ve plasmado en las productivas, educativas, de salud, de salud mental, etc. (Foucault, 1979). Esto es así, ya que la lógica o funcionamiento del panóptico trascendió a nivel social, o sea, la idea de percibir la vigilancia en todo momento. Foucault (2015) expresa que el poder no reprime, normaliza. Su propósito es encauzar el comportamiento de las personas, a través del auto-disciplinamiento.

El Hospital Nacional de Alienadas en torno a su relación con la Sociedad de Beneficencia

Con el fin de aplicar dicha mirada, la organización analizada es el Hospital Nacional de Alienadas (actualmente Hospital Municipal "Braulio A. Moyano"). El mismo fue inaugurado el 15 de marzo de 1854, configurándose como el primer hospital psiquiátrico del país, dedicado a la atención de mujeres. Un tiempo antes, año 1852, en el Hospital General de Mujeres (actualmente Hospital Rivadavia), se había habilitado un "patio para mujeres dementes", cuya capacidad quedó rápidamente desbordada, provocando que la entonces inspectora del Hospital General, Señora Tomasa Vélez Sarsfield (s/f-1876), solicitara al gobierno la creación de una casa correccional de mujeres en el edificio conocido como de la Convalecencia. Las autoridades toman el pedido en consideración, debido a que la solicitud de Vélez Sarsfield es apoyada por las Señoras de la Sociedad de Beneficencia, allí era vocal, institución de la cual luego va a depender el Hospital Nacional de Alienadas.

Por su parte, la Sociedad de Beneficencia es creada el 2 de enero de 1823, mediante un Decreto suscripto por el entonces Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, Brigadier General Martín Rodríguez (1771-1845) y refrendado por el Ministro de Gobierno Bernardino de la Trinidad González Rivadavia (1780-1845).

> Dos fueron los fines primordiales que el decreto asignó a la Sociedad: la dirección y administración de escuelas de niñas y la dirección e inspección de la Casa de Expósitos, el Hospital de Mujeres y de todo otro establecimiento público que se creara para asistir a mujeres y niños. (AGN, 1999: 9)

Desde su creación y hasta 1880 dependía del Ministerio de Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. El 15 de diciembre de 1880 es trasferida a la Nación. Anteriormente, la caridad en Buenos Aires estaba en manos de las órdenes religiosas, siendo la Hermandad de la Santa Caridad quien

tenía a su cargo, desde principios del 1600, la atención de los pobres en territorios coloniales (Grassi, 1986).

La Sociedad de Beneficencia estuvo a cargo de la administración del Hospital Nacional de Alienadas hasta el año 1946, en que la misma es intervenida por el Decreto N° 9414 del Presidente de la Nación. Además, sus Señoras estaban a cargo del cuidado de las pacientes internadas desde 1860 (AGN, 1999). Por tal motivo, la atención médica era insuficiente, ya que era delegada a las religiosas y los médicos pasaban de visita por la mañana. En 1880, pasó a depender del Gobierno Nacional.

Como se observa, la puja por ocupar posiciones de control en el Hospital estuvo desde sus orígenes. En cuanto a la vigilancia, el primer período que va desde su creación hasta 1860, el Hospital careció de dirección. El Presidente de la Sociedad Filantrópica, el Doctor Ventura Bosch (1814-1871), quien se mantuvo estrechamente alineado con la Sociedad de Beneficencia: se apoyaban y elogiaban mutuamente, se consideraba que combinaban la caridad y el saber médico (con fuerte influencia europea) en forma armoniosa. El primer Director del Hospital fue el Doctor Osvaldo Eguía (1826-1891) desde 1860 hasta 1890, con el mismo espíritu filantrópico y manteniendo comunicados de reconocimiento a la Sociedad.

La etapa de conflictos comienza con el nombramiento del Doctor Antonio Piñero (1859-1921) como Director del Hospital entre los años 1890-1893 y 1896-1905. Es a partir de allí que empiezan los primeros intentos de modificar los tratamientos y la forma en que se asistía a las internas. No obstante, estas ideas no fueron bien recibidas por la Sociedad de Beneficencia, ya que existía una creciente oposición en cuanto a que Piñero tuviera iniciativa propia en torno a la conducción del Hospital, lo cual provoca un distanciamiento con las encargadas del establecimiento.

Los conflictos de poder desde una mirada panóptica

Según Foucault (2003) el panoptismo es una forma de saber que se apoya en la vigilancia. También lo define como un tipo de poder a través de la utopía de observarlo todo, plasmada en una forma arquitectónica. Utopía que, en sus propias palabras, se cumple. Esto se ve reflejado tanto en la forma semi-circular del Hospital Nacional de Alienadas, así como también en su estructura de poder.

En el año 1880 se crea el Departamento Nacional de Higiene con el objeto de complementar los procedimientos del Consejo de Higiene Pública. Los conflictos comienzan en 1891 cuando quiso intervenir la Casa de Niños Expósitos ingresando en los dominios de la Sociedad de Beneficencia. Para evitarlo, en el mes de junio del mismo año, todas las Señoras renunciaron. Así, ante esta estocada, el Poder Ejecutivo rechazó la renuncia por medio del Decreto 20.169 y les garantizó la dirección de la Casa de Niños Expósitos (Golbert, 2010).

Ese fue uno de los conflictos, luego del cual las mujeres redoblaron su poder, no sólo afianzaron su autoridad en las Instituciones a su cargo, sino que presionaron al Estado para que aumenten el presupuesto y paguen lo que se les debía.

El otro conflicto que esto generó fue originado por los hombres de ciencia. Eran ellos los que debían hacerse cargo de la salud física y moral y llevar adelante el control sanitario de la Nación, pero criticaban duramente a las mujeres por su falta de conocimiento médico, su informalidad en la administración, incluyendo el arbitrio en los nombramientos médicos, que era lo que más les incomodaba. Esta encrucijada era de difícil solución ya que los mismos médicos enviaban cartas de recomendación a la Sociedad. Sin embargo, si bien los médicos iban dirigiendo y administrando otros hospitales, en los dirigidos por la Sociedad la situación se ponía más tensa, ya que las Señoras afirmaban que tenían el mismo derecho para nombrar a sus médicos como la Municipalidad lo hacía con el Hospital de Hombres.

Esto último implica una acción normalizadora, propia de la sociedad disciplinaria descripta por Foucault (2015), ya que se buscaba replicar las formas de autoridad predominantes en otros establecimientos.

Reflexiones finales

A partir de la aplicación de una mirada panóptica en perspectiva histórica se nos plantea como interesante la posibilidad de observar ciertas formas establecidas como mecanismos de control materializados en una organización en contexto de encierro, como ser el Hospital Nacional de Alienadas.

De esa descripción, conceptualizada en torno a la sociedad disciplinaria, y luego del recorrido a través de los conflictos que se generaron en el ámbito del Hospital, puede observase que la esencia de dichos conflictos radica en las formas que fue adquiriendo su estructura de poder desde el panóptico, tanto al interior como también en relación con las instituciones de las cuales dependía e interactuaba: la Sociedad de Beneficencia por un lado y el Departamento de Higiene por otro.

En dicho escenario se ha generado una disputa por la vigilancia y el control, representada a través de la acción normalizadora que se ve reflejada en la línea jerárquica de la cual dependía el Hospital. No obstante, queda de manifiesto que las relaciones de poder van más allá de la estructura y que los desarrollos epistemológicos de Foucault respecto de la sociedad disciplinaria y el panoptismo son herramientas efectivas a la hora de analizar las estrategias aplicadas en una organización restrictiva.

Referencias bibliográficas

Archivo General de la Nación [AGN]. (1999). Instituciones de la Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social (1823-1952). Tomo I. Catálogo cronológico y por instituciones. Buenos Aires: AGN.

Foucault, M. (1976). Las redes del poder. Conferencia proferida en 1976 en la Facultad de Filosofía de la Universidad del Brasil. Revista Barbarie. Nº 4 y 5. San Salvador de Bahía. 1981-82

Foucault, M. (1979). El ojo del poder. En: Bentham, J. El panóptico. Buenos Aires, Argentina: La piqueta.

Foucault, M. (2003). La verdad y las formas jurídicas. México, D.F.: Octaedro Editores.

Foucault, M. (2015). Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores.

Golbert, L. (2010). De la Sociedad de Beneficencia a los derechos sociales. (1ª. ed.). Buenos Aires: Min. de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

Grassi, E. (1986). Estado, familia y mujer: de las damas de beneficencia a las asistentes sociales. En: Grassi, E. (comp.). La antropología social y los estudios de la mujer. Buenos Aires: Humanitas.

DISPOSITIVO DE "INTERVISIÓN" NARRATIVA PARA TERAPEUTAS

Luciana González Barrau [A], Paola Micaela Müller [B]

Consideraciones preliminares

El concepto "intervisión" se construyó desde un camino de formación y trabajo compartido. El interés por la práctica de los terapeutas surge en el año 2018 cuando presentamos el taller "*Creatividad frente a los obstáculos en la terapia: experiencia sensorial desde una mirada sistémica"* en el Congreso RELATES 2018, como una herramienta de dicho taller.

Partimos del marco teórico de los modelos sistémico y narrativo, entendiendo que la realidad es compleja y para comprenderla le damos sentido a través del lenguaje.

La intervisión se estructuró como dispositivo para repensar las propias prácticas terapéuticas desde un nivel lógico diferente, ya que se trata de "pensar cómo pensamos", "mirar cómo miramos". El consultante trae un relato y el terapeuta toma aspectos que pueden servir para ampliar esa narrativa dominante. En ese proceso, el terapeuta construye su relato acerca de lo que sucede.

[A] *Lic. y Prof. en Psicología. Docente e Investigadora. Universidad Católica de Salta. Hospital Joaquín Castellanos. Salta, Salta. Argentina. lucianagonzalezbarrau@gmail.com*

[B] *Lic. y Prof. en Psicología. Docente. Colegio José Manuel Estrada. UCASAL. Salta, Salta. Argentina. micaelapaola.muller@gmail.com*

Si bien conociendo el armazón cognitivo del paciente, el terapeuta puede hacer foco en lo que considera semánticamente relevante para el paciente, es indefectible que su pregunta provenga del trazo que deviene de su propia epistemología. (...) todo este proceso analítico pasa por el tamiz de la propia percepción y de allí el subjetivismo. (Ceberio & Serebrinsky, 2011, p.20)

El espacio de intervisión es, entonces, un dispositivo que permite desplegar una metamirada sobre la narrativa del terapeuta.

Utilizaremos el concepto de consultante porque desde este posicionamiento entendemos que la persona que consulta está presente y predispuesta a activar sus recursos, descubrirlos y desarrollarlos. Se trabajará en conjunto buscando que algo nuevo aparezca desde un vacío que permita la invención, un cambio.

El relato, como una gota que cae en el agua, genera vibraciones, impregna otras vivencias de esa persona/sistema. A esto nos referimos con resonancia, el efecto expansivo que genera un significado, tiñendo otras experiencias diferentes a la que le dio origen. Estos efectos aparecen en el espacio terapéutico generando su impacto multiplicador de sentidos.

La acción terapéutica está encuadrada por el discurso del terapeuta. A través de la reflexión colectiva y el entramado de múltiples significaciones se hace posible sostener una mirada más compleja y pensar, a partir de allí, rumbos de acción más oportunos y ajustados al devenir del proceso terapéutico.

A continuación definiremos la intervisión como dispositivo, desarrollaremos sus objetivos y las variables que la constituyen, finalizando con algunas reflexiones.

Definición y objetivos

El espacio de intervisión narrativa es un dispositivo orientado a desplegar una metamirada de la narrativa del terapeuta sobre el relato del consultante. Se procura generar una red de aprendizajes apoyada en el vínculo entre colegas. Para ello, el soporte es una herramienta del modelo narrativo: las cartas. Se escoge parte del relato que resuena en el espacio terapéutico para pensar nuevas estrategias, cómo acompañar la realidad que el consultante construye y lo que busca cambiar. Al plasmarlo por escrito, el terapeuta logra ponerle un límite, circunscribirlo a una frase, a un fragmento, una hoja de papel. Los objetivos de este dispositivo son:

- Complejizar la mirada desde un nivel lógico diferente construyendo nuevos cursos de acción en nuestra práctica.
- Permitir la circulación de la palabra de forma libre e igualitaria, desde la lógica de la heterarquía.
- Facilitar la producción de significados compartidos, alternativos a la narrativa individual, ampliando la mirada terapéutica de forma superadora.
- Promover la recursividad entre teoría y práctica generando nuevas formas de abordaje y teorizaciones.

Un dispositivo constituye un constructo que se logra a través de la articulación de la práctica y la teoría, pero por sobre todo de lo vincular. Dispositivos que como dice Focault, son parte de un proceso, atravesado por múltiples determinaciones, los elementos heterogéneos están en constante cambio y dinamismo, donde *"...cada efecto, positivo o negativo, querido o no, entra en resonancia, o en contradicción, con los otros, y requiere una revisión, un reajuste de los elementos heterogéneos que surgen aquí y allá."* (Foucault, s/f, p. 129)

Variables del dispositivo:

Este dispositivo está constituído por tres variables: los intervisores, la carta y el contenido. A continuación desarrollaremos cada uno de estos elementos.

Intervisores. Lo que el terapeuta escribe es su metanarrativa sobre la narrativa del consultante/sistema. Es precisamente por esto que cobra relevancia la carta cómo herramienta. La misma permite que estas lecturas se transformen en mensaje dirigido a los colegas colaboradores. A estos colegas les daremos el nombre de "Intervisores".

La RAE (2021) define "*Visor*" como "(...) sistema óptico que llevan ciertos aparatos fotográficos

de mano y sirve para enfocarlos rápidamente./ (...) dispositivo óptico que ayuda a establecer la puntería o a corregirla". Los colegas intervisores cumplirán la función de enfocar o dirigir la mirada hacia aquellos sentidos que estaban quedando por fuera de la narrativa del terapeuta. Siguiendo a Von Foerster, tomamos el concepto de *"ceguera cognitiva": "...el problema aquí no es no ver, el problema es no ver que no estamos viendo"* (Von Foerster, 1991, p. 141).

Los intervisores permitirán visualizar nuevas posibilidades de significación de la experiencia terapéutica. Serán invitados a hacer sus propias lecturas sobre el material desarrollado por el terapeuta y cada uno elegirá cómo abordarlo: con pensamientos, reflexiones, frases, ejemplos de casos que le resonaron, una sugerencia de lectura o intervención, la propuesta de una trama alternativa, una pregunta, etc. La circulación de la palabra y el vínculo entre colegas permitirán la generación colaborativa de una espiral dialéctica para la profundización teórica. Se posibilita la co-construcción de nuevos aprendizajes.

Nos apoyamos en el concepto de vínculo de Pichón Riviere y del proceso grupal como un movimiento dialéctico espiralado que está en constante movimiento y donde se ponen en juego los grados de interacción y ligazón, la cooperación, la comunicación y el aprendizaje. (Serebrinsky, 2014)

El método dialéctico, por el que se desarrolla la espiral del conocimiento, implica un tipo de análisis que -a partir de los hechos fundamentales, las relaciones cotidianas- devela los principios opuestos, las tendencias contradictorias, fuentes configuradoras de la dinámica de los procesos. (Pichon Riviere, s/f, p. 205)

Cartas. Las cartas terapéuticas son una importante herramienta de la Terapia Narrativa, tal es así que podemos encontrar diferentes tipos de cartas según su objetivo específico (de invitación, despido, predicción, contra derivación, recomendación, alternativas, entre otras) (Montesano, 2012). Su valor reside en que actúan a un nivel diferente al de las intervenciones verbales. White y Epston (1993) señalan algunas características del pensamiento narrativo. La principal es que otorga importancia a la experiencia vivida con sus particularidades. Los puntos de contacto entre los diferentes aspectos de la experiencia vivida son los que generan significados. Las cartas de intervisión parten de un fragmento del relato del consultante, recorte hecho por el terapeuta en base a las resonancias que genera ese pasaje en el espacio terapéutico. Esto es, en base a los sentidos que surgen de los puntos de contacto entre el bagaje teórico del terapeuta, su experiencia y la narración del consultante.

En segundo lugar, la temporalidad es relevante, otorga sentido a los acontecimientos. El dinamismo del proceso terapéutico se basa en la co-construcción de nuevos significados: las nuevas tramas que se posibilitan para el consultante, los sentidos que articula el terapeuta y la construcción de significados compartidos en el espacio terapéutico entre ambos. Esto es lo que hace posible el cambio en el devenir del proceso terapéutico. En las cartas de intervisión se va generando una línea de tiempo a lo largo de las respuestas, donde se pueden visualizar los cambios de significación y las nuevas miradas que se van generando.

El pensamiento narrativo utiliza un lenguaje que articula la complejidad y la subjetividad de la experiencia, promoviendo la polisemia. Las cartas favorecen la complejización de los sentidos incorporando significaciones heterogéneas provenientes de cada uno de los participantes. En ese proceso se entremezclan los recortes hechos por cada uno y sus propias resonancias, generando una dialéctica entre complejidad y subjetividad.

La persona es protagonista en su mundo, es participante en la re-escritura de su vida. Cada vez que se cuenta una historia, es una historia nueva. Entonces al contar la historia del paciente estamos escribiendo una historia nueva, cada elemento que se suma va complejizando esa trama. Poniendo al terapeuta en el lugar de protagonista de esa intervisión y al consultante como protagonista del espacio terapéutico.

Finalmente, tanto el "observador" como el "observado" se ubican en la narración que se está desarrollando, el interjuego entre observador y observado se producen constantemente con la lectura y relectura de las cartas: cada participante va alternando el rol de observador y observado, claramente presentes de forma continua en la narrativa.

Contenido. Es toda aquella información que se construye en las cartas, es un conjunto de captos. "*'Capto', refiere a lo que es captado y se aplicaría al concepto del conocimiento adaptativo, con lo cual podríamos "captar" de ese sinnúmero de datos, solamente algunos."* (Ceberio, s/f, p. 17). Distinguimos cuatro aspectos del contenido:

- Datos generales del caso: se realiza una breve descripción del caso, señalando información de importancia para la comprensión del fragmento a trabajar. Esta descripción aporta el contexto necesario para que las colegas colaboradoras dispongan de las referencias necesarias para realizar sus aportes. Tendremos en cuenta si se trata de una terapia individual, familiar, de pareja; el sociogenograma; momento vital del sistema; problema planteado, aspectos relevantes de su historia; entre otros.
- Recortes del relato y significados atribuidos por el terapeuta (reflexiones, interrogantes y resonancias): se selecciona un fragmento de la narración hecha por el o los consultantes. La selección se realiza en base a la resonancia que genera en el espacio terapéutico algún pasaje de la narrativa de quien consulta.
  Lo que hace el terapeuta es identificar una frase o fragmento del relato que de alguna manera sintetice o represente esa narrativa dominante o un aspecto de ella. Al plasmarla en la carta le otorga entidad y la propone como contenido a ser elaborado.
- Propuestas teóricas: aportes bibliográficos en relación a la comprensión del tema. Pueden provenir de diferentes marcos epistemológicos apostando a la heterogeneidad, la conversación y la integralidad de los conocimientos, teniendo en cuenta que la riqueza del dispositivo se nutre de la diversidad de posicionamientos de cada intervisor.
- Propuestas de acción: Preguntas, ideas, técnicas, pensamientos, ejemplos como posibilidad de intervención que surgen de la espiral dialéctica.

Palabras finales

La Intervisión se distingue de la supervisión porque no está orientado por un otro con mayor trayectoria y conocimiento, sino que se construye desde la sinergia entre un grupo de colegas psicólogas, que se desempeñan en diferentes ámbitos laborales.

… la supervisión es una clase de relación de trabajo en la que es necesario que el supervisor tenga un saber específico sobre teorías y técnicas para la enseñanza y el entrenamiento en psicoterapia; es decir, es una relación en la que tiene lugar una jerarquía de roles determinados por el nivel de experiencia.

(Franco Amaris, 2020, p. 28)

A partir de la intervisión, buscamos generar espacios para plantear aspectos de las prácticas que interpelan y así escuchar otras voces, miradas o versiones alternativas de la misma historia ampliando el campo de percepción tanto del consultante como del terapeuta.

La intervisión se constituye como un recurso para afrontar situaciones de incertidumbre y generar nuevos significados. Introducirnos en la complejidad es poder comprender que es inasible, supera nuestras capacidades cognitivas. Implica apertura a los nuevos sentidos y elementos que aparecen, sin perder de vista que ése no es todo el panorama y que es imposible lograr la completud y siempre pueden descubrirse nuevos significados.

Bibliografía

Ceberio, M. (s/f) Epistemología y Psicoterapia: Hacia la Construcción de un nuevo Paradigma. Recuperado de: https://es.scribd.com/document/318136067/Ceberio-Epistemologia-y-Psi coterapia-Art

Ceberio, M. y Serebrinsky, H. (2011) "Dentro y fuera de la caja negra: desarrollos del modelo sistémico en psicoterapia" Psicolibro Ediciones: Buenos Aires. Argentina.

Foucault, M. (s/f) Saber y verdad. Recuperado de: https://derecho.aulavirtual.unc.edu.ar/pluginfile.php/55744/mod_resource/content/1/4.%20El%20juego%20de%20Michel%20Foucault%20-Sabery- Verdad.pdf

Franco Amaris L. (2020) La supervisión clínica en psicoterapia. Recuperado de: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/17959/2/FrancoL aura_2021_SupervicionClinicaPsicoterapia.pdf

Montesano del Campo, A., Muñoz Cano, D., Feixas i Viaplana, G., & Compañ, V. (2012). Las cartas terapéuticas en el modelo sistémico. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/32751

Pichon Riviére, E. (s/f) El proceso grupal. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión. Recuperado de: http://biblioteca.esucomex.cl/RCA/El%20proceso%20grupal.pdf

Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.4 en línea]. <https://dle.rae.es> 2021.
Serebrinsky, H. (2014) Un viaje circular. De la psicología social pichoniana a la teoría sistémica. Psicolibro Ediciones: Buenos Aires, Argentina
Sluzki, C. E. (1995). Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. Revista de psicoterapia, 6(22-23).
Von Foerster, H. (1991) Las semillas de la cibernética Ed. Gedisa: Barcelona, España.
White, M., & Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos (pp. 53-87). Ed. Paidós: Barcelona, España.

VIRTUALIDAD, APRENDIZAJE Y SALUD MENTAL EN CONTEXTO DE DISTANCIAMIENTO FÍSICO PREVENTIVO Y OBLIGATORIO. EL CASO DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Lila Mercedes Almirón [A], Juan Pablo Díaz [B], Patricia Belén Demuth Mercado [C], Gerardo Omar Larroza [D]

Introducción

El 06 de septiembre de este año, la historia oficial del coronavirus en nuestro país llega a los 537 días. Esto se debe a que el 20 marzo de 2020 se inició el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) a nivel nacional por la crisis instalada a partir de la afectación de regiones geográficas extensas por diseminación del virus. Meses después se efectivizó la medida de "distanciamiento social, preventivo y obligatorio" (DISPO). Desde el 9 de noviembre de 2020 se dio por finalizada la cuarentena en el país (234 días) para iniciar el camino hacia la *Nueva Normalidad (Shah et al., 2021; Díaz, 2021).* La medida inicial fue de alcance nacional, pero las consecuentes a ella dependen de la situación epidemiológica de cada una de las provincias y localidades, incluyendo el "toque de queda sanitario" para limitar la circulación nocturna (Boletín Oficial República Argentina, 2020, 2021). En palabras de Baricco (2021):

> "se debería entonces pensar la Pandemia como criatura mítica. Mucho más compleja que una simple emergencia sanitaria, representa una construcción colectiva en la que diversos saberes e ignorancias han empujado en una misma dirección" (p.29)

Por otra parte, como consecuencia de las complejas situaciones socio-culturales así como también de las distintas miradas epistemológicas de los hechos, salud mental y psiquiatría son campos disciplinares que atraviesan momentos de crisis. El contexto de pandemia instalado desde el mes de marzo del año 2020 ha profundizado las dificultades. Refiere Tizón (2020) que "la diferencia más notable entre esta y otras epidemias anteriores tal vez consista en el peso que los componentes psicológicos y sociales están teniendo y en la rapidez de su influencia" (p.11).

En la formación de grado del estudiante de Medicina se incluyen los contenidos que deben ser aprobados. Además, el aprendizaje de dichos saberes está vinculado con las competencias esperadas en el médico que requieren de un esfuerzo particular, que incluye la apropiación de contenidos de distintas disciplinas incluyendo los de Salud Mental y Psiquiatría.

Durante los procesos de enseñanza y de aprendizaje se asume a los fines teóricos como eje la

[A] *Médico Especialista en Psiquiatría. Profesora Titular. Departamento Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes. Argentina., lalmiron@med.unne.edu.ar*
[B] *Profesor Universitario. Ciencias de la Educación. Magister en Psicobiología y Neurociencia Cognitiva. Departamento Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes. Argentina. juanpablodiaz@med.unne.edu.ar*
[C] *Profesor y Licenciada en Ciencias de la Educación. Doctora en Didáctica y Organización de Instituciones Educativas. Directora de la Maestría en Educación Virtual en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes. Argentina. patricia.demuth@med.unne.edu.ar*
[D] *Médico Cirujano con Especialización y Maestría en Oftalmología. Profesor Titular. Decano de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes. Argentina. glarroza@med.unne.edu.ar*

definición de la OMS (2001) de Salud Mental que la describe como: ... "un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (p.1), socializándose el carácter polisémico de la misma. También se reconoce, en la misma construcción pedagógica, a la Psiquiatría como una especialidad médica con una mirada que abarca al sujeto en su totalidad.

El aprendizaje remoto de emergencia ha sido la primera respuesta en el primer cuatrimestre del año 2020. Pero esta acción no era análoga en planificación y desarrollo a un trayecto formativo pensado para el aprendizaje virtual desde su génesis (García-Peñalvo, 2020). En este sentido, aunque en un primer momento se pensó en una enseñanza remota de emergencia (ERE), luego la búsqueda se dirigió más allá de superar el modelo centrado en la actividad del profesor, transmisivo, expositivo y unidireccional (el tradicional de enseñanza) y alcanzar el modelo de aprendizaje inverso.

La modalidad inicial que adoptó el sistema educativo se corresponde con ERE, que es un modo alternativo de enseñanza debido a circunstancias de crisis, que implica enseñar, a distancia o en forma híbrida, cursos habitualmente presenciales, y que volverán a ese formato al cesar la emergencia. Su objetivo es proporcionar acceso temporal a la instrucción de una manera rápida de configurar y disponible durante la emergencia (Hodges et al., 2020). En esta misma línea, Rivas (2020) denomina Pedagogía de la Excepción a la búsqueda de nuevos modos de conectar con los estudiantes, priorizar contenidos, multiplicar alternativas frente a las desigualdades, crear nuevas rutinas, etc.

En base a lo expresado se implementó durante el segundo cuatrimestre del año 2020 la estrategia de aula inversa total o virtual. Esto ha sido buscando formas de superar el contexto particular epidemiológico, así como las distintas particularidades de estos campos disciplinares de la asignatura Salud Mental y Psiquiatría de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste. Para cumplimentar con las planificaciones, se utilizó la plataforma institucional para el acceso remoto sincrónico en línea, en la que se habilitaron espacios grupales de comunicación y vinculación.

Como señalan Fidalgo Blanco y Sein-Echaluce Lacleta (2021), aunque el aula inversa recibe muchas denominaciones (Aula Invertida, Flipped Classroom, Flip Teaching, Aula Inversa, Flipped Learning, Aula Volteada), todas tienen el mismo significado. En este sentido, Fidalgo-Blanco et al. (2018) afirman que el rasgo principal está expresado en la frase: "La lección primero, pero en casa y los deberes después, pero en clase". Es decir que el fundamento del aula invertida está dado por la actividad que el estudiante desarrolla en forma previa a la actividad áulica, constituyéndose, como refieren Demuth-Mercado et al. (2021) en un "modelo con perspectiva de aprendizaje situado, ubicuo, rizomático, propicio para el desarrollo de competencias profesionales" (p.27).

Con estas consideraciones, se redefinieron los procesos de aprendizaje haciendo foco en las conductas para aprender, definiendo las competencias del estudiante y señalando las formas de vincularse en el contexto mediado por tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Se retomó la opción del Aula Inversa que había sido practicada en la asignatura en los ciclos lectivos 2018 (Díaz et al., 2021) y 2019. Para ello, se convirtió cada uno de los diez encuentros grupales presenciales en actividades sincrónicas a través de la plataforma institucional de videoconferencia.

En un primer acercamiento y para promover las distintas actividades de construcción del conocimiento del estudiante se han actualizado los recursos y procedimientos pedagógicos virtuales, realizándose la deconstrucción y construcción del Aula Virtual de la asignatura para su octava versión. Se diagramaron actividades virtuales que incluían guías didácticas para los estudiantes, en las que se especificaron los objetivos, los contenidos, las actividades, los materiales de lectura obligatorios y de profundización, así como la evaluación de los aprendizajes. Este diseño estuvo relacionado firmemente con la motivación de los cursantes y el estímulo para la continuidad de los trayectos formativos en situaciones difíciles de contexto.

En cada una de las diez actividades sincrónicas, se dio espacio para la confrontación de dudas y certezas en una relación interpersonal directa con los estudiantes separados en grupos, buscando afianzar el trabajo en equipo para el desarrollo de las habilidades de interacción tanto comunicacionales como sociales.

Además, cada uno de los diez módulos abarcaba diferentes actividades evaluativas, previamente programadas y comunicadas. Se consideraron procesos de autoevaluación y heteroevaluación, así como de coevaluación. Estos incluyeron desde cuestionarios de opción múltiple de la plataforma, hasta el uso de listas de cotejo y rúbricas para la valoración de los productos (tareas escritas, trípticos y póster de psicoeducación a micro videos realizados por los estudiantes, hasta finalizar con la construcción del portfolio digital).

Metodología

Esta ha sido una investigación cuantitativa, descriptiva, observacional y transversal. La muestra estuvo integrada por 250 estudiantes regulares que cursaron el segundo cuatrimestre del tercer año de la carrera de medicina de una universidad pública en el 2020. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario de valoración de las experiencias con afirmaciones sobre el aula inversa de diez temas desarrollados con esa estrategia, previa realización de una prueba piloto del mismo. Se invitó a participar del estudio de forma libre, voluntaria y no obligatoria. Se realizó la distribución del formulario electrónico a través del aula virtual de la asignatura.

Resultados

La tasa de respuesta del cuestionario ha sido del 77.40%. Se constata que para un total de 323 estudiantes inscriptos en el segundo cuatrimestre del año 2020 han accedido a participar (previo conocimiento de la hoja de información y el consentimiento informado), y se han completado 250 cuestionarios.

Los resultados que emergieron del análisis mostraron la distribución de mayores frecuencias con opiniones poco favorables respecto al Aula Inversa. (Tabla 1).

Tabla 1. Declaraciones de 250 estudiantes universitarios respecto al Aula Invertida en contexto de DISPO. 2020.

Declaraciones	n=250
Preferencia por la clase tradicional	68%
No lo motiva más para estudiar	66.60%
No es mejor que la clase tradicional,	62%
Valora el visualizar videos	53%
No recomendaría aula inversa a un amigo	48%
No ha mejorado el aprendizaje	46.9%
Las redes sociales son un medio útil de aprendizaje	46.9 %
No da mejores oportunidades para debatir	46%
No ayuda al entendimiento de la asignatura	24%

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Discusión y Conclusiones

Es preciso señalar en este sentido, respecto al aula invertida, que McNally et al. (2016), referenciados por Prieto et al. (2021) diferencian entre flip endorsers (que aprueban, apoyan y respaldan el cambio) y flip resisters (que se resisten al modelo).

En conclusión, esta muestra de 250 estudiantes manifiesta en general que la propuesta de aula invertida en su conjunto no es positiva. Esto difiere de lo expresado en varios trabajos al respecto, como el de Demuth Mercado et al. (2021), en el que el 94% de 223 encuestas respondidas por estudiantes del 5° año de la misma carrera en el año 2017, consideró que las aulas invertidas son útiles. En forma similar, Maldonado-Calderón et al. (2021) reportan el 70% de aceptación entre

los estudiantes colombianos de pediatría; mientras que Domínguez et al. (2021) también han informado percepciones estudiantiles de efectos positivos en las habilidades estudiantiles para conocer el propio aprendizaje, acerca del conocimiento y la regulación cognitiva durante un curso de cirugía. También estos últimos autores concluyeron que el clima de aprendizaje favorece las habilidades académicas del estudiante y adecuadas percepciones sobre su aprendizaje.

Se ha observado además en esta exploración, que los estudiantes explicitan e informan del valor de la apertura a la modalidad de trabajo en contexto de pandemia, valorando el recurso de las redes sociales como medio útil de aprendizaje y la visualización de los videos en el entorno de aprendizaje. Esto último se vincula con la valoración reportada por Aguayo-Vergara et al. (2019) respecto a disponer de los videos con los contenidos que se podían revisar previo a la clase presencial referida por estudiantes universitarios chilenos de un curso de inglés, aunque por otra parte, el 75% de estos encuestados dijo sentirse motivado por aprender con la metodología. En esta misma línea, Díaz et al (2021) describen el aula invertida como la estrategia didáctica donde los aspectos intelectivos y emocionales están presentes en los procesos de enseñanza y de aprendizaje.

También los estudiantes encuestados en el presente trabajo han declarado que reconocen las limitaciones de tiempo de actividades señalando la predilección por las clases teóricas clásicas, y expresan (menos de la mitad de los estudiantes encuestados) que su aprendizaje no ha mejorado. Esto se diferencia de los valores hallados por Demuth-Mercado et al. (2021), en los que el 43% señaló que lo ayudó a respetar la opinión del otro, el 40% a ser más participativo, el 68% a desarrollar razonamiento clínico y el 53% a resolver casos en grupo.

Es necesario reconocer que en esta oportunidad no se han considerado otras variables que podrían influir al momento de contestar el cuestionario, como por ejemplo el aspecto emocional. En este sentido, se toma como referencia lo expresado por Delbon et. al. (2020) en una muestra que incluía aproximadamente el 32% de estudiantes de ciencias de la salud, en el que se hizo hincapié en la influencia sobre el rendimiento académico ejercida por los medios de comunicación y la incertidumbre generada, así como el compromiso de la motivación para las actividades. También con respecto al contexto de pandemia, en el trabajo de Edelstein et al. (2020) se indagaron 6185 estudiantes de la Universidad del Comahue (Argentina), utilizando una encuesta como instrumento de recolección de datos en la que incluyeron las variables de situación familiar, trabajo, salud, conectividad, experiencia con el cursado, los exámenes virtuales, la experiencia con el campus virtual y el vínculo con los docentes, la administración, y el uso de la biblioteca. Este antecedente tiene vínculo con los resultados al presentar el desempeño académico durante este tiempo de pandemia y señalan la dificultad en el uso de distintas estrategias didácticas para llevar adelante el dictado de las clases.

Se concluye que los estudiantes explicitan e informan del valor de la apertura a la modalidad de trabajo en contexto de pandemia, aunque reconocen las limitaciones de tiempo de actividades señalando la predilección por las clases teóricas clásicas presenciales. Si se considera que el modelo de aula invertida pretende facilitar y fomentar el estudio preparatorio, el protagonismo estudiantil en el aula y el diálogo presencial y en línea entre alumnos y profesores, podría vislumbrarse cierta resistencia de los cursantes al cambio de modelo de enseñanza, que incluye una mayor dependencia a los preceptos docentes. Se podría inferir que la modalidad híbrida es una opción adecuada para la implementación en el contexto de formación disciplinar en ciencias de la salud. Estos hallazgos señalan un camino hacia la obtención de datos en forma continua con los distintos grupos de estudiantes, para alcanzar comprensión de los escenarios.

Referencias bibliográficas

Aguayo-Vergara, M., Bravo Molina, M., Nocetti de la Barra, A., Concha Sarabia, L., Aburto Godoy, R. (2019). Perspectiva estudiantil del modelo pedagógico flipped classroom o aula invertida en el aprendizaje del inglés como lengua extranjera. Revista Educación, 43, (1). DOI: https://doi.org/10.15517/revedu.v43i1.31529

Baricco A. (2021). Lo que estábamos buscando. Editorial Anagrama. Primera Edición.

Boletín Oficial de la República Argentina. (2020). Aislamiento social preventivo y obligatorio. Decreto 297/2020. DECNU-2020-297-APN-PTE –

Boletín Oficial de la República Argentina. (2021). Aislamiento social preventivo y obligatorio y aislamiento social, preventivo y obligatorio. Decreto 67/202. DECNU-2021-67-APN-PTE
Delbon, M., Delbon, A., y Grillo, S. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena en estudiantes universitarios y/o terciarios. Rev. Fac. Med. UNNE, 40 (3), 23-36.
Demuth-Mercado, P, Fernández M., Alcalá, M., y Navarro, V. (2021). Resignificación de la clase universitaria: el aula invertida. En: Innovación y virtualidad en la formación universitaria en Ciencias de la Salud. Compiladoras: María Graciela Fernández y Patricia Belén Demuth Mercado: Editorial Panamericana. 1.a ed. p.p. 27-37.
Díaz, F. (2021). Nueva Normalidad. ARQ (Santiago), (107), 10-11. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-69962021000100010
Díaz, J., Ortiz, M., Almirón, L., y Medina, M. (2021). Emociones, aprendizajes y virtualidad en la formación en Ciencias de la Salud. En: Innovación y virtualidad en la formación universitaria en Ciencias de la Salud. Compiladoras: María Graciela Fernández y Patricia Belén Demuth Mercado. Argentina: Editorial Panamericana. 1.a ed. p.p. 53-61.
Domínguez L., Mora, C., y Restrepo, J. (2021). "Aprendiendo a aprender" en el Aula Invertida Extendida: una evaluación sobre los efectos de la enseñanza interactiva en el conocimiento y la regulación cognitiva de estudiantes de Medicina, Revista Colombiana de Psiquiatría. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.07.007.
Edelstein, L., De Angelis, R., Novoa, L., y Burgos, F. (2020). Encuesta a estudiantes Universidad Nacional del Comahue. Estudiar en pandemia. Experiencias en la virtualidad. Informe de resultados. Universidad Nacional del Comahue, Secretaría de planeamiento y desarrollo institucional. http://rdi.uncoma.edu.ar/bitstream/handle/123456789/16094/INFORME-ENCUESTA-ESTUDIANTES-2020.pdf
Fernández, E., y Arcos, A. (2017). Objetos de aprendizaje, aula invertida, gamificación y M-learning para la enseñanza de medicina en la Universidad UNIANDES. II Congreso Internacional de Ciencia, Sociedad e Investigación Universitaria. https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2312/1/Objeto.pdf
Fidalgo-Blanco, A., Sein-Echaluce Lacleta, M., y García-Peñalvo, F. (2018). Del método de aula invertida al aprendizaje invertido. Conference: Tendencias de Innovación Educativa y su implantación en la Universidad Politécnica de Madrid. DOI: 10.5281/zenodo.2081943
Fidalgo-Blanco, A. y Sein-Echaluce Lacleta M. (2021). Aula Invertida Híbrida: Un método para activar y personalizar el aprendizaje. DOI 10.5281/zenodo.4771131
García-Peñalvo, F. (2020). Reflexiones sobre la COVID-19 en la docencia universitaria: La metodología antes que la tecnología para afrontar la nueva normalidad docente en la universidad. Congreso de Educación, Innovación y Nueva Normalidad (México, 9-10 de diciembre de 2020). Salamanca, España: Grupo GRIAL. https://bit.ly/37J3FLq. doi:10.5281/zenodo.4308367
Hodges, C., Moore, S., Looke, B., Trust, T., y Bond, A. (27 de Marzo de 2020). The difference between emergency remote teaching and online learning. https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning
Maldonado-Calderon, M., Agudelo-Pérez, S., Upegui-Mojica, D., y Becerra-Uribe, N. (2021). Aula invertida en Pediatría: percepción de estudiantes de Medicina durante la pandemia de Covid-19. European Journal of Health Research, 7(2), 1-9. https://doi.org/10.32457/ejhr.v7i2.14
Martiáñez-Ramírez, N., Terrón-López, M., Gallego-Izquierdo, T., Alvarez-Comino, M., Rubio-Alonso, M., y Hernando-Jeréz, M. (2016). Competencias en las prácticas clínicas en ciencias de la salud: guía de estrategias y recursos para su desarrollo y evaluación. Editorial Panamericana.
OMS. (2001). Fortaleciendo la salud mental. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. Hoja Informativa N° 220.
Prieto, A., Barbarroja, J., Álvarez, S., y Corell, A. (2021). Eficacia del modelo de aula invertida (flipped classroom) en la enseñanza universitaria: una síntesis de las mejores evidencias. Revista de Educación, 391, pp. 149-177. DOI: 10.4438/1988-592X-RE-2021-391-476.
Prieto-Martín, A. (2017). Flipped learning. Aplicar el modelo de aprendizaje inverso. Editorial Narcea.
Rincón, L. (1993) Técnicas para la enseñanza de la Salud Mental. Argentina. Lugar Editorial.
Rivas, A. (2020). Pedagogía de la excepción. ¿Cómo educar en la pandemia?. Documento de trabajo. Universidad de San Andrés. https://www.udesa.edu.ar/sites/default/files/rivas-educar_en_tiempos_de_pandemia.pdf
Rodríguez-Learte, A, Fernández-Vaquero, A., y Vega-Avelaira, D. (2015). Desarrollo de metodologías de "Flipped Clasroom" para asignaturas de ciencias básicas: valoración de los alumnos. XXII Jornadas Internacionales de Innovación universitaria Educar para transformar: Aprendizaje experiencial, pp. 692-698. http://abacusuniversidadeuropea.es/bitstream/handle11268/4480/jiiu_2015_85.pdf?sequence=2
Shah, S., Shah, A., Memon, F., Kemal, A., y Soomro, A. (2021). Aprendizaje en línea durante la pandemia del COVID-19: aplicación de la teoría de la autodeterminación en la "nueva normalidad". Revista de Psicodidáctica; 26:168–177. https://doi.org/10.1016/j.psicod.2020.12.004
Tizón, J. (2020). Salud emocional en tiempos de pandemia. Reflexiones urgentes. Barcelona: Editorial Herder. https://0201.nccdn.net/1_2/000/000/0c4/0ae/La-salud-emocional-en-tiempos-de-pandemia—-Jorge-Tiz—n.pdf

AUTOPERCEPCIÓN DE LA DIMENSIÓN DEPRESIÓN DEL GHQ DE ESTUDIANTES DEL TERCER AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA. AGOSTO 2021

Nicolás Cremona [A], Jennifer Esqueff [B], Gabriela Czernik [C], Lorena Dos Santos [D], Lila Mercedes Almirón [E]

Introducción

El contexto epidemiológico global iniciado en el mes de marzo del año 2020 que aún persiste, ha dado características de incertidumbre y distanciamiento físico que en algunos casos ha profundizado las vulnerabilidades (Tizón, 2020). Las consecuencias en la afectación de la salud mental, refieren Cénat et al. (2021), "son igualmente altas en los países afectados y en todos los géneros" (p.1).

En relación con los síntomas de depresión, en APS se le presta particular atención en la actividad epidemiológica por su alta prevalencia, la falta de diagnóstico, las complicaciones en el curso de la afección, los tratamientos ineficaces y los altos costos sociales y económicos (Salvo, 2014). Además, se ha reconocido que la incidencia de la depresión en mujeres es el doble que en los hombres (Zarragoitia Alonso, 2006).

El cuadro clínico depresivo comprende un conjunto de síntomas (rasgos subjetivos) y signos (rasgos objetivos) un tanto heterogéneo y abigarrado, variable de unos enfermos aotros. En relación a su curso, la depresión puede ser para muchos pacientes una enfermedad de por vida. Las manifestaciones depresivas involucran cambios en los estados de ánimo y afectivos, con compromiso en el pensamiento y el consecuente proceso cognoscitivo. Se observa enlentecimiento de la actividad psicomotriz en concomitancia con aspectos somáticos evidentes.

La sintomatología típica incluye el estado depresivo presente durante la mayor parte del día (casi todos los días) con pérdida de interés o placer en las actividades normales y la disminución de la energía o incremento de la fatiga. Adicionalmente, se refiere la pérdida de la confianza y de la autoestima, con sentimientos irracionales de culpa, acompañados por pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. La persona se queja de la disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y se observan cambios en la actividad psicomotriz acompañados de agitación o lentitud mental. Puede señalar también las alteraciones en el sueño (en exceso o en falta) y cambios en el apetito.

En los últimos años diversas publicaciones han sido dirigidas a estudiar la depresión en los estudiantes (Arrivillaga Quintero et al., 2003; Inam et al., 2003; Agudelo Vélez et al., 2008; González Ramírez et al., 2009; Guerrero López et al., 2013; Rotenstein et al., 2016; Suwalska et al., 2017; Bresolin et al., 2020) no solo por los índices de prevalencia, sino también con el objetivo de establecer acciones preventivas. La alta prevalencia de depresión conlleva su efecto sobre variables como el rendimiento académico, la deserción, el abandono y el bienestar emocional, entre otras. (Agudelo-Vélez et al., 2008). En este sentido, varios estudios (Ndutard-Ngasa et al., 2017; González-Ramírez et al., 2009) insisten además en la frecuente comorbilidad de este tipo de trastorno

[A] *Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Corrientes. Argentina. nicolas.cremona@hotmail.com*
[B] *Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Corrientes. Argentina. esqueff.je@gmail.com*
[C] *Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Corrientes. Argentina. gabrielaczernik@gmail.com*
[D] *Doctora en Medicina. Profesor. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Corrientes. Argentina. lorenatirabosco@gmail.com*
[E] *Magister en Salud Mental. Profesor. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Corrientes. Argentina. lalmiron@med.unne.edu.ar*

y las implicancias en la evaluación y diagnóstico diferencial, así como las complicaciones asociadas en cuanto a la severidad y cronicidad de los trastornos.

Objetivo general: Explorar rasgos depresivos del GHQ-60 en los estudiantes de tercer año de la Carrera de medicina de una Universidad pública del NEA en el segundo cuatrimestre del año 2021, diferenciando por identidad de género.

Materiales y Método

La presente investigación ha sido de carácter cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal.

Universo: Todos los estudiantes cursantes del segundo semestre del tercer año de la Carrera de Medicina de una Universidad pública del NEA en el segundo cuatrimestre del año 2021.

Unidad de Análisis: Cada una de los estudiantes que se encuentre cursando la asignatura Salud Mental y Psiquiatría de la Carrera de Medicina de una Universidad pública del NEA.

Criterios de inclusión: alumnos que acepten participar del estudio

Criterios de exclusión: alumnos que hayan perdido la regularidad.

Muestra: El cálculo del tamaño muestral se determinó para un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% en n= 173.

Instrumentos de recolección de la información empírica

Durante la primer semana del mes de agosto de 2021 se distribuyó un cuestionario electrónico realizado a través de formularios de GoogleDocs® utilizando el Aula del Campus Virtual de la asignatura Salud Mental y Psiquiatría de la carrera de medicina de una universidad pública. La participación tuvo carácter voluntario y anónimo. Se enunciaron los objetivos del estudio y los pasos a seguir. Todas las personas que eligieron participar dieron su consentimiento informado, que fue previamente aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad.

En la encuesta electrónica se incluyó el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ) de 60 preguntas. El GHQ tiene dos aplicaciones principales cuando se contempla la enfermedad como una categoría, una es estimar la prevalencia de la enfermedad en una determinada población y la otra, captar casos de "enfermedad psíquica oculta" (Goldberg, 1996).

Se asumió el valor modal para el GHQ-60 donde el punto de corte se sitúa así en 11/12; puntuaciones $\geq$12 indican "GHQ-60 positivo" (con riesgo para patología emocional), mientras que puntuaciones $\leq$11 sugieren "GHQ-60 negativo" (sin riesgo para patología emocional). De esta forma se determina una medida compuesta que abarca tanto el área como la intensidad, produciendo una distribución menos asimétrica que la puntuación GHQ y ventajas concomitantes al ejecutar la puntuación en subescalas. (Goldberg y Williams, 1996).

Farragher (1998) empleó el puntaje Likert para evaluar las subescalas de dimensiones de sintomatología. Para este trabajo se ha utilizado la puntuación de la Dimensión de Depresión del GHQ-60 que se compone de cinco ítems (52, 56, 57, 59 y 60). Se utilizó la puntuación Likert, que consiste en asignar valores de 0, 1, 2 y 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas (a,b,c,d).

Con respecto a la dimensión Depresión se establece una puntuación entre 0 y 5 como adaptado a la realidad, puntuación entre 6 y 10 con rasgos leves y entre 11 y 15, severos.

Discusión de Resultados

De un total de 313 estudiantes cursando la asignatura en el inicio del segundo cuatrimestre del ciclo lectivo 2021, accedieron a contestar la encuesta 288 de ellos. Dos encuestas fueron descartadas por presentar datos incompletos. De esta forma, se establece una tasa de respuesta del 91.37%.

La muestra final estuvo representada por 187 mujeres, 98 varones, y 1 persona que se identificó de género no binario.

Se realizó un primer análisis de la totalidad del GHQ tomando en consideración que el puntaje $\geq$12 o GHQ-60 "positivo" simboliza riesgo para patología emocional. Ver la discriminación por género de las puntuaciones del GHQ-60, en Tabla 1.

Tabla 1.
Resultados del GHQ -60 con puntuación Likert de 286 estudiantes de Medicina (agosto 2021).

	puntaje ≥12 GHQ-60 positivo n=	puntaje <11 GHQ-60 negativo n=
Varones	94	4
Mujeres	186	1
No binario	1	-

Fuente: Producción propia. 2021.

Los resultados determinan que esta es una población en estudio con alto riesgo emocional, no viéndose diferencia significativa por género. Al respecto, Olff et al. (2021) señalan que en Latinoamérica se reportaron más síntomas de salud mental asociados a eventos relacionados con la COVID-19 (incluyendo síntomas del trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión, insomnio, y disociación) en comparación con otros eventos estresantes

Se analizaron las respuestas a las preguntas incluidas en la Dimensión Depresión del GHQ, también utilizando la puntuación Likert. Las preguntas que presentaron los dos mayores porcentajes de respuestas con puntaje 0 son la 59 y 60, con muy poca variabilidad con las otras tres preguntas de la dimensión. La Pregunta Nº 59 tuvo 225 respuestas (78.67%) con puntaje 0, muy próximo al porcentaje de la Pregunta Nº 60 con 224 respuestas (78.32%) con puntaje 0. (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de frecuencias de respuestas de la dimensión Depresión del GHQ -60 con puntuación Likert (n=286) en estudiantes de Medicina. Agosto 2021.

	Puntaje 0	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 3
GHQ - Preguntas	**n**	**n**	**n**	**n**
52- ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	206	51	17	12
56- ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	208	48	18	12
57- ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	202	39	32	13
59- ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	225	30	22	9
60- ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	224	27	29	6

Fuente: Producción propia. 2021.

Para una mejor apreciación de la distribución del fenómeno se consideraron las frecuencias de los puntajes totales de la Dimensión Depresión del GHQ -60, observándose en el puntaje 0 la presencia de una polaridad marcada de respuestas del 59.79% de los participantes.

Al discriminar la distribución de respuestas de acuerdo al género, se observa que el 86.09% de las mujeres presenta rasgos depresivos adaptados a la realidad, el 13.91% señala rasgos depresivos leves y el 0%, severos. Los datos son similares en valores a los rasgos adaptados a la realidad referidos por el 88.78 % de los varones. Aunque, a diferencia de las mujeres, solo el 3.06 % de los varones reporta rasgos leves y en cambio el 8.16 % de los varones informa la percepción de rasgos severos (Tabla 3).

T**abla 3.** Distribución de puntuaciones de la Dimensión Depresión del GHQ 60 según género en estudiantes de medicina. Agosto 2021.

Puntuación Total Depresión	Mujeres n=	%	Varones n=	%	No binario n=	%	Rasgos Depresivos
0	104	55.62	66	67.35	1	100	
1	23	12.30	15	15.31	-	-	
2	13	6.95	4	4.08	-	-	
3	11	5.88	0	-	-	-	adaptados
4	7	3.74	2	2.04	-	-	a la realidad
5	3	1.60	0	-	-	-	
6	7	3.74	0	-	-	-	
7	8	4.28	0	-	-	-	
8	5	2.68	0	-	-	-	leves
9	6	3.21	1	1.02	-	-	
10	0	-	2	2.04	-	-	
11	0	-	4	4.08	-	-	
12	0	-	2	2.04	-	-	
13	0	-	1	1.02	-	-	severos
14	0	-	1	1.02	-	-	
15	0	-	-	-	-	-	
Totales	187	100	98	100	1	100	

Fuente: Producción propia. 2021.

Los resultados hallados en este trabajo realizado en el año 2021 difieren de los informados durante el 2020 para la población de estudiantes universitarios de la región. Delbon et al (2020) aplicaron encuestas entre el 31 de Marzo al 20 de mayo del 2020 que fueron contestadas por 334 estudiantes de Medicina que refirieron

> "haber experimentado enojo, irritabilidad, aburrimiento, soledad, angustia, temor, desesperación, impotencia, inutilidad, entre otros; y en cuanto a las afectaciones físicas, 40% de las personas encuestadas refirieron padecer aumento de apetito, caída del cabello y cefalea, el 49,7% manifiestan síntomas físicos como cambios de humor, cansancio físico, opresión en el pecho y falta de aire, insomnio, problemas digestivos y mareos" (pp.31).

También Roggensack et al. (2020) encuestaron a personas de la provincia de Corrientes entre el 24 de junio y 24 de julio del año 2020 registrándose que en la variable sentimientos de tristeza el 74,7% afirmó que no se sentía más triste, mientras que un 21,4% refirió sentirse triste gran parte del tiempo, 2,3% se siente todo el tiempo y un 1, 6% refiere que está tan triste que no puede soportarlo. Además, el 49% de los encuestados informó haberse interesado menos por las personas o cosas que antes y el 49,5% refirió una disminución en los niveles de energía. Estos autores utilizaron el inventario de Beck para depresión, registrando 56.60% de rasgos depresivos mínimos/nulos, 21.10% de leves , 15.90% de moderados y 7.60% de graves.

En el mismo sentido, Viana et al (2020) determinaron la frecuencia de depresión con el inventario de Beck durante el mes de julio del año 2020, obteniendo 349 encuestas respondidas por 277 estudiantes de Medicina, Licenciatura en Enfermería (n=65), y Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría (n= 7) evidenciándose alteración del estado de salud mental, registrando una prevalencia de 19.8 % de síntomas depresivos leves, 18.1% moderados, y 17.2% severos.

Aunque resultados similares pueden inferirse con los encontrados por Naumovich et al. (2020)

en el mes de agosto del año 2020 en una muestra integrada por 200 estudiantes de la misma Carrera, al obtener 197 respuestas de percepción de buena salud (98.5%), mientras que solo 3 personas señalaron mala salud.

Conclusiones

La determinación de frecuencias de las autopercepciones de depresión se constituye en un indicador de valor para establecer conductas previsibles en los estudiantes de ciencias de la salud. Estos estudios de determinación de frecuencias requieren el acompañamiento con diversas acciones para prever consecuencias. De tal forma, es favorable la continuidad de la formación del futuro profesional de la salud estimulando el autoconocimiento y la inteligencia emocional.

Referencias Bibliográficas

Arrivillaga Quintero, M., Cortés Garcia, C.,Goicochea Jiménez, V. L., Lozano Ortiz, T.M. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. Universitas Psychologica, 3(1),17-26.

Agudelo Vélez, D. M., Casadiegos Garzón, C. P. y Sánchez Ortíz, D. L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. International Journal of Psychological Research, 1 (1), 34-39.

Bresolin, J.Z., Dalmolin, G.L., Vasconcellos, S.J.L., Barlem, E.L.D., Andolhe, R. y Magnago, T.S.B.S. (2020). Depressive symptoms among healthcare undergraduate students. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 28:e3239.

Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., Dalexis, R. D., Goulet, M. A., & Labelle, P. R. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry research, 295, 113599. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599

Delbon M.A., Delbon A.R. y Grillo, S. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena en estudiantes universitarios y/o terciarios. Rev. Fac. Med. UNNE, vol. 40, no.3, pp. 23-36,

Goldberg D., y Williams, P. (1996). Cuestionario de salud general GHQ. España: Editorial Masson.

González Ramírez, M. T., Landero Hernández, R., García Campayo, J. (2009). Relación entre depresión, ansiedad y síntomas somáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. Rev Panam Salud Pública. 25, (2)

Guerrero López, J. B., Heinze Martin, G., Ortiz de León, S., Cortés Morelos, J., Barragán Pérez, V., Flores Ramos, M. (2013). Factores que predicen la depresión en estudiantes de medicina. Gaceta Médica de México. 149:598-604

Naumovich María de los M, Díaz JP, Ibarra SA, Dos Santos L, Almirón LM. Percepción de salud en tiempos de pandemia de estudiantes de Medicina en el segundo semestre 2020. XIV Jornadas de Comunicaciones Científicas en Ciencias de la Salud y de los Encuentros de Docentes de las Carreras de Licenciatura en Enfermería y Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. Modalidad Virtual. 05 y 06 de noviembre de 2020.

Ndutard Ngasa, S., Carlson Babila, S., Suiru Dzekem, B., Neba Nforchu, K., Tindong, M., Aroke, D., Akem Dimala, C. (2017). Prevalencia y factores asociados con la depresión entre los estudiantes de medicina en Camerún: un estudio transversal. Psiquiatría BMC. 17: 216.

Olff M., Primasari, I. Qing, Y.,Coimbra, B.M.,i Hovnanyan, A., Grace, E., Williamson, R.E., Hoeboer, C.M. & the GPS-CCC Consortium. (2021). Mental health responses to COVID-19 around the world. European Journal of Psychotraumatology, 12:1,1929754, DOI:10.1080/20008198.2021.1929754

Roggensack, M., Gamarra, L. y Almirón, L. Rasgos de depresión en personas de la provincia de Corrientes durante el aislamiento social preventivo y obligatorio. XXXI Congreso Científico Argentino de Estudiantes de Medicina (CoCAEM). 30 y 31 de octubre de 2020. Corrientes. https://issuu.com/revistacienciainsitu/docs/libro_de_resumen_xxxi_cocaem_2020

Rotenstein, L. R., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., Sen, S., Mata, D. A. (2016). Prevalencia de depresión, síntomas depresivos e ideación suicida entre estudiantes de medicina: una revisión sistemática y un metanálisis. JAMA. 316(21):2214-2236.

Salvo G, Lilian. (2014). Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. Revista médica de Chile, 142(9), 1157-1164. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000900010

Suwalska, J., Suwalska, A., Szczygie□, M., □ojko, D. (2017). Estudiantes de medicina y estigma de la depresión. Parte 2. Autoestigma. Psychiatr Pol. 51 (3): 503-513.

Tizón L. Salud emocional en tiempos de pandemia. Reflexiones urgentes. Barcelona: Editorial Herder, 2020. [Online]. Available: https://0201.nccdn.net/1_2/000/000/0c4/0ae/La-salud-emocional-en-tiempos-de-pandemia—-Jorge-Tiz—n.pdf

Viana, Lautaro N.; Gómez Morínigo, Sabrina; Ledesma, Estefanía Y.; Cremona, Nicolás E.; Almirón, Lila. "Frecuencia de ansiedad y depresión en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNNE durante el aislamiento obligatorio por Covid-19 en 2020". Congreso Virtual de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) 2020.

Zarragoitia Alonso, I. (2006). La depresión en atención primaria de salud mental. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana, 3(2).

FUNCIONES EJECUTIVAS Y METODOLOGÍA DOCENTE: UNA REVISIÓN PARA LA PRÁCTICA EDUCATIVA SITUADA

Candelaria Lestelle [A], María Celeste Castelo [B], Agostina Carbonari [C], Milagros Llanes [D], Julia Soledad Asurmendi [E]

Introducción

Si bien en este artículo se desarrollará la última instancia de una investigación, es pertinente aclarar que se basa en tres estudios previos: el primero (2013-2016), se abocó al estudio de las funciones ejecutivas en los alumnos; el segundo (2017-2019), intentó describir la metodología de enseñanza utilizada por los docentes; el tercero (2020), se basó en el estudio de las funciones ejecutivas empleadas por los docentes. Es así como, en esta ocasión, se buscará indagar la correlación entre la metodología de enseñanza (VD) y el uso de las funciones ejecutivas (VI) por parte de los docentes.

A partir de los resultados obtenidos en la primera etapa, se observó que al menos el 50% de los alumnos poseen algunas dificultades en los componentes de atención, inhibición, planificación y organización del material de estudio. En la segunda etapa, se arribó a la conclusión de que la mayoría de los docentes se desempeñan en su función desde una concepción de enseñanza tradicional. En una tercera instancia, se observó que los docentes tienen un buen uso de sus funciones ejecutivas. En consecuencia, surgió una nueva pregunta de investigación: ¿Existe algún tipo de relación entre las funciones ejecutivas y la metodología de enseñanza utilizada por los docentes de las carreras de Administración de Empresas, Administración Agraria y Abogacía de la Universidad Siglo 21 en la sede de la ciudad de Río Cuarto? (Travaglia et al, 2015; Lestelle et al, 2019; Lestelle et al, 2020).

Objetivo General

Analizar la relación entre el uso de las funciones ejecutivas y la metodología de enseñanza empleada por los docentes de las carreras de Administración de Empresas, Administración Agraria y Abogacía de la Universidad Siglo 21 en la sede de Río Cuarto.

Objetivos Específicos

- Precisar si existe algún tipo de relación entre las funciones ejecutivas y la metodología de enseñanza en los docentes universitarios.
- Establecer el grado de relación entre las funciones ejecutivas y la metodología de enseñanza en los docentes universitarios.
- Determinar si se presentan aspectos o componentes de la metodología de enseñanza que dependan de las funciones ejecutivas empleadas por los docentes universitarios.

Principales Antecedentes y Lineamientos Teóricos

Para introducir la temática abordada en este estudio se remitirá, en primer lugar, a los aportes de las Neurociencias, en relación a las funciones ejecutivas y a su rol fundamental en los procesos involucrados en la práctica docente. En segundo lugar, se señalarán contribuciones vinculadas a las modalidades de enseñanza, puntualizando en aquella de tipo tradicional, en concordancia con los resultados obtenidos en instancias anteriores de investigación.

[A] Lic. en Psicopedagogía. Universidad Siglo 21. Río Cuarto, Córdoba. Argentina. candelest@hotmail.comr
[B] Lic. en Psicología. Universidad Siglo 21. Río Cuarto, Córdoba. Argentina. cele.castelo@hotmail.com
[C] Lic. en Psicología. Universidad Siglo 21. Río Cuarto, Córdoba. Argentina. agostina.carbonari018@gmail.com
[D] Lic. en Psicología. Universidad Siglo 21. Río Cuarto, Córdoba. Argentina. milillanes@hotmail.com
[E] Médico. Universidad Siglo 21. Río Cuarto, Córdoba. Argentina. juliasurm@yahoo.com.ar

En la actualidad, las Neurociencias han hecho aportes fundamentales a través de su carácter interdisciplinario y, tal como sostienen Manes y Niro (2014), en ella confluyen neurólogos, psicólogos, psiquiatras, filósofos, lingüistas, biólogos, ingenieros, físicos y matemáticos.

Específicamente, la Neuropsicología ha contribuido en la explicación de muchas alteraciones o disfunciones que tienen su base en el cerebro e involucran comportamientos que no se pueden analizar sólo desde lo emocional y/o ambiental. Asimismo, esta disciplina ha desarrollado toda una conceptualización en torno a las funciones ejecutivas o habilidades cognoscitivas.

El funcionamiento ejecutivo ha sido estudiado y definido por diferentes autores a lo largo del tiempo (Soprano, 2009; Rains, 2004; León-Carrión y Barroso, 1997; Willis y Mateer, 1992; Welsh et al, 1991; Stuss y Benson, 1984; Luria, 1979).

En este sentido, Pineda las define como un conjunto de habilidades cognoscitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, el diseño de planes y programas, el inicio de actividades y operaciones mentales, la autorregulación y monitorización de las tareas, la selección precisa de los comportamientos y conductas, la flexibilidad en el trabajo cognoscitivo y su organización en el tiempo y espacio (Barceló Martínez et al, 2011).

En esta misma línea, Sholberg y Mateer, en Climent-Martínez et al (2014), consideran que las funciones ejecutivas comprenden una serie de procesos cognitivos entre los que predominan la anticipación, la elección de objetivos, la planificación, la selección de la conducta, la autorregulación, el autocontrol y el uso de realimentación.

En relación a lo expresado anteriormente, los estudios más recientes se inclinan por un modelo múltiple, en el que las funciones ejecutivas constituirían la suma de todos los subprocesos requeridos en un determinado momento para una tarea específica. Los componentes de las funciones ejecutivas son estudiados por diversos autores, entre ellos Bausela Herrera, en Travaglia et al (2015), quien distingue: Inhibición, planificación, flexibilidad, monitorización, procesos autoregulatorios, y memoria de trabajo.

Respecto a las metodologías de enseñanza, Alcoba González (2012) señala que las mismas constituyen un conjunto de técnicas y actividades que un docente utiliza con el fin de lograr uno o varios objetivos educativos. De este modo, existiría una íntima relación entre el método y las finalidades educativas correspondientes a sus diversos niveles de concreción. En este sentido, no existe una única metodología de enseñanza, sino que las mismas se distinguen unas de otras en diferentes aspectos fundamentales, tales como: concepción del conocimiento, concepción del aprendizaje, concepción de la enseñanza y papel del profesor, metodología docente, materiales de aprendizaje, metodología de evaluación, y uso de la tutoría.

Dentro de este marco, se pueden diferenciar dos modelos principales (Gargallo, Suárez, Gargella y Fernández, 2011):

- *Modelo centrado en la enseñanza / tradicional / centrado en el profesor / transmisor de información:* Se entiende al conocimiento como algo construido externamente. El aprendizaje se concibe como una adquisición o incremento de conocimientos. Se caracteriza por una dinámica en la cual el docente es el único poseedor del saber y los estudiantes deben reproducir de manera fiel los contenidos impartidos por el mismo, sin tener en cuenta el componente emocional, los conocimientos previos, los intereses o los factores ambientales. Se utiliza como método básico la lección magistral y la exposición del profesor. Los materiales de estudio son preferentemente los apuntes del profesor y/o un libro de texto. El método de evaluación es el examen, orientado a que los alumnos repitan lo aprendido. La tutoría se entiende como un periodo temporal en que el profesor está atendiendo a los alumnos que desean hacer uso de sus servicios.
- *Modelo centrado en el aprendizaje / constructivista / centrado en el alumno / facilitador del aprendizaje:* El conocimiento se interpreta como una construcción social y negociada. El aprendizaje se contempla como un proceso de construcción personal y compartida con otros. La enseñanza se concibe como un proceso interactivo. El papel del profesor es el de facili-

tador del aprendizaje, buscando la motivación e implicación del estudiante para potenciar la comprensión, fomentar su autonomía y mejorar su competencia para aprender a aprender. Se hace uso de diversos métodos y materiales en función de los objetivos y del contexto. La metodología de evaluación tiene un enfoque formativo, promoviendo la reelaboración y aplicación de lo aprendido. El feed-back se considera sustancial y se ofrece al estudiante para que aprenda a autoevaluar su progreso. La tutoría se usa de modo activo y sistemático para asesorar a los estudiantes.

Los aportes citados anteriormente, permiten un acercamiento a distintos precedentes en relación a las temáticas mencionadas. Los mismos, incluyen diferentes conceptos teóricos que se encuentran en íntima relación con la problemática que se aborda en esta investigación, lo cual demuestra ser de utilidad para este estudio. En consecuencia, en el apartado referente a la discusión, se utilizarán con la finalidad de referir aproximaciones sobre el rol docente desde una perspectiva de convergencia entre dichos aspectos.

Metodología

Diseño de Investigación

Esta investigación es correlacional de tipo transversal. Los estudios correlacionales tienen como finalidad medir el grado de asociación y/o relación entre dos variables o categorías. Las investigaciones transversales permiten obtener un panorama del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos o indicadores, en un momento determinado (Hernández Sampieri et al, 2010).

Participantes

La población estuvo integrada por todos los docentes de las carreras de Licenciatura en Administración de Empresas, Licenciatura en Administración Agraria y Abogacía, que ejercen sus funciones educativas en la Universidad Siglo 21, con sede en la ciudad de Río Cuarto. La muestra, fue un subconjunto de dicha población, la cual estuvo constituida por 34 docentes. La misma, fue seleccionada a través de un tipo de muestreo no probabilístico accidental, ya que formaron parte de la muestra aquellos sujetos que respondieron a la encuesta en el periodo establecido en el que se llevó a cabo la recolección de datos. La investigación se implementó siguiendo las pautas éticas de consentimiento informado y anonimato, en el marco de Comités de Éticas Nacionales.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para evaluar las funciones ejecutivas de dicha muestra, se utilizó un cuestionario de tipo autoadministrable. El instrumento seleccionado, para los propósitos de este estudio, fue el "Índice de Funciones Ejecutivas de Jordán", el cual evalúa atención, inhibición y organización. Este último, es una adaptación realizada para adultos, a través de una valoración inter-jueces en el año 2015 del cuestionario original "Índice de Funciones Ejecutivas para Niños de Jordán" (Travaglia et al, 2015).

Para conocer la Metodología Docente, se empleó el cuestionario "CEMEDEPU" (Cuestionario para la Evaluación de la Metodología Docente y Evaluativa de los Profesores Universitarios). El mismo, fue elaborado por Gargallo, Suárez, Gargella y Fernández (2011), encontrándose conformado por una escala dirigida a docentes universitarios, organizado, a su vez, en tres subescalas: Modelo Centrado en la Enseñanza, Modelo Centrado en el Aprendizaje y Habilidades Docentes. Se compone de 48 ítems, cuyas opciones de respuesta oscilan entre 1 y 5, siendo 1 "muy en desacuerdo" y 5 "muy de acuerdo" (Travaglia et al, 2018). La construcción de este instrumento, ha sido elaborada a partir del modelo centrado en la enseñanza y en el aprendizaje, así como en la concreción de las habilidades docentes del profesor universitario que se considera competente.

Procedimiento

Para realizar el análisis de los datos obtenidos, se utilizó la prueba de Correlación de Chi-Cuadrado (X^2) de Pearson con el Software SPSS v.25. La misma, se encuentra dentro de las pruebas pertenecientes a la estadística descriptiva, específicamente en el estudio de dos variables. Esta prueba, es una de las más conocidas y utilizadas para analizar variables nominales o cualitativas,

es decir, para determinar la existencia o no de independencia entre dos variables (Tinoco Gómez, 2008).

Resultados

A modo de complementar con los resultados de las investigaciones anteriores y con el objetivo de comprobar si algunas variables que contemplan los instrumentos de recolección de datos del presente trabajo están o no relacionadas, se seleccionaron dichas variables bajo un criterio de relevancia acorde a los objetivos de la investigación y se analizaron mediante la prueba de Correlación Chi-Cuadrado (X^2). De esta manera, se planteó una hipótesis nula (H□) (VI) y otra alternativa (H□) (VD) para cada uno de los cuatro cálculos realizados. Se llevó a cabo con una confianza del 95% (.05), por lo tanto, el valor que determinará la región de aceptación va a depender del X^2 correspondiente a cada cálculo X^2.

Es relevante destacar, como se señaló con anterioridad, que se tomó una variable del cuestionario utilizado para analizar las Funciones Ejecutivas (VI) y otra del cuestionario empleado para describir la Metodología Docente (VD) y, posteriormente, se realizaron dos hipótesis:

- (H□): Es la hipótesis nula, la hipótesis de base, es decir, que ambas variables son independientes la una con la otra.
- (H□): Es la hipótesis alternativa que genera el equipo de investigación con la Prueba de Chi-Cuadrado, buscando comprobar así la correlación, es decir, que están relacionadas e influyen entre sí. Se puede afirmar con un 95% de confianza que ambas variables no son independientes entre sí, sino dependientes.

A continuación, se presentarán los cálculos realizados:

- *Cálculo 1: "Adopto una metodología de enseñanza variada y complementaria que adapto a las características del grupo de alumnos"* vs. "*Ignora lo que ocurre a su alrededor para seguir haciendo las tareas planificadas".* Los resultados obtenidos del entrecruzamiento de las variables expresan un valor crítico (□vc) de 2.73, con 2° de libertad (□) y por lo tanto una relación $X^2 = 4.60$ correspondiente a la tabla de distribución Chi-Cuadrado. Al ser el □vc un valor mayor al observado en estándar, no se puede rechazar la H□ (□2 (2, N = 34) = 4.6, p < 0,05).
- *Cálculo 2:* "*Escucha los aportes de los alumnos sin distraerse"* vs. "*Dispongo mi clase como un entorno de aprendizaje que moviliza el aprendizaje activo del alumno".* El presente cálculo bivariado expresa un □vc de 27.33, acompañado de un □ = 4, siendo la relación correspondida $X^2 = 7.78$. Presentando así evidencia suficiente como para rechazar la H□ y poder afirmar que las variables no son independientes, sino que están relacionados entre sí (□2 (4, N = 34) = 7.78, p < 0,05).
- *Cálculo 3:* "*Piensa en las consecuencias antes de actuar"* vs. "*Tengo en cuenta los resultados de la evaluación para modificar mi planificación, metodología y actividad docente a corto o medio plazo".* Como indican los resultados, se expresa que □vc = 2.38, con un □ = 4 y una correspondencia de $X^2 = 7.78$, la H□ se acepta, ya que el valor calculado está contenido en la región de aceptación. Por lo tanto, ambas variables son independientes (□2 (4, N = 34) = 7.78, p < 0,05).
- *Cálculo 4:* "*Me intereso por los estudiantes como personas"* vs. *"Prioriza necesidades y el bienestar del otro ante sus propios deseos".* El presente cálculo bivariado expresa un □vc de 24.2, acompañado de un □ = 4, siendo la relación correspondida $X^2 = 7.86$. Con estos datos se rechaza la H□, considerando a las variables independientes entre sí, estas guardan una correlación significativa (□2 (4, N = 34) = 7.86, p < 0,05).

Asimismo, para cada cálculo se obtuvo un V Cramer de 0.67, lo que indica una influencia significativa entre las variables estudiadas que rechacen la H□.

Discusión

Tras describir y analizar los diferentes resultados obtenidos, se procede a realizar una discusión que sirva para consolidar lo obtenido, al tiempo que suponga una línea para nuevas investigacio-

nes. En el análisis de dichos resultados, por un lado, se observó que existe una relación entre la capacidad de escucha atenta del docente y la elección de una modalidad de enseñanza centrada en el papel protagónico del alumno, tomando en cuenta su entorno activo de aprendizaje. Por otro lado, se visualizó que la flexibilización del docente en cuanto a su rol, se encuentra vinculada con un modo de enseñanza en el cual se prioriza el bienestar del alumno y sus necesidades subjetivas.

Al desempeñarse dentro de la institución educativa, el docente debe responder de manera activa a la información que recibe de la situación áulica, creando intenciones, planes y programas de sus acciones. Asimismo, es necesario que inspeccione su ejecución, a fines de regular su conducta para que la misma se encuentre en concordancia con dicha estrategia. Finalmente, verifica su actividad consciente, comparando los efectos de sus acciones con las intenciones originales, corrigiendo posibles errores (Luria, 1979).

En base a lo expuesto, se vuelve evidente la importancia de un buen uso de estas funciones ejecutivas, ya que son las que permiten modificar el entorno y, por lo tanto, mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Conclusiones

El contexto global actual interpela constantemente al sistema educativo en todas sus dimensiones, influyendo particularmente en las prácticas docentes. Lo vertiginoso de estos cambios implica la puesta en marcha de un proceso de revisión permanente de las metodologías de enseñanza. Para dicho fin, es necesario que el docente se implique de manera activa en la potenciación de sus funciones cognitivas, las cuales le permitirían ejecutar novedosos modos de enseñanza que se distingan de los tradicionales que plantean una mera reproducción de conocimiento.

A modo de síntesis, se propone un modelo flexible, que contemple las situaciones particulares que se viven puertas adentro en cada espacio áulico. El mismo, se orienta al desarrollo de un pensamiento crítico, que permita que el alumno reflexione y logre incorporarse en el proceso de transformación social a partir del encuentro con el otro.

Referencias Bibliográficas

Alcoba González, J. (2012). La clasificación de los métodos de enseñanza en educación superior. Contextos Educativos. Vol. 15, 93-106. Recuperado de: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/657-624-1-PB.pdf

Barceló Martínez, E., Lewis Harb, S. y Moreno Torres, M. (2011). Funciones Ejecutivas en Estudiantes Universitarios que presentan bajo y alto rendimiento académico. Revista Nº 18. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte.

Climent- Martinez, G., Luna- Lario, P., Bombín- González, I., Cifuentes- Rodriguez, A., Tirapu- Ustárroz, J. y Díaz- Orueta, U. (2014). Evaluación Neuropsicológica de las funciones ejecutivas mediante realidade virtual. Revista Neurológica Nº 58. Recuperado de: https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2014/06/Evaluacion-Funciones-Ejecutivas-A-Trav%C3%83%C2%A9s-de-Realidad-Virtual.pdf

Gargallo López, B., Suárez Rodríguez, J., Garfella, P., Fernández y March, A. (2011). El cuestionario CEMEDEPU. Un instrumento para la evaluación de la metodología docente y evaluativa de los profesores universitarios. Estudios Sobre Educación. Vol. 21, pp. 9-40.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (2010). Metodología de la investigación. Recuperado de:https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

León-Carrión, J. y Barroso, J. M. (1997). Neuropsicología del pensamiento. Control ejecutivo y lóbulo frontal. Kronos: Sevilla.

Lestelle, C., Carbonari, A., Castelo, M. C., Herrera Galíndez, J. E. y Llanes, M. (2020). ¿Cómo emplean las Funciones Ejecutivas los Docentes Universitarios?. En A. Trimboli (Comp.). Salud Pública y Salud Mental, pp. 443□446.

Lestelle, C., Herrera Galíndez, J. E., Castelo, M. C. y Llanes, M. (2019). El Uso de las Funciones Ejecutivas en los Docentes Universitarios. En A. Trimboli (Comp.). Abordajes Inclusivos en Salud Mental (Clínica, Comunidad y Derechos), pp. 291□293.

Luria, A. R. (1979). El cerebro en acción. 2ª ed., Barcelona: Fontanella.

Manes, F. y Niro, M. (2014). Usar el cerebro, conocer nuestra mente para vivir mejor. Buenos Aires: Editorial Planeta.

Rains, D. (2004). Principios de Neuropsicología Humana. México. Ed. McGraw-Hill.

Soprano, M. (2009). Cómo Evaluar la Atención y las Funciones Ejecutivas en Niños y Adolescentes. Bs. As. Ed. Paidós.

Stuss, K. H. y Benson, D. F. (1984). Neuropsychological studies of the frontal lobes. Psychological Bulletin. Revista Nº 95. (pp. 3-28).

Tinoco Gómez, O. (2008). Una aplicación de la prueba chi cuadrado con SPSS. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/816/81611211011.pdf

Travaglia, P., Lestelle, C., Alaminos, C., Cervella, S. y Castelo, M. C. (2018). La Neuropsicoeducación en la formación docente. Universidad Siglo 21: Argentina. En la revista "Memorias", presentada por la Universidad Nacional de Córdoba.

Travaglia, P., Lestelle, C., Rigo, D., Alaminos, C., Meneghello, A., Lorenzoni, M. J., Cervella, S. y Castelo, M. C. (2015). Explo-

ración de Funciones Cognitivas en Estudiantes Universitarios. En A. Trimboli (Comp.). Lecturas de la Memoria (Ciencia, Clínica y Política), pp. 307□309.
Welsh, H. H., Lind, A. J. y Waters, D. L. (1991). Monitoring Frogs and Toads on Region 5 National Forests. As FHR Currents 4. US Forest Service, Region 5. Eureka, CA. (pp. 12).
Willis, D. y Mateer, C. (1992). Development al impact of frontal lobe injury in kiddle childhood. Special issue: the role of frontal lobe in maturation in cognitive and social development. Brain and Cognition, 20 (1). (pp. 196-204).

CON LOS OTROS ME MUEVO. PROYECTO PARA EL FORTALECIMIENTO SOCIOEMOCIONAL DE ADOLESCENTES

Micaela Paola Müller [A]

La globalización y el rápido avance de las tecnologías de la comunicación generan la ilusión de cercanía, conectividad y facilidad de relación. Sin embargo, en los contextos educativos, encontramos un gran número de niños, niñas y adolescentes que no logran vincularse de modo significativo con sus pares. Para abordar adecuadamente estas situaciones es necesario atender especialmente a la vertiente social del problema y realizar acciones tendientes al desarrollo real de los grupos de estudiantes como sistemas complejos. Los Modelos Sistémicos brindan la mirada necesaria para dicho abordaje, entendiendo que las problemáticas humanas no son puramente individuales, sino que se gestan en la forma de vinculación entre la persona y su medio (Watzlawick, 1992).

En el presente trabajo se presenta una experiencia realizada en un Colegio secundario en Salta. La propuesta consiste en una serie de talleres grupales, apuntando a dos propósitos. En primer lugar, que cada estudiante pueda movilizar recursos internos que le permitan reconocer sus estados de ánimo, los modos de expresarlos, y mejorar su capacidad de autorregulación (inteligencia intrapersonal). En segundo lugar, el desarrollo de la capacidad humana de "conmoverse". Conmoverse es "moverse-con" otros, reconocerlo como un igual en dignidad y derechos, diferente en sus emociones, pensamientos y conductas. Es la capacidad de tomar contacto con lo que le pasa a la otra persona, permitiendo que sus historias resuenen en mí y movilicen mis propias historias. Hace posible el respeto, la consideración, el apoyo y la construcción de vínculos humanos (inteligencia interpersonal).

Los talleres constan de tres momentos transversales: 1. Psicoeducativo, para la reflexión acerca de las dimensiones del ser humano, especialmente afectiva y social, 2. Dinámico, con técnicas grupales vivenciales, 3. Reflexivo, de introspección y cierre. Los objetivos que guiaron los espacios son los siguientes:

Objetivo general: Fortalecer las capacidades de interacción social, logrando la construcción de vínculos significativos con los pares.

Objetivos específicos

- Reflexionar acerca de las dimensiones afectiva y social del ser humano, favoreciendo el autoconocimiento y el reconocimiento del otro.
- Ensayar diferentes formas de relación con los pares, desarrollando nuevas estrategias de vinculación.
- Conocer las propias formas de sentir, pensar y relacionarse, flexibilizando activa y creativamente la actitud social.

[A] Lic. y Prof. en Psicología. Colegio José Manuel Estrada. Salta, Salta. Argentina. micaelapaola.muller@gmail.com

Los talleres fueron pensados para el nivel secundario, en tres encuentros con cada curso. Cada uno trabajó un eje distinto de la esfera socioemocional, con objetivos particulares orientados a los previamente señalados. Se titularon:

1. ¿Qué digo cuando hablo?: La comunicación humana.
2. ¿Cómo construimos amistad?: Los grupos humanos.
3. ¿Dónde veo la diferencia?: Los prejuicios.

A continuación se detalla la estructura de cada taller: sus objetivos y lo trabajado en en los momentos psicoeducativo, dinámico y reflexivo.

1. ¿Qué digo cuando hablo?: La comunicación humana

Objetivos:

- Comprender la dinámica de la comunicación humana como base de las relaciones interpersonales.
- Reflexionar acerca de las pautas predominantes de comunicación con los pares y personas significativas.
- Desarrollar autonomía y responsabilidad en la comunicación cotidiana.

La comunicación humana es un proceso circular y complejo de intercambio de información entre personas. Watzlawick (1985) desarrolló cinco axiomas de la comunicación: es imposible no comunicar; la comunicación tiene dos niveles: de contenido y de relación; puntúa la secuencia de hechos; es digital y analógica; puede ser simétrica o complementaria.

Dos elementos son claves en la manera cómo nos comunicamos: 1. la actitud que tenemos frente a la otra persona (relación), 2. la percepción que construimos de aquello que estamos comunicando (contenido). Al conocer nuestras actitudes y percepciones y aprender a moderarlas, podemos mejorar de manera significativa la forma de relacionarnos con los demás, haciéndolo de manera más consciente y reflexiva.

Luego del momento psicoeducativo tiene lugar la dinámica grupal "Inter-red": sentados en ronda cada uno identifica a compañeros con los que menos se relaciona. Utilizando un obillo de lana, se van presentando pasando el obillo a una de las personas con quienes menos se relacionan, pasando así el turno para hablar. Cuando todos están conectados por la red, se la va desarmando devolviendo el obillo a la persona que se lo lanzó diciendole algo positivo.

El momento reflexivo consiste en una meditación guiada para la toma de contacto con las emociones que sintieron durante el taller, cómo se comunican con los demás y las relaciones que estructuran.

2. ¿Cómo construimos amistad?: Los grupos humanos

Objetivos:

- Comprender cómo se componen los grupos humanos.
- Reflexionar acerca de cómo componen sus grupos de pares, qué roles desempeñan y cuáles asignan a los demás.
- Desarrollar la integración grupal.

Los grupos humanos son conjuntos de personas en los cuales los miembros co-construyen un vínculo basado en objetivos comunes. Se genera una red de relaciones sustentadas por pautas particulares de comunicación. Los grupos son sistemas complejos: un cambio en un aspecto genera cambios en la totalidad del sistema (Bertalanffy, 1993). Para subsistir deben sostener la estabilidad, adaptándose continuamente: mantieniendo cierta homogeneidad que permite que los miembros continúen unidos. Hay también una cuota de heterogeneidad aportada por cada individuo y sus particularidades.

Los grupos pueden ser operativos o afectivos según sus objetivos. Los grupos operativos se constituyen por objetivos específicos explícitos, cuando estos se cumplen el grupo se disuelve. En los grupos afectivos el objetivo es el bienestar y la sensación de seguridad de los miembros; la agrupación se da espontáneamente por características afines (conscientes o no); suelen perdurar

en el tiempo, ya que las necesidades de seguridad y bienestar son permanentes. Un grupo que comenzó siendo operativo puede transformarse en afectivo.

Los grupos afectivos se constituyen por diferenciación y exclusión: diferenciándose de otros grupos y dejando fuera de su estructura a personas que no son consideras miembros. Todos los grupos se comunican con su contexto en mayor o menor medida. Es deseable que el grupo sea capaz de mantener su identidad sosteniendo un grado de comunicación razonable con su entorno (otros grupos e individuos) (Minuchin, 2009).

Los miembros cumplen roles y funciones. Los roles más distintivos son el de líder y el de chivo emisario. El líder es aquel que cumple funciones de coordinación, orienta a los miembros en pos de los objetivos. El chivo emisario es elegido de forma inconsciente por los miembros, para descargar en él las emociones negativas que surgen en el grupo. Cuanto mejor es la comunicación, se generan menos emociones no reconocidas: las interacciones y dinámicas son más funcionales y las relaciones más saludables. (Serebrinsky, 2014)

Luego del momento psicoeducativo se llevan a cabo dos dinámicas:

- "Balsa": Se les entrega dos elásticos a dos estudiantes, deben "piyar" a sus compañeros/as dentro de él, gana el equipo que más gente tenga.
- "Había una vez": Se dividen grupos de cinco personas al azar. Cada integrante piensa un personaje que lo represente. Cada grupo escribe una historia que incluya a todos los personajes. Se ponen las histrias en común.

En el moemento reflexivo se explora cómo se sintiron durante la actividad y con la producción final, se consideran los roles de los personajes y si tienen algún correlato con los roles que asumen en sus grupos.

3. ¿Dónde veo la diferencia?: Los prejuicios

Objetivos:

- Comprender que las personas son seres complejos y que la impresión que nos formamos de ellas no las abarca en su totalidad.
- Reflexionar acerca de las diferencias y similitudes que tienen con sus compañeras/os.
- Desarrollar la empatía como capacidad para conmoverse, el autorrespeto y el respeto por los demás.

La realidad externa es captada por nuestros sentidos, codificada, significada, a ella se asocian emociones y se construye una percepción. La "ceguera cognitiva" (Foerster, 1994) es un punto ciego en la posibilidad del conocimiento. Cuando se construye la percepción rellenamos los espacios vacíos con lo que imaginamos que cuadra según la idea que nos estamos formando. Todo este proceso se da de manera inconsciente. Foerster agrega que hay una doble ceguera cognitiva, no sólo hay aspectos que no vemos, sino que tampoco vemos que no vemos. Desconocemos que existe un blanco en nuestra cognisción y damos a nuestras percepciones, recortadas y distorsionadas, el estatus de "realidad". A través del lenguaje, como modo de significar el mundo, reforzamos y profundizamos las ideas que tenemos de él, intensificando el sesgo.

Los seres humanos son seres complejos, su personalidad está compuesta por múltiples facetas que pueden aparecer como contradictorias. Esos rasgos son calificados como positivos o negativos desde una perspectiva cultural. Es decir que además de recortar las cualidades de la otra persona, las connotamos positiva o negativamente. El concepto que nos formamos acerca de los demás es subjetivo y limitado, es un preconcepto. Así, lo que pienso y digo del otro habla más de mí que del otro. Encasillar a las personas y los grupos através de la asignación de ciertos calificativos, no hace más que denotar nuestros propios sesgos, nuestras inseguridades y nuestros miedos. Es una forma de marcarnos diferentes de los demás que, por algún motivo, juzgamos como inadecuados: "si 'ellos', que son de esta manera, están mal y yo soy diferente, entonces yo estoy bien". Es ésta la base sobre la que se funda la discriminación. Paulo Freire (2014) afirma que la práctica preconceptuosa ofende la subjetividad y niega la democracia. Se constituye en un acto violento desconociendo que cada persona es única, irrepetible y digna.

La violencia implica considerar al otro como un extraño, un enemigo, al que es necesario imponerse por la fuerza, fundando una relación asimétrica (Ceberio y Serebrinsky, 2011). Como las relaciones interpersonales son circulares, esto produce consecuencias en la otra persona y en uno mismo. En una situación de violencia ninguna de las partes resulta ilesa, aunque no lo perciban. Convertir la violencia en un patrón relacional estable produce un grave deterioro en ambos miembros del circuito.

Cómo concebimos la realidad externa es un espejo de nuestra realidad interna. En la medida en que se fortalezca la autoestima, el autorrespeto y la autonomía, se desarrollará de forma paralela el amor, la aceptación de los demás y la cultura de la paz.

El respeto y el amor a la diferencia se convierten en factores protectores de la superación humana. Darle la oportunidad a cada ser humano de descubrirse único e irrepetible en su diferencia se convierte en la clave de la aceptación personal y social." (Ceberio y Serebrinsky, 2011, p. 139)

Luego del momento psicoeducativo se realizan dos dinámicas:

- "Paracaídas": Entre todos sostienen una tela por los bordes. Se van haciendo enunciaciones, los que se sienten identificados deben pasar por debajo de la tela y cambiar de lugar.
- "Desmarcando": Se dividen grupos de cinco al azar. Se les pide que reflexionen acerca de las similitudes y las diferencias que perciben entre sí, si alguna vez se sintieron juzgados y si creen alguna vez juzgaron a alguien. Cada uno piensa qué "marcas" le pusieron (que quiera compartir con el curso). Las escribe en un papel y se las pega con cinta adhesiva. Forman una ronda entre todos y se miran. Si ven a alguien que tiene una etiqueta que creen que no le corresponde, atraviesan la ronda y se la quitan.

Cuando todas las etiquetas hayan sido quitadas, se sientan donde están y comienza el momento reflexivo: una meditación guiada sobre la experiencia.

Conclusiones

La mirada sistémica permite el abordaje a través de intervenciones a nivel individual y social. La psicoeducación se utiliza como herramienta para el fortalecimiento de recursos, la dinámica como modalidad de intervención a nivel psico-social y la reflexión como internalización de las competencias trabajadas y cierre de la experiencia. Los tres momentos permiten que las vivencias sean registradas a través del pensar, el sentir y el actuar, teniendo así mayor significatividad para los participantes.

Las escuelas tienen la misión de formar a los/as estudiantes de manera integral, esto las convierte en espacios propicios para el fortalecimento de las inteligencias intra e interpersonal. Sumado a esto, los espacios educativos son microcomunidades, donde las nuevas generaciones aprenden formas de participar en la sociedad, por ello es relevante la promoción de herramientas que permitan formar ciudadanas/os empáticos, con capacidad de aceptar a los demás, gestionar

Bibliografía

- Ceberio M. Serebrinsky H. (2011) Dentro y fuera de la caja negra. Desarrollos del modelo sistémico en psicoterapia. Psicolibro ediciones: Buenos Aires.
- Freire P. (2014) Pedagogia da autonomia. Saberes necessários á prática educativa. 49a edición. Paz y terra: Sao Paulo.
- Minuchin S. (2009) Familia y terapia familiar. Gedisa: Buenos Aires.
- Serebrinsky H. (2014) Un viaje circular. De la psicología social pichoniana a la teoría sistémica. Psicolibro ediciones: Buenos Aires.
- Von Bertalanffy L. (1993) Teoría general de los sistemas. Fondo de cultura económica.
- Von Foerster H. (1994) Visión y conocimiento: disfunciones de segundo orden. DF Schnitman (comp.) Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad.
- Watzlawick et al. (1985) Teoría de la comunicación humana. Interacción, patologías y paradojas. Editorial Herder: Barcelona.

RELACIONES INTERPERSONALES EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID 19

Graciela Baldi López [A], Mariela Lucero [B], Sonia Tifner [C],
Emilse Morales Lucero [D], Cristian Ulagnero [E]

Fundamentación

El presente trabajo se enmarca dentro del Proyecto de Investigación PROICO N° 12-0520 "Construcción de las relaciones interpersonales en el contexto sociocultural actual", de la Universidad Nacional de San Luis.

La complejidad de la pandemia por COVID 19 ha llevado a modificar no sólo el cuidado personal sino también el comportamiento social de las personas, tales como contactos, convivencias y acciones. El medio virtual se utilizó intensamente en la comunicación personal y profesional y las personas utilizaron nuevas estrategias, reinventándose a diario (Degrande Moreira y Ferreira Furegato, 2021).

En una investigación sobre pandemia y rearticulación de las relaciones sociales, Fontana (2020) indagó sobre el modo en que las relaciones sociales se estaban rearticulando a raíz de las medidas de excepción, distanciamiento, inmovilidad y confinamiento social. El estudio dio cuenta de que el encierro físico no ha supuesto el encierro social y las vinculaciones personales han aumentado gracias al uso de las tecnologías, especialmente en personas de entre 25 y 40 años. El mantenimiento de estos lazos está siendo fundamental para seguir con cierto grado de estabilidad personal, pues gran parte de las personas encuestadas y entrevistadas enfatiza la falta de contacto y cariño como una de las mayores causas de su malestar emocional.

Tala y Vázquez (2020) plantean que entre las múltiples recomendaciones que han realizado los distintos organismos internacionales, entre ellos la OMS, en el contexto de pandemia, una de las más importantes es mantenerse en contacto con otros. El compartir con individuos que están en condiciones similares, puede tener un efecto reductor de la ansiedad, como fuente de amortiguamiento ante las tensiones que impone dicho contexto.

Conocer la red de vínculos en tiempos de COVID-19, implica saber cómo se modificaron y adaptaron los contactos personales para resolver los problemas diarios de abastecimiento, socialización, atención médica. Así como los contactos alternativos que reconfiguran de modo dinámico las redes personales y los contextos para el acceso a diferentes tipos de recursos, desde que se inició la pandemia (Teves, Späth, Cueto y Brichetti, 2021).

Objetivo

Indagar la percepción de las relaciones interpersonales durante los primeros meses de confinamiento en un grupo de argentinos/as.

[A] *Dra. en Psicología Docente e Investigadora de la UNSL. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. gbaldilopez@gmail.com*
[B] *Psicóloga. Docente Universitaria. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. mariecrisluc96@gmail.com*
[C] *Doctora y Mg en Psicología. Docente Universitaria. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. soniatifner@gmail.com*
[D] *Psicóloga. Docente Universitaria. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. mariecrisluc96@gmail.com*
[E] *Lic. en Psicología. Docente Universitario. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. cristian.ulagnero@gmail.com*

Metodología

Diseño: es una investigación empírica con metodología cuantitativa, transversal de tipo exploratorio-descriptivo-correlacional de poblaciones mediante encuestas.

Muestra: no probabilística, de tipo accidental y estuvo conformada por 400 sujetos, con edades entre los 18 y 77 años (M= 39,36; DS= 13,058)

Instrumento: Se aplicó un Cuestionario Ad Hoc, mediante formulario de Google, que incluyó preguntas acerca de las relaciones de amistad y de convivencia durante el confinamiento, actividades a realizar luego de este, etc.

Procedimiento: el cuestionario fue distribuido por redes sociales durante los meses de mayo y junio del 2020. Se tuvieron en cuenta las temáticas éticas que rigen las prácticas de investigación.

Análisis de los datos: Los datos se trabajaron con un software estadístico computarizado. Se realizó análisis de medias, desviación estándar, frecuencia, porcentaje de los atributos, Prueba de Chi Cuadrado y r de Pearson.

Resultados

El análisis de los datos mostró que el 59% de la muestra estaba pasando el confinamiento con la nuclear (pareja e hijos), el 24,8% con los padres y hermanos/as, el 7,8% estaban solos y el 8,4% restante estaban con mascotas, amigos/as u otras personas. El 40,3% evaluó la convivencia como muy buena y el 31% como buena, el 18,2% como regular o con altibajos, mientras que el 10,5% no respondió. Además, el 53,8% manifestó estar contenido por la familia, el 14,8% por amigos/as, el 5,5% por profesionales de la salud mental, el 6,4% por mascotas, sacerdotes, pastor, etc., mientras que el 19,5% no respondió. El 66,8% de los encuestados volvería a atravesar el confinamiento con las mismas personas con las que estaba, mientras que el 14,5% lo haría con otros familiares (padres, hermanos, nietos), el 7,5% con la pareja, el 7,2% quisiera estar solo y el 4% con amigos. También, el 63% informó que al terminar el confinamiento iría a visitar a la familia y amigos, mientras que el 37% restante se distribuyó en viajar, buscar trabajo, atender la salud y realizar actividades de esparcimiento. Por último, el 57,3% volvió a contactarse con amigos que no veía con frecuencia y el 76,8% señaló que la forma de relacionarse cambiará debido a la pandemia, manifestando cambios relacionados con la valoración y disfrute de los vínculos, nuevas formas de relacionarse y temor al contacto, entre otras.

En cuanto a la edad, ésta correlacionó positivamente, con un efecto moderado, con el nivel de calificación de la convivencia (r= ,32; p < ,01); las personas de más de 70 años evaluaron su convivencia como *muy buena* en el 80 % de los casos (y como *buena* en el 20 % restante), mientras que esa calificación pierde predominancia a medida que la edad decrece, llegando a un 23,7 % en menores de 30 años. La calificación más baja (*regular*) se presenta mayormente en los menores de 30 años (10,8 % de los casos), sin presencia alguna en quienes tienen entre 51 y 60 años, ni en quienes tienen más de 71 años.

La existencia de contención se asoció con la edad con un efecto pequeño (v= ,18) y un patrón irregular. Se caracterizaron por la ausencia de la misma los extremos mayores de 70 años (presentando la mayor diferencia) y menores de 30 años, así como también los grupos intermedios de entre 40 y 60 años (tabla 1).

Se observó un efecto pequeño respecto de la edad en cuanto a retomar contacto con familiares (v: ,17); lo hicieron predominantemente los mayores de 50 años y los menores de 30 años. Además, los cambios en la relación familiar conviviente se evidenció asociado con los grupos de menor edad, con efecto pequeño (v: ,19) tuvo predominancia hasta los 60 años (tabla1).

Tabla 1.
Grupos etarios y su relación con aspectos y efectos de la convivencia en cuarentena (N=400)

Edad		18-30	**31-40**	**41-50**	**51-60**	**61-70**	**> 70**	**Total**
Contención	**Sí**	79,0%	**90,2%**	78,3%	73,9%	**84,0%**	50%	81,3%
Chi2: 12,4; p: ,03; V: .18	**No**	**21,0%**	9,8%	**21,7%**	**26,1%**	16,0%	**50%**	18,8%
Contacto retomado	**Sí**	**47,6%**	40,2%	38,7%	**65,2%**	**56,0%**	**50%**	45,8%
Chi2: 11,8; p: ,04; V: .17	**No**	52,4%	**59,8%**	**61,3%**	34,8%	44,0%	50%	54,3%
Cambios en la relación familiar	**Sí**	**60,6%**	**57,4%**	**57,4%**	**59,1%**	18,2%	40%	56,0 %
Chi2: 14,5; p: ,01; V: .19	**No**	39,4%	42,6%	42,6%	40,9%	**81,8%**	**60%**	44,0 %

Notas: p: valor de significación; V: coeficiente de contingencia de Cramer; en negrita se esaltan las frecuencias observadas superiores a lo esperado

Discusión y Conclusión

A partir de los datos obtenidos, se observa que, en los primeros meses del confinamiento, la mayoría de los encuestados se encontraba conviviendo con familiares, sintiéndose muy satisfechos y contenidos por los mismos, hasta el punto de volver a elegirlos para convivir si se tendría que pasar por la misma medida preventiva en otra oportunidad. Tal como lo expresa Teves et al. (2021) la cuarentena (desde un lado positivo) brindó, a algunas personas, la posibilidad de ralentizar el ritmo de vida y la oportunidad de pasar más tiempo con sus seres queridos, mejorando las relaciones con familiares y amigos. Es importante destacar que la compañía de una mascota también ayudó a contener a las personas que se encontraban solas.

También, se continúa priorizando las relaciones interpersonales (de amistad y familiares) al momento de elegir la primera actividad a realizar una vez finalizada

el confinamiento y al retomar vínculos que por diversas situaciones no mantenían una frecuencia de contacto. Esto coincide con la investigación realizada por Fontana (2020) quien concluye que las angustias generadas por la incertidumbre, la precariedad y un panorama fatalista construyen el escenario idóneo para la búsqueda de contactos, afectos, empatías y vinculaciones para subvertir el malestar provocado por la pandemia y todas sus consecuencias.

Si bien la investigación de Navia-Núñez y Stefanu-Lidorikiotu (2021) sobre los cambios esperados en relaciones interpersonales después de la emergencia sanitaria, se orienta a las relaciones en empresa y organizaciones, los datos obtenidos coinciden con esta investigación en el hecho de afirman que las relaciones interpersonales cambiarán debido a la pandemia por Covid 19, tornándose estas más duraderas y fuertes.

La edad es una variable que impacta en las relaciones interpersonales detectándose que quienes más edad tenían evaluaban las relaciones con sus convivientes de mejor manera que quienes tenían menos edad. Además, también influyó en la vivencia de contención por parte de los otros y en el haber retomado contacto con familiares a los fines de interesarse por su salud y bienestar. En este sentido se reafirma el papel central de la familia como responsable de cuidar y sostener a sus miembros (Arechabala Mantuliz y Miranda Castillo, 2002).

Por último, la percepción de cambios en la relación familiar se hizo presente en menores de 60 años, quizás por el hecho de convivir las 24 hs. del día (reconectando a sus miembros) y/o sumar actividades a la vida familiar (como el trabajo, estudio, enseñanza, etc.), entre otros factores.

En definitiva, si bien el contacto social y familiar fue uno de los factores que más se afectó du-

rante la etapa de confinamiento en nuestro país, también fue una fuente de apoyo y contención frente a la incertidumbre y estrés asociado con la situación sanitaria que se estaba viviendo.

Referencias Bibliográficas

Arechabala Mantuliz, M., C. y Miranda Castillo, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores. Ciencia y enfermería, 8 (1), 49-55.

Degrande Moreira, G.C. y Ferreira Furegato, A.R. (2021). Relaciones, sentimientos y emociones expresadas en informes virtuales de enfermeras en la pandemia COVID-19. Horizonte de Enfermería, 32 (1), 41-54.

Fontana, L. (2020). Pandemia y rearticulación de las relaciones sociales. Periferia, revista de recerca i formació en antropologia, 25(2), 101-114,

Navia-Núñez, M. & Stefanu-Lidorikiotu, Y. (2021). Cambios esperados en relaciones interpersonales después de emergencia sanitaria: Delphi entre directivos españoles y colombianos. Económicas CUC, 42(2), 53–76.

Tala, A. y Vázquez, E. (2020). Conexión en tiempos de COVID 19. Rev Med Chile, 148, 557.

Teves, L., Späth, G., Cueto, J. y Brichetti, P. (2021). La vida en confinamiento: impacto en las relaciones inter-personales. (Informe preliminar). Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (LINEA) de la Universidad Nacional de La Plata y la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires. http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/123789

EXPOSICIÓN A RIESGOS PSICOSOCIALES SEGÚN EL GÉNERO EN PROFESIONALES INGENIEROS/AS Y TÉCNICOS/AS EN LA CIUDAD DE SAN LUIS. ARGENTINA

Patricio Godoy Ponce [A] Renzo Marnetti [B] Sergio Iván García [C] Carlos Silvage [D], Juan Gutiérrez [E]

El estudio de los riesgos de carácter psicosocial, tomó relevancia en la década de los 70', cuando la Asamblea Mundial de la Salud realiza un informe sobre la necesidad de implementar estrategias para investigar sus posibles efectos sobre la salud en ambientes de trabajo.

Desde el inicio de dichas investigaciones se ha considerado que la dinámica y contenido del trabajo en las organizaciones y, las condiciones y medio ambiente de trabajo, están íntimamente relacionados con los posibles efectos negativos y/o positivos sobre la salud de los/as trabajadores/as. En un contexto en que los cambios se dan por efecto de los procesos de globalización, por las demandas sociales, políticas y económicas, han llevado a las empresas a adaptar sus formas de producción en un mercado altamente competitivo, cambiante y en continuas crisis económicas.

Neffa (2015) por su parte sostiene que "las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT), los riesgos psicosociales en el trabajo (RPST) y su impacto sobre la salud del trabajador, tienen su origen en la organización y contenido del proceso de trabajo" (p. 21). Además de las consecuencias físicas, este tipo de riesgos al interactuar con otros factores, provocan perturbaciones en los procesos psíquicos y mentales, por lo tanto, se hace necesario abordar esta problemática teniendo en cuenta variables como las relaciones contractuales, interpersonales, el equilibrio ne-

[A] *Lic. en Psicología. Docente. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. patogodoy1970@gmail.com*

[B] *Lic en Psicologia. Docente. Investigador. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. renzomarnetti88@gmail.com.*

[C] *Lic. en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. s.ivan.garcia@gmail.com | 2664860207*

[D] *Lic. en Psicología. Docente. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. csilvage@gmail.com*

[E] *Lic. en Psicología. Docente. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. juanmsgutierrez@gmail.com*

cesario entre la vida laboral y personal, las formas de organización de las empresas y su vínculo con el medio, las relaciones que se promueven entre pares, jerarquías, prestadores y/o clientes.

Moreno Jiménez y Báez León (2010) señalan que los llamados riesgos psicosociales constituyen "el hecho, acontecimiento, situación o estado que es consecuencia de la organización del trabajo, tiene una alta probabilidad de afectar a la salud del trabajador/a y cuyas consecuencias suelen ser significativamente importante" (p. 17). Por ello, la no intervención temprana y adecuada por parte de las empresas sobre dichos riesgos, contribuye a sostener la vulneración de los derechos fundamentales de los/as trabajadores/as; aumentar los efectos globales sobre su salud y la salud mental.

La realidad de nuestro país evidencia el escaso o nulo abordaje de esta problemática por parte de las organizaciones de trabajo, debido a su desconocimiento, desvalorización o minimización de sus consecuencias. Por tal motivo, es de interés promover investigaciones y datos científicos basados en la evidencia, que favorezcan su intervención y que se garantice en los casos en que se demuestren los daños en el colectivo de trabajadores/as, una cobertura legal de protección.

Algunas características de la población en estudio

Hasta principios del año 2020, los/as profesionales nucleados en el Colegio de Ingenieros/as y Técnicos/as de la Provincia de San Luis, tenía una matrícula de 321 profesionales y técnicos/as, que se conformaba por 279 varones y 42 mujeres. Incluye profesionales de la ingeniería en sus distintas especialidades, licenciados/as y técnicos/as en higiene y seguridad laboral y otras tecnicaturas afines, además de maestros/as mayores de obra y una registración específica para los/as egresados/as de las escuelas de oficios de la provincia.

Dentro del desempeño profesional los/as ingenieros/as se desenvuelven como directores/as de obras, proyectistas, coordinadores/as de equipos de trabajo ejecutoras de proyectos de infraestructura civil, entre otras, que mayoritariamente no son los/as ejecutores/as directos/as del trabajo manual o mecánico, pero pesa sobre ellos/as la responsabilidad de diseño y dirección de los equipos de trabajo que se encargan de ejecutarlas. En los últimos años, esta población se encuentra afectada por la inestabilidad generada por el contexto socio-político y económico debido a la falta de inversiones en el sector de la industria de la construcción y de otros sectores industriales en los que comúnmente se desempeñan los ingenieros/as y técnicos/as.

Un dato a destacar de la población en estudio, y que de alguna manera evidencia una característica reconocida socialmente en este tipo de profesiones, es que está fuertemente masculinizada, siendo conformada por el 87% de varones y el 13% de mujeres en el colegio profesional y técnico de referencia. Las investigaciones en este punto, demuestran que si bien las mujeres han logrado un avance significativo en la elección e inserción de carreras vinculadas a las ingenierías, sumado a un interés progresivo desde las facultades de universidades públicas y privadas por promover este tipo de carreras con un horizonte basado en la igualdad de oportunidades entre varones y mujeres, los indicadores de ingreso a las universidades en las que se imparten las ingenierías, sigue siendo bajo (Gimeno, Gasull y Savani, 2019). Del mismo modo, esta diferencia es significativa cuando se indaga en el campo laboral.

Metodología

Este trabajo retoma los resultados obtenidos en una investigación referida a la exposición a riesgos psicosociales en una muestra de profesionales de las ingenierías y tecnicaturas afines, tomando como variable la categoría género. Se realizó un estudio de tipo exploratorio, descriptivo y transversal, y se utilizó el Cuestionario ISTAS 21 (versión media). La muestra se conformó por 77 personas de la ciudad de San Luis (64 varones y 13 mujeres), representando el 24% de la población total. La participación fue voluntaria, anónima y confidencial.

Resultados obtenidos

Los datos revelan diferencias significativas en la exposición desfavorable a riesgos psicosociales según el género, en algunas dimensiones específicas del Cuestionario ISTAS 21 de los grupos Conflicto Trabajo-Familia, Control sobre el Trabajo y Compensaciones.

En el grupo Conflicto Trabajo-Familia, la dimensión *doble presencia*, representa para las mujeres un factor desfavorable del 21.8% en comparación con los varones (14.5%). Esta se refiere a las exigencias sincrónicas, simultáneas del ámbito laboral y del ámbito doméstico-familiar. Puede estar vinculado con la desigualdad laboral entre hombres y mujeres, marcada por estereotipos de género que apuntan a la asignación de roles en cuanto a la vida doméstica y del cuidado de los/as hijos/as. Las investigaciones precedentes en temas de género, apuntan a lograr la conciliación entre ambos espacios de trabajo, además de la vida personal, y superar las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres, cuya raíz se halla en la tradicional división sexual del trabajo.

Para el grupo Control sobre el Trabajo, la dimensión *posibilidades de desarrollo* evidencia porcentajes desfavorable para varones en un 4,9% y para las mujeres de 14,7%. Esta notoria diferencia puede estar vinculada al concepto de "techo de cristal" (Carrancio Baños, 2018) en el que las mujeres con mayor frecuencia están sometidas a trabajos estandarizados y repetitivos que no permiten poner en práctica los conocimientos, habilidades y experiencias, que les facilite el crecimiento personal, profesional y de posición jerárquica en las empresas. Sabemos que mujeres y varones tienen posiciones desiguales en el mercado laboral, cuyo indicador son los puestos que unos y otras ocupan y de los que están ausentes, como así mismo, suelen evidenciarse diferencias en las relaciones contractuales, tipo de jornada, actividad laboral, cuyas condiciones de trabajo favorecen la exposición a los factores psicosociales. Todo ello implica que la exposición entre hombres y mujeres puede ser desigual en la empresa en la que trabajamos (Moncada, Llorens & Kristensen, 2002). Es probable, pero debe ser comprobado en un estudio más exhaustivo, que las características del rubro y la inserción laboral de las ingenierías y tecnicaturas afines, tengan incidencia al respecto.

En relación al grupo Compensaciones, la dimensión *inseguridad en el empleo* marcó una diferencia significativa entre ambos géneros. La incidencia desfavorable marcó para los varones un 38,5%, mientras que para las mujeres la inseguridad en el empleo es del 50%. Esta dimensión refiere a la preocupación por el futuro laboral y puede estar influenciado por el contexto socioeconómico de nuestro país, que ha tenido una fuerte caída del empleo y un incremento de la precarización laboral, generando incertidumbre al respecto. Es evidente que esta inseguridad sobre el empleo afecta de manera negativa mayoritariamente a las mujeres.

Conclusiones

Los factores psicosociales pueden entenderse en una dimensión que implica la relación que se establece entre el ambiente laboral y el trabajador, teniendo en cuenta la organización y el proceso de trabajo, las condiciones y la satisfacción laboral, y por otro, la experiencia, necesidades, competencia y cultura del trabajador/a. La forma en que se exprese dicha relación, determinará las condiciones del proceso salud-enfermedad que pueden afectar al trabajador/a o al colectivo de trabajadores/as.

Se observó una diferencia significativa de género en las profesiones de las ingenierías y tecnicaturas afines, considerando que aún persiste una brecha en la elección de carreras tradicionalmente masculinizadas. En la aplicación del ISTAS 21, no se observaron diferencias distintivas en los distintos grupos que brinda el cuestionario, salvo en dimensiones específicas que requieren una mayor profundidad en su estudio.

La *doble presencia* es uno de los hechos más evidentes de la desigualdad laboral entre hombres y mujeres y la impronta de los estereotipos de género que se le asignan a las mujeres en los roles domésticos y del cuidado de los/as hijos/as, dificulta la conciliación de la vida laboral, familiar y personal. Vinculado a esta dimensión, la *posibilidad de desarrollo* puede entenderse como una experiencia negativa para las mujeres de la muestra, que habría que profundizar y articular con otros datos, para establecer si ello se debe al tipo de profesión y ámbitos de inserción laboral y si el denominado "techo de cristal" puede ser una forma explicativa de este proceso. La *inseguridad en el empleo*, puntuó alto en varones y mujeres, pero la diferencia fue significativa en estas últimas. Ello puede estar influenciado por el contexto de crisis económica y la falta de promoción en el empleo,

la precariedad laboral o que las profesionales y técnicas en este tipo de carreras denominadas "duras", consideren que es un ámbito destinado a los varones, y que en función de ello, perciban que la decisión por parte de las empresas en el caso de reducción de personal, sean ellas quienes vean amenazada su fuente laboral por su condición de género. Esta última hipótesis requiere una profundización en el tema de manera exhaustiva y con el complemento de otro tipo de indagación.

Bibliografía

Carrancio Baños, C. (2018). El techo de cristal en el sector público: Acceso y promoción de las mujeres a los puestos de responsabilidad. Revista Española de Sociología, Vol. 27, N° 3. pps. 475-489
Gimeno, P., Gasull, V. y Savini, C. (2019). Estudio de la inserción laboral de las egresadas de las carreras de ingeniería. De las expectativas a la realidad. 2° Congreso Latinoamericano de Ingeniería. Cartagena de Indias, Colombia.
Moncada, S., Llorens, C. & Kristensen, T. S. (2002). Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. Método Istas 21 CoPsoQ). España: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). ISBN: 84-609-0559-4
Moreno Jiménez, B. y Báez León, C. (2010). Factores y riesgos psicosociales,
formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Universidad Autónoma de Madrid. España.
Neffa, J.C. (2015). Los riesgos psicosociales en el trabajo. Contribución a su estudio. Buenos Aires: CEIL/CONICET/FCE-UNLP/CITRA.

FORMACIÓN Y PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL: UN RECORRIDO HISTÓRICO POR EL HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADAS DURANTE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

María Eugenia Verdún [A], Pablo Rodríguez Sturla [B], Claudia Ferro [C]

Introducción

El Hospital Nacional de Alienadas soportó constantes períodos de tensión, tanto por el hacinamiento de las enfermas y su infraestructura deficiente, como por el enfrentamiento de sus administradoras con los médicos por el ejercicio de la ciencia en contraposición a las prácticas antiguas y religiosas. Padeció la clausura de los ingresos en varias oportunidades, por ejemplo, en 1933 y 1942 (SBC, 1934, 1943). No obstante, también fue un universo de conocimiento para estudiantes y profesionales de la medicina que desarrollaban allí sus tareas o impartían conocimiento a sus pares y alumnos.

Orígenes del Hospital Nacional de Alienadas

Los orígenes del Hospital Nacional de Alienadas, actualmente Hospital Municipal "Dr. Braulio A. Moyano", datan de 1854 con el establecimiento de un hospicio para mujeres dementes en el edificio de la Convalecencia. Fue administrado por la Sociedad de Beneficencia y las hermanas de la caridad estaban al cuidado de las enfermas. Una característica singular fueron los enfrentamientos de los médicos que ejercían sus saberes y las damas que detentaban el poder y el predominio en la toma de decisiones (Ferro, Rossi, Rodríguez Sturla, 2014). El hacinamiento dominó el establecimiento y aunque se intentó paliar la situación con la ampliación y construcción de pabellones, rápidamente la población hospitalaria desbordaba la capacidad del mismo. Las hermanas de la caridad impartían tratamientos rudimentarios como castigos, rezos o labores, a pesar del reclamo

[A] Bibliotecaria. AASM – UBA. CABA. Argentina. eugever@yahoo.com.ar
[B] Lic. y Prof. en Psicología UBA. AASM/UBA. CABA. Argentina. prsturla@yahoo.com.ar
[C] Lic. y Prof. en Psicología. AASM/UBA. CABA. Argentina. ferroclau@yahoo.com.ar

de los médicos, que eran considerados empleados de la Sociedad (Ferro, Rodríguez Sturla, Verdún, 2018). Sin embargo, también fueron notables las aspiraciones de mejoras en las condiciones del nosocomio y el esfuerzo por progresar en la formación de su personal.

La Escuela Técnica de Enfermeras

La asistencia y vigilancia de las asiladas estaba a cargo de las hermanas de la caridad, quienes a su vez tenían bajo su tutela a las celadoras o guardianas. Era común que estas mujeres fueran analfabetas, por lo que se les dificultaba seguir indicaciones, originando acusaciones y quejas de los médicos a las autoridades de la Sociedad (Güí, Ferro, Rodríguez Sturla, 2020). Los primeros indicios para profesionalizar a las cuidadoras, datan de 1896, cuando el director, Dr. Manuel Podestá hace saber a la Sociedad acerca de un proyecto del Dr. Antonio Piñero. Manifestaba la dificultad de encontrar personal que reuniera las condiciones para tratar con las enfermas, alegaba que una escuela serviría de estímulo para las cuidadoras y evitaría los inconvenientes que provienen de la ignorancia, dignificando el puesto de enfermera y las locas serían confiadas a personas competentes (SBC, 1897). En 1899, Piñero presentó un plan de estudios de dos años con principios básicos, aunque aún no se incluían instrucciones para el cuidado de pacientes con enfermedades mentales. Las aspirantes solían ser analfabetas o semianalfabetas lo que derivó en la creación en 1911 de una escuela para completar estudios primarios. La inauguración de la Escuela Técnica de Enfermeras se concretó en 1916 por el Dr. José A. Esteves, director del nosocomio. El plan de estudios era el mismo propuesto en 1899, y su diploma estaba avalado por el Departamento Nacional de Higiene. A pesar del buen nivel de capacitación, las egresadas de la escuela que ingresaban a trabajar al Hospital eran mal remuneradas en comparación con otros hospitales. En 1927, el Dr. Julio G. Nogues, envió un proyecto a la Sociedad de reestructuración de sueldos, estimulando a retomar el curso. En 1934, se incorporó una materia relacionada al cuidado de pacientes mentales, "Asistencia de alienadas", incluía aspectos generales de síntomas físicos y mentales y nociones sobre excitación mental, depresión, suicidio, demencia, epilepsia, delirios, entre otros (Güí, Ferro, Rodríguez Sturla, 2020), se presentaron a los exámenes finales dieciséis alumnas del primer año y ocho del segundo, obteniendo sus correspondientes diplomas (SBC, 1934). A partir del año 1941, la Facultad de Medicina dio respaldo a los diplomas expedidos por dicha Escuela.

Laboratorio de Anatomía Patológica y Bacteriología

En 1901, bajo la dirección del doctor Antonio F. Piñero, se crearon los Laboratorios de anátomo-patología y el Laboratorio de Bacteriología dirigidos por los doctores Tedeschi y Sívori respectivamente. Se proyectaba equipararlo a los establecimientos europeos, cumpliría el rol de asistencia y organización científica y sería un centro de estudios, experimental y de enseñanza. Estaba dividido en secciones de química, bacteriología, histología, autopsias y vivisección, un anfiteatro y un aparato para proyecciones micro y macroscópicas (SBC, 1901). Para 1913, el Dr. José A. Esteves, director del Hospital, destacaba que era el establecimiento más completo que detentaba la Nación, aunque los resultados obtenidos no fueran aún los anhelados (SBC, 1913). Ese mismo año, se designó como director del laboratorio al Dr. Christofredo Jakob y con él a cargo, se convirtió en un importante complemento de la enseñanza e investigación para estudiantes y graduados. Bajo su gestión (1913-1946) se concretaron investigaciones clínicas, se realizaron cortes seriados de cerebro, moldes de yeso y se compraron equipos en Europa. Se efectuaba el registro sistemático de fotografía, microfotografía, diapositivas, entre otros. Los moldes en yeso y cráneos se coleccionaban para el estudio en el museo (SBC, 1913). Jakob fue además, profesor en la Facultad de Humanidades de La Plata, en la Facultad de Filosofía de Buenos Aires y en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, de esta circunstancia se desprende la relación de docencia teórica en las distintas Facultades y las clases prácticas en el Laboratorio del Hospital Nacional de Alienadas. El trabajo simultáneo entre estas instituciones se creó también con las actividades docentes de profesores como los doctores José A. Esteves, Luis Esteves Balado, Julio G. Nogués, quienes fueron eventualmente directores del nosocomio, y los doctores Julio Hanon, Osvaldo Loudet, Domingo S. Cavia, entre otros.

Publicaciones, conferencias y actividades docentes

En el Laboratorio surgieron numerosas producciones científicas, se dictaron cursos de modalidad libre semestral, con clases teóricas dictadas en la Facultad de Medicina y prácticas en el Hospital, entre ellos, "Anatomía e Histología Patológica" (1920), "Histoarquitectura cerebral" (1925), "Histopatología General" para estudiantes de 3° año dictado por el Dr. Eduardo Pedace (sub-director del Laboratorio) (1933), "Anatomía Patológica" por el Dr. Jakob con una concurrencia de más de 50 médicos especialistas (1934), clases teórico prácticas de Higiene Mental a las estudiantes de la Escuela de Visitadoras de Higiene de la Facultad de Medicina por el Dr. Martínez Dalke. En 1939 y 1940 fue visitado por alumnas de los cursos de Biología de la Facultad de Filosofía y Letras de Buenos Aires y de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de La Plata. Podemos mencionar, además, que el Laboratorio y el Hospital Nacional de Alienadas fue sitio elegido por numerosos autores para la realización de sus trabajos de adscripción como aspirantes a docentes, o para sus tesis de doctorado. Entre ellos podemos destacar a los doctores José T. Borda, Braulio A. Moyano, Luis Esteves Balado, Julio Hanon, entre otros.

Sociedad científica interna

En 1926, bajo la dirección del Dr. Julio G. Nogues, se dictaron conferencias, cursos, reuniones científicas y se publicaron investigaciones. Al año siguiente, solicitó a la Comisión Inspectora que autorice la creación de una Sociedad interna con los profesionales del establecimiento. Su propósito fue relevar y estudiar los temas de la especialidad, era de carácter exclusivamente científico y privado (AGN. Legajo 204, 1927).

Informes Medico Legales. Cátedra de Medicina Legal. Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.

Nos ocuparemos aquí de los trabajos prácticos constituidos en la elaboración de informes médicos legales, realizados por estudiantes de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, bajo el ejercicio del Profesor Dr. Domingo Sáenz Cavia, entre 1913 y 1923. Se trataba de la solicitud de un informe emitida por una autoridad judicial quien designaba como perito a un médico para que respondiera sobre una cuestión científico técnica, y dictaminara acerca del estado mental de una paciente. Estos informes reflejan historias clínicas completas, resultando un mayor interés para el análisis preliminar del contexto histórico del Hospital en cuestión.

Acerca del Dr. Domingo Sáenz Cavia (1869-1929)

Se graduó en 1894 como doctor en medicina y cirugía con la tesis "Terapéutica general de las enfermedades agudas infecciosas". Entre sus cargos podemos mencionar, Profesor suplente de Medicina Legal en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires (1896), Médico de Sala sustituto del Hospicio de las Mercedes y Profesor suplente en el curso oficial de la cátedra de Medicina Legal (1897). En 1907 fue nombrado Profesor Extraordinario de Medicina Legal y designado Médico Adjunto del Hospital Nacional de Alienadas, luego en 1909 Médico Titular de Sala. Entre 1911 y hasta 1924 fue Profesor Titular de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Cabe recordar la circunstancia en la que se lo designó. Habiéndose presentado para obtener el cargo, ocupó el segundo lugar en la terna luego del Dr. José Ingenieros, este último resultó elegido por el jurado, pero luego fue desplazado por el Poder Ejecutivo (presidencia de Roque Sáenz Peña) quien designó al Dr. Domingo S. Cavia. Esta situación derivó en el alejamiento del país de Ingenieros quien escribiera "El hombre mediocre" en alusión a este hecho. En 1912, envió al Decanato un informe sobre la reorganización de la morgue justificando que, "la Morgue es una verdadera escuela práctica del ejercicio de la Medicina Legal…" (Archivo Fac. Med. UBA, 1888), dicho concepto fue tomado posteriormente para la creación del Instituto de Medicina Legal con la incorporación de la Morgue y otros laboratorios (Loudet,1946). En 1916, participó como perito en el atentado perpetrado por Juan Mandrini contra el presidente de la Nación Victorino de la Plaza. Junto a los doctores José. T. Borda, Samuel de Madrid, Amable Jones, D. Pacheco y E. Klapenbach publicaron el informe en la Revista de Criminología, psiquiatría y medicina legal.

Informes Médico Legales

La medicina legal argentina comprende diversas especialidades médicas, aunque con predominio del campo de la psiquiatría prevaleciendo de ésta los estudios de psicopatología forense y criminología. La redacción de un informe escrito abarcaba cuatro partes: introducción, exposición, discusión y conclusiones (Rojas, 1950). En los trabajos analizados, los alumnos debían constatar el estado mental y determinar la capacidad civil de una mujer internada en el establecimiento, estos documentos cumplían en su mayoría el "formato" mencionado. Comienzan con un preámbulo o encabezamiento dirigido a la autoridad judicial, una presentación del médico que realizará la pericia y el motivo del peritaje para el que fue convocado. Luego se describían los datos de la paciente, datos de filiación, antecedentes personales, antecedentes hereditarios, examen somático y psíquico, se realizaba un interrogatorio, si la paciente lo permitía. Seguidamente, se analizaban los datos y observaciones y se emitía una conclusión. Los informes varían en sus presentaciones, algunos son más extensos que otros e incluyen descripciones más detalladas, sobre todo en aquellos más cercanos a la década del '20 donde se incorporan conceptos teóricos y clasificaciones. En algunos trabajos se pueden encontrar muestras de cuadros nosológicos (actualmente historias clínicas) y pruebas escritas por las enfermas como notas o cartas. Las observaciones se realizaban durante varios días tomando nota del estado de las pacientes. Se pudo observar amplios testimonios redactados en una escritura romántica como era el estilo antaño, pero no por ello menos precisos en sus descripciones. Durante el relevamiento advertimos la variedad de nacionalidades de las enfermas, entre ellas italianas, españolas, inglesas, alemanas y argentinas. Los datos recopilados en los informes reflejan el período histórico, algunos de ellos son: religión, color de piel, craneometría (medición del cráneo), características físicas de la cara (ojos, labios, orejas), estado económico, pasiones dominantes, si comete actos inmorales, regularidad de las evacuaciones y funciones menstruales, entre otras. Los exámenes somáticos y psíquicos, en general son extensos incorporando además información de las historias clínicas, observaciones e interrogatorios. En las discusiones y conclusiones, podemos encontrar clasificaciones y diagnósticos tales como manía delirante, delirio en faz persecutoria, locura sistematizada progresiva, demencia precoz constitucional, falso síndrome sistematizado persecutorio, delirio de perseguido-perseguidores de los degenerados, parálisis general, estigmas de degeneración: cráneo, asimetría facial, pabellones auriculares, prognatismo maxilar, entre otros. Por último, se declaraba a la enferma como alienada mental en el sentido psiquiátrico y demente en el sentido jurídico, también aparece la declaración de incapaz, irresponsable y la recomendación de reclusión.

Conclusiones

A través de las fuentes primarias y secundarias consultadas podemos determinar que el Hospital Nacional de Alienadas fue una institución compleja y contradictoria desde el punto de vista administrativo y pragmático. Esto se refleja en sus memorias y archivos donde se refiere la cruda descripción de un hospital con la capacidad siempre excedida, la palabra de sus directores exponiendo las dificultades para enfrentar el hacinamiento, el insuficiente número de personal, sobre todo capacitado y los enfrentamientos entre los principales actores de la institución, las damas de beneficencia, las hermanas de la caridad y los hombres de ciencia. A su vez, podemos constatar la estrecha colaboración entre ellos en las circunstancias adversas de las que se reponían una y otra vez. Por otro lado, a pesar de los avatares sufridos, estas crisis también les permitieron capitalizar conocimientos, ya sea por necesidad o progreso implementaron medidas educativas que convirtieron a la institución en un nicho de formación a través de la investigación, docencia y práctica. Cabe mencionar el trabajo conjunto entre el hospital e instituciones de enseñanza principalmente la Facultad de Medicina de la UBA, impartiendo saberes a través de sus profesores. Ejemplo de ello fue el Laboratorio de Anatomía Patológica bajo la dirección del Dr. Jakob, el impulso hacia la profesionalización y modernización de los doctores Piñero y José Esteves con la creación de una Escuela Técnica de Enfermeras y la prolífica producción científica bajo las direcciones de los doctores Esteves Balado y Nogues, entre otros.

Bibliografía:
Argentina. Archivo General de la Nación (1927). Sociedad de Beneficencia. Hospital Nacional de Alienadas. Legajo 204.
Archivo Facultad de Medicina UBA (1888-1929). Legajo personal Domingo S. Cavia.
Ferro, C., Rodríguez Sturla, P. y Verdún, M.E. (2018). El Manicomio de Mujeres, un cuadro desolador: discordancia entre el Dr. Antonio F. Piñero y la Sociedad de Beneficencia. Buenos Aires, 1894. En A. Trímboli y otros (comps.) Psicosis actuales: locura y alienación. Buenos Aires: AASM.
Ferro, C., Rossi, F. y Rodríguez Sturla, P. (2014). Controversia entre la Sociedad de Beneficencia y el Departamento Nacional de Higiene por la atención de las enajenadas mentales. Buenos Aires 1891. En A. Trímboli y otros (comps.) Cuerpo y Subjetividad. (pp. 475-476). Buenos Aires: AASM.
Güí, J., Ferro, C. y Rodríguez Sturla, P. (2020). La Escuela Técnica de Enfermeras del Hospital Nacional de Alienadas. En A. Trímboli y otros (comps.) Salud pública y salud mental. (pp. 479-483). Buenos Aires: AASM.
Loudet, O. (1946). Problemas de pedagogía universitaria: La enseñanza de la medicina. Buenos Aires: Coni.
Rojas, N. (1950). Medicina legal. 4ª. ed., Buenos Aires: El Ateneo.
Sociedad de Beneficencia de la Capital (1897-1943). Memorias. Buenos Aires.

FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

Mariela Cristina Lucero [A], Graciela Baldi López [B], Cristian Ulagnero [C],
Sonia Tifner [D] Emilse Lucero Morales [E], Facundo Stefanini [F],
Juan Carlos Navarro [G], Marcela Montenegro [H]

El presente trabajo se realiza en el marco del Proyecto de Investigación "Relaciones interpersonales en el contexto sociocultural actual" de la Universidad Nacional de San Luis (Argentina). La pandemia por COVID 19 nos ha enfrentado a una situación única que implicó cambios rotundos en la vida cotidiana de las personas. A partir de esta problemática surge el interés por explorar las experiencias de las personas con respecto a sus relaciones de pareja poniendo especial énfasis en la percepción del estilo de comunicación.

La relación de pareja es una dinámica relacional humana que se desarrolla en un contexto socio-cultural que influye en la forma en que ambos ven y actúan dentro de la relación. Campo y Linares (2002) señalan que una pareja se conforma cuando dos personas procedentes de familias distintas toman la decisión de construir un vínculo afectivo en pos de compartir juntos un proyecto. Esto incluye intercambiar actividades, situaciones, economía, responsabilidades, hijos y demás experiencias de vida, en un espacio que excluye a otros y que a la vez interactúa con el entorno social. Para Linares (2012) las parejas viables y perdurables se consolidan en base a un trato amoroso, amistoso y positivo, considera que cuando dos personas forman una pareja integran un sistema de alta complejidad, en el que ambas aportan un enorme potencial de pensamientos, estilos emocionales y acciones sistematizadas. Uno de los pilares de la pareja es la comunicación; esta incluye una amplia variedad de acciones o signos que constituyen su propia simbología y dinámica y forman parte de la comunicación interna de la pareja (Sánchez Aragón y Díaz Loving, 2003).

[A] Psicóloga. Docente. Universidad Nacional de San Luis. San Luis Capital, San Luis. Argentina. mariecrisluc96@gmail.com
[B] Psicóloga. Docente. Universidad Nacional de San Luis. San Luis Capital, San Luis. Argentina. gbaldilopez@gmail.com
[C] Psicólogo. Docente. Universidad Nacional de San Luis. San Luis Capital, San Luis. Argentina. cristian.ulagnero@gmail.com
[D] Psicóloga. Docente. Universidad Nacional de San Luis. San Luis Capital, San Luis. Argentina. soniatifner@gmail.com
[E] Psicóloga. Docente. Universidad Nacional de San Luis. San Luis Capital, San Luis. Argentina. emilselm@gmail.com
[F] Psicólogo. Docente. Universidad Nacional de San Luis. San Luis Capital, San Luis. Argentina. facundo.psicología@gmail.com
[G] Psicólogo. Docente. Universidad Nacional de San Luis. San Luis Capital, San Luis. Argentina. jcnavarro@email.unsl.edu.ar
[H] Psicóloga. Docente. Universidad Nacional de San Luis. San Luis Capital, San Luis. Argentina. mcmontenegro@unsl.edu.ar

Ledermann, Bodenmann, Rudaz y Bradbury (2010) afirman que una comunicación positiva, tiende a reducir la percepción del estrés en la relación y puede prevenir su deterioro. En relación con esto Greeff y de Bruyne (2011) refieren que un estilo de colaboración y comunicación constructiva está relacionado con una mayor satisfacción y un menor estrés percibido en la pareja.

Se han realizado numerosas investigaciones sobre las relaciones de pareja en contexto de pandemia entre ellas Wainstein (2020), en población argentina encontró que en el inicio de la cuarentena la percepción de la relación de pareja era positiva, pero esto fue decayendo con el tiempo refiriendo más discusiones y peleas. El centro de Investigaciones sociales en argentina CIS (2020) encontró que aquellos que habitaban durante el confinamiento únicamente con sus parejas fueron quienes mayores niveles de satisfacción en la convivencia diaria expresaron. Williamson (2020) de la Universidad de Texas en Austin, observó que la experiencia de las primeras semanas en promedio, no erosionó la satisfacción de la relación, y las personas incluso se volvieron más indulgentes y menos críticos de los comportamientos negativos de su pareja al atribuirles menos responsabilidad a las características internas de su pareja. Quezada Berumen et al. (2020) estudiaron la Satisfacción marital e impacto del confinamiento por COVID-19 en México, encontraron que las personas con mayor satisfacción en su relación, que percibían buena comunicación y apoyo mutuo refirieron menor impacto por el confinamiento.

Objetivos:

Describir el estilo comunicacional predominante y las experiencias vinculadas a la relación de pareja en contexto de pandemia.

Metodología

Se realizó una investigación empírica con metodología cuantitativa, descriptiva de poblaciones mediante encuestas, siguiendo un diseño transversal y con alcance correlacional.

Muestra:

Se constituyó una muestra no probabilística, de tipo accidental, conformada por 215 personas de entre 21 y 68 años (media= 39,09; DE= 9,71), 84,7 % de género femenino, 14,9 % de género masculino, que mantenían una relación de pareja conviviente (95,8 % heterosexual; 3,7 % homosexual).

Instrumentos:

Se tomó la Escala de Comunicación Autopercibida en la Relación de Pareja (CARP) de Iglesias-García et al. (2019), compuesta por 8 ítems de respuesta tipo Likert de 4 alternativas y una encuesta ad hoc.

Procedimiento:

Los cuestionarios fueron implementados mediante formularios de Google, proporcionados por medio de redes sociales, teniendo en cuenta las pertinentes consideraciones éticas que rigen las prácticas investigativas.

Análisis de datos:

Se aplicó un Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales para determinar las distribuciones de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión de las variables analizadas. Se subdividió la muestra de acuerdo con los criterios de contrastación, y se aplicaron pruebas de hipótesis no paramétricas.

Resultados

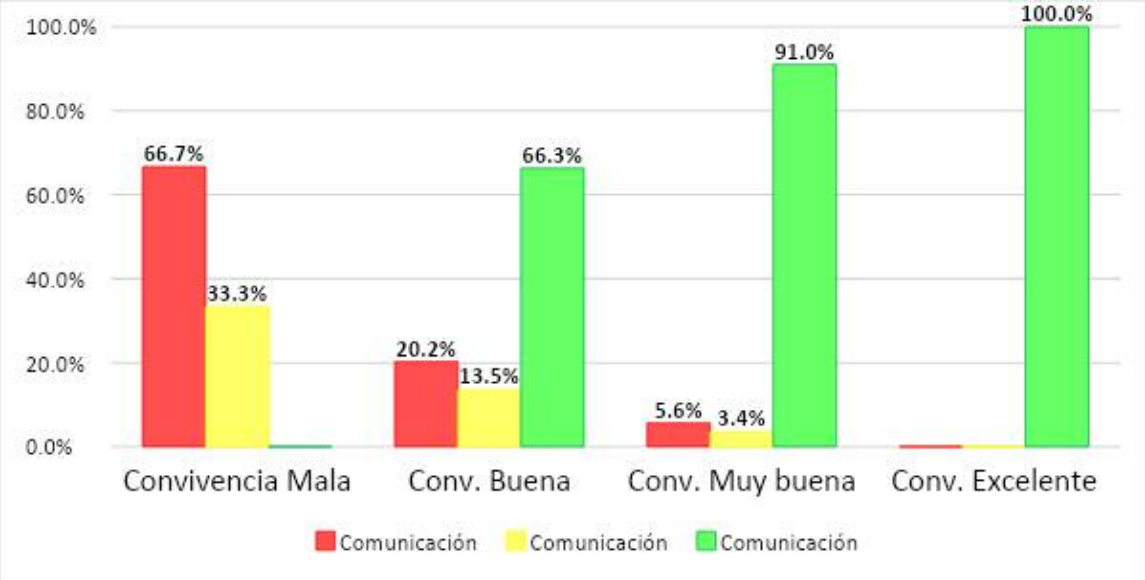
Los resultados indican que las comunicaciones predominantemente positivas son 4 veces más comunes (81 %) que las predominantemente negativas o ambivalentes

juntas (constituyendo estas, respectivamente, el 12 % y el 7 %). En relación con el género no se presentaron diferencias relacionadas con los estilos predominantes, (□•= 2,7; gl= 1; p= ,26), ni en las dimensiones de comunicación positiva o comunicación negativa (respectivamente, U= 2860,5;; Z= -0,16 y -0,17; p= ,87 y ,86). En relación con el género de la pareja no hubo diferencias de estilo comunicacional entre participantes de parejas homosexuales y heterosexuales (□•=0,63; gl= 2; p= ,73); sin embargo, las parejas homosexuales presentaron un mayor nivel

de comunicaciones positivas, aunque con un efecto pequeño (rangos promedios respectivos de 151,6 y 105,8; U= 471; Z= -2,09; P= ,04; r de Rosenthal= ,14). La calificación de la convivencia durante los períodos de aislamiento, correlacionó con efecto mediano con las dimensiones de estilos comunicacionales autopercibidos (r= ,40; p< ,001, para comunicación positiva; y r= -,44; p< ,001, para comunicación negativa). En la figura 1 puede apreciarse que quienes apreciaron su convivencia como excelente presentaron un predominio de comunicación positiva. Así mismo, la inversión recíproca de proporciones, evidenciada con un efecto mediano a través de la correspondiente prueba de independencia (□•= 38,07; p< ,001; V de Cramer= .30).

Figura 1

Comunicaciones autopercibidas por predominio individual según calificación de la convivencia



El 58% se replanteó su relación de pareja. Este grupo se caracterizó por presentar mayores niveles de comunicación negativa y menores niveles de comunicación positiva, en comparación con quienes no se la replantearon, con un efecto mediano (respectivamente, rangos promedio de comunicación negativa= 124,6 y 85; U= 3552,5; p< .001; r de Rosenthal= ,32; y de comunicación positiva= 87,4 y 136,6; U= 3052; p< ,001; r de Rosenthal= ,40). Entre las consecuencias referidas, algunos describieron haberse alejado de la pareja, y otros haberse acercado. En este último grupo se observó un aumento de las comunicaciones positivas y la disminución de las comunicaciones negativas (Chi cuadrado= 16,07; gl= 4; p= ,003; V de Cramer= ,26). Las personas que pensaron en separarse presentaron mayores niveles de comunicación negativa (respectivamente, rangos promedio de comunicación negativa= 132,8 y 88,7; U= 3357; p< .001; r de Rosenthal= ,35; y de comunicación positiva= 80,9 y 129,1; U= 3137,5; p< ,001; r de Rosenthal= ,39).

Discusión y Conclusión

La pandemia por COVID 19 implicó cambios rotundos en la vida de las personas, entre ellos cambios en las relaciones de pareja. Si bien los resultados de nuestro estudio son preliminares se observa en la muestra estudiada un predominio de un estilo de comunicación positiva, no encontrándose diferencias en relación con el género. La misma se caracteriza por transmitir a sus parejas sus pensamientos y sentimientos, demostrar afecto, amabilidad, ser cooperativas, comprensivas. Con relación al género de la pareja se encontró que quienes se encuentran en una relación de pareja homosexual percibieron un mayor nivel de comunicación positiva que parejas heterosexuales. La calificación de la convivencia durante los períodos de aislamiento se asoció con las dimensiones de estilos comunicacionales autopercibidos; quienes percibieron una mejor relación describieron con sus parejas un estilo de comunicación positivo; esto es coincidente con el planteo de Greeff y Bruyne (2011) quienes refieren que un estilo de comunicación constructiva está rela-

cionado con una mayor satisfacción y un menor estrés percibido en la pareja. A su vez estos resultados concuerdan con los aportes de Williamson (2020) y Quezada Berumen et al. (2020). Más de la mitad de las personas se replantearon su relación de pareja, las mismas presentaron un estilo de comunicación predominantemente negativa. Este replanteo llevó a algunas personas a alejarse de sus parejas y a otras a acercarse. El acercamiento se asoció a una mayor comunicación positiva y quienes pensaron en separarse a una comunicación negativa. Estos resultados coinciden con el estudio de Rodríguez Salazar y Rodríguez Morales (2020) quienes a su vez expresan que posiblemente los conflictos o tensiones vividos fueron agudizados por el estrés de la pandemia. Podemos pensar que el contexto de pandemia implicó un cambio para las dinámicas de pareja asociado al mayor tiempo de convivencia en espacios comunes, y a tener que afrontar situaciones de estrés e incertidumbre lo que condujo para algunos a la recuperación de espacios compartidos, comunicación y para otros al replanteo de sus relaciones de pareja. Se considera la comunicación como un elemento esencial en las vivencias de las personas en sus relaciones de pareja, la cual resulta fundamental a la hora de tomar decisiones, lograr acuerdos y resolver conflictos.

BIBLIOGRAFÍA

Iglesias-García, M., Urbano-Contreras, A. y Martínez-González R. (2019). Escala de Comunicación Autopercibida en la Relación de Pareja (CARP), anales de psicología / annals of psychology, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, 35, (2), 314-322. http://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.2.334451

Ledermann, T., Bodenmann, G., Rudaz, M., & Bradbury, N. B. (2010). Stress, Communication, and Marital Quality in Couples. Family Relations, 59(2), 195-206. doi:10.1111/j.1741-3729.2010.00595.

Linares, J.L. y Campo, C. (2002) Sobrevivir a la pareja:problemas y soluciones. Editorial Planeta, S.A

Linares, J. (2012) Terapia familiar ultramoderna. Herder.

Sánchez Aragón, R., y Díaz Loving, R. (2003). Patrones y estilos de comunicación de la pareja: Diseño de un inventario. Anales de psicología, 19(2), 257-277.

Wainstein, M. (2020) Impacto de la pandemia sobre personas, familias, parejas y crianza. Enciclopedia Argentina de Salud Mental. Recuperado de: http://www.enciclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?idt=111&idtt=59

PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES: ÁREA DE VACANCIA EN LA FORMACIÓN DE GRADO DE LOS PSICÓLOGOS Y PSICÓLOGAS EN ARGENTINA

Rita Paola Brito [A]

Introducción

La pandemia por COVID-19 ha transformado la realidad, en diversos aspectos: en lo social, lo económico, lo vincular. En Argentina se implementó como primera estrategia sanitaria el ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio) por Decreto Nacional Nº 297/2020 emitido por la Presidencia de la Nación, en Marzo de 2020. A partir de ello, se han generado lo que en el área de la Psicología de las Emergencias se denominan 'reacciones esperables' (no síntomas), tales como angustia, miedo, ansiedad, conductas que van desde el embotamiento hasta la agitación psicomotriz. Todas ellas, normales ante situaciones anormales. El tiempo pasó y no sólo aparecieron los contagios de la enfermedad sino las muertes. Ello ha dejado manifestaciones relacionadas al duelo no sólo por las muertes por Covid, sino por secuelas de la enfermedad (disminución

[A] Psicóloga- Docente e Investigadora Facultad de Psicología- UNT- Docente UCP- Pte. Psicólogos Sin Fronteras Tucumán- Miembro AASM. San Miguel de Tucumán. Tucumán. Argentina. paolabrito13@hotmail.com

de la calidad de vida). Esta situación inédita nos ha obligado como psicólogos a transformar nuestras intervenciones, se ha interrumpido la presencialidad y hemos recurrido a la virtualidad con la incorporación de las nuevas tecnologías y herramientas teóricas y técnicas diferentes.

A partir de las experiencias de diversos dispositivos observamos la necesidad de contar con otras líneas de formación, que pudieran dar respuestas más efectivas y eficaces a las demandas actuales.

Es imperativo reconocer la Psicología de las emergencias como área de vacancia en la formación de grado, con sus especificidades teóricas y técnicas. La Cátedra de Salud Mental en Emergencias y Desastres de la carrera de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán, ha sido promotora desde 2014, de la inclusión de esta área en la formación de grado de diversas universidades públicas y privadas del país. En este trabajo se proponen modelos de abordaje posibles, experiencias en las que se aplicaron, que permitan visibilizar la importancia de la formación en esta área, que tendrá una importante inserción profesional para los próximos años.

Desarrollo

Este trabajo propone ejes para reflexionar sobre la crisis sanitaria ocasionada a nivel mundial por la aparición del coronavirus COVID-19 y sus efectos y la importancia de la formación del psicólogo en esta área.

Las emergencias y los desastres son consecuencias que nos recuerdan nuestra vulnerabilidad ante las amenazas de los fenómenos de la naturaleza (terremotos, erupciones volcánicas, deslizamientos, lluvias torrenciales, etc.) o las provenientes de la tecnología (plantas nucleares, depósitos de materiales peligrosos, accidentes de tránsito, epidemias, entre otros).

Naciones Unidas declaró los años 1990-1999 como el "Decenio internacional para la reducción de los desastres naturales" y a partir del año 2000 se ha establecido una Secretaría permanente denominada "Estrategia Internacional para la reducción de los desastres" en el ámbito mundial. Los desastres no sólo afectan la economía y la infraestructura de un país sino que comprometen la estructura social de las comunidades afectadas y la salud física y mental de sus integrantes. Las diversas disciplinas han ido adaptando sus conocimientos y técnicas a estas situaciones extremas y la Psicología no fue la excepción, la presencia del profesional psicólogo se ha ido haciendo cada vez más necesaria, así lo han demostrado los hechos en: salas de emergencia hospitalaria, terremoto de México (1985), erupción volcánica de Armero en Colombia (1985), terremoto de Loma Prieta en California (1989), Riada en Huesca- Biesca- España (1996), inundaciones de Venezuela (1999), entre otros eventos.

Santiago Valero Álamo ha sido pionero en esta área de la Psicología, plantea este recorrido hasta la conformación de lo que él denominó *Psicología de las Emergencias.* Esta es una "rama de la Psicología que se orienta al estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos humanos en el antes, durante y después de una situación de emergencia o desastre, así como a la implementación de estrategias de intervención psicosocial orientadas a la mitigación y preparación de la población, evitando y reduciendo las respuestas inadaptativas durante el impacto del evento y facilitando la posterior rehabilitación y reconstrucción". El autor plantea a esta área como nueva especialidad dentro del quehacer profesional del psicólogo. En Argentina esta especialidad está ubicada dentro del área sanitaria o social, en las incumbencias del psicólogo.

Esta área se sustenta en un amplio bagaje de investigaciones y constructos teóricos que datan desde principios del siglo XX y que han ido evolucionando desde los estudios eminentemente descriptivos e individuales, los trabajos de corte sociológico, y estadísticamente significativos, hasta la propuesta de técnicas específicas de intervención.

Entre las diversas Bases Teóricas, se pueden mencionar los aportes del Modelo explicativo del estrés, basado en las respuestas psicológicas de los individuos durante situaciones de desastres o eventos traumáticos elaborado por Janis (1954), los descubrimientos clásicos de Selye y el Síndrome General de Adaptación (1976), el enfoque taxonómico de las consecuencias del estrés de Cox (1978), Modelo del Estrés Trauma (Jhon Everlin, 1997).

Otra de las columnas vertebrales que sustentan las estrategias de la intervención en emergencias y desastres tiene que ver con la Teoría de las crisis de Gerald Caplan (1964), Baldwin (1979), Lazarus (1980), Slaikeu (1984) entre otros y dentro de la teoría general de las crisis el concepto de las "crisis circunstanciales de la vida" descripto por Lidermann (1944) y Karl Slaikeu (1988). Al respecto destacan su carácter de ser inesperada, tener calidad de urgencia, tener un impacto potencial sobre comunidades enteras e incluir los conceptos de peligro y oportunidad, todos estos, elementos comunes a las situaciones de emergencias y desastres.

Junto con los conceptos de crisis están los de las Teorías sobre el manejo del duelo (Kubeler-Ross, 1969), la experiencia del trabajo con pacientes terminales víctimas de la erupción volcánica de Armero en Colombia (Isa Fonnergra, 1985), el trabajo con los deudos de las víctimas del atentado a la AMIA en Argentina (Jacinto Inbar, 1997).

Desde una mirada psicosocial están los aportes de los conceptos de "soporte social" o "redes de soporte social" y su importancia para ayudar a las personas a superar las situaciones de crisis y facilitar la rehabilitación y reconstrucción posterior a un desastre: Turner (1983), Sarason (1983), Rook y Dooley (1985), Lefcourt (1984), Mitchell (1983), Darío Páez (1986), entre otros.

La PEyD se interrelaciona con:

- Psicología Clínica, Psicología de la Salud, Psicofisiología y Psiconeuroinmunología: ya que estos conocimientos permiten comprender mejor los efectos a corto, mediano y largo plazo del estrés / trauma.
- Psicología del desarrollo: los aportes de esta área permiten comprender mejor las características del desarrollo biopsicosocial de los seres humanos y poder identificar los grupos más vulnerables.
- Psicología Social y Comunitaria: los conocimientos de estas áreas posibilitan asumir la importancia de las redes de soporte social, su dinámica y su configuración y el rol que juegan como estrategia de supervivencia ante las situaciones de crisis.
- Psicología Organizacional: conocer el comportamiento organizacional, la comunicación organizacional, los procesos de motivación en el trabajo, el liderazgo, el trabajo en equipo, el clima laboral, las características del trabajo bajo presión, permiten aplicar estos conocimientos o herramientas a los equipos de primera respuesta o equipos intervinientes.
- Psicología Educacional: toma los conocimientos del desempeño cognitivo, afectivo y social de los alumnos, las técnicas de enseñanza-aprendizaje para facilitar el diseño de los contenidos orientados a la enseñanza de las medidas de protección y seguridad para prevenir y sobrevivir a situaciones de emergencias y desastres.

Campos de Interacción Interdisciplinarios e Intersectoriales

El psicólogo en esta área trabaja interdisciplinariamente con médicos emergencistas, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, sociólogos, periodistas, ingenieros, geólogos, volcanólogos e integrantes de los equipos de primera respuesta (militares, policías, brigadistas de Cruz Roja, de Defensa Civil, Bomberos, rescatistas, entre otros), para lo cual deberá ser capaz de comunicarse en un lenguaje común que comparten todos estos profesionales que están ligados de una u otra manera a las emergencias y desastres.

La PEyD como especialidad abre nuevos campos ocupacionales: los psicólogos emergencistas pueden desempeñarse en:

- Equipos de Primera Respuesta: en donde podrán realizar programas de capacitación, de contención psicológica en las operaciones, vuelta a la rutina del trabajo y del hogar posterior a la participación en emergencias y/o desastres.
- Emergencias Hospitalarias: donde podrán realizar el Triage, la recepción, observación, cuidados intensivos, cuidados intermedios, hospitalización, intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos a pacientes y familiares, orientándolos en la consecución de ayuda complementaria y asistencia social, así como trabajar con los equipos de salud en la prevención del síndrome de Bournout.

- Especialista en prevención de accidentes en el campo organizacional y fuerzas armadas: podrán trabajar en programas de sensibilización y motivación destinados al cambio cognitivo comportamental para incorporar principios de la seguridad en el trabajo diario.
- Consultor en Educación: podrán trabajar en Defensa Civil, en Centros Educativos, en capacitaciones para docentes y alumnos, asesoramiento en la implementación de estrategias psicoeducativas para la enseñanza de la Defensa Civil, atención a niños y adolescentes víctimas de emergencias y desastres.
- Docente especialista en las escuelas de formación de paramédicos, bomberos, voluntarios de Cruz Roja y Brigadistas de Defensa Civil, así como en programas diversos de capacitación de entidades gubernamentales y no gubernamentales.
- Especialista consultor para Defensa Civil, Cruz Roja, y otras organizaciones ligadas a las emergencias y desastres.

A partir de diversas experiencias en esta área, y reconociendo la necesidad de formación específica para el abordaje ético, sólido y comprometido con la realidad, es que se propuso a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán, la creación y dictado de la materia "Salud Mental en Emergencias y Desastres" en el año 2014, como asignatura optativa para alumnos de 5º año de la carrera de Psicología del Plan de Estudios 1991. Posteriormente se amplió la oferta a los alumnos y alumnas del Plan de Estudios 2012.

Es fundamental señalar que, es la primera carrera de Psicología de universidad pública que incluye esta área en la formación de grado, considerada además, área de vacancia por la CONEAU.

Se debe mencionar que existen propuestas como Programas o Seminarios de Extensión, tales como el Programa de Gestión Psicosocial de Riesgos en Emergencias y Desastres de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba (2017-2021), Seminario de Extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (2017-2020) y como asignatura optativa en la Universidad Nacional de Cuyo (2019).

Con la ocurrencia cada vez más frecuente de eventos relacionados a las emergencias y desastres, se ha visibilizado la necesidad de formación específica, por lo que se ha observado la creación de diversas instancias en espacios privados en el formato de cursos arancelados, no de posgrado.

Es preciso decir que la Cátedra ha sido pionera en la conformación de este espacio, siguiendo a la vez los lineamientos de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, que ha venido desarrollando instancias de formación desde 2017.

La Cátedra toma los aportes del Modelo de Lo Disruptivo de Moty Benyakar, el Modelo Psicosocial de Jacinto Inbar, el Modelo Salutogénico de Antonovsky y el Modelo Operar es vincular de Yago Di Nella. Aportes que se han ido incorporando a partir del análisis de las experiencias, intervenciones, realizadas en estos siete años de dictado, teniendo en cuenta además la participación en Congresos, Jornadas y eventos científicos relacionados a la temática.

Entre las intervenciones y experiencias se pueden mencionar: Abordaje y asistencia a poblaciones afectadas por inundaciones en el sur de Tucumán desde 2007 a la fecha, en centros de evacuados, abordaje psicosocial a afectados por la erupción del Volcán Puyehue en 2011, conformación del Plan de Emergencia Escolar en conjunto con la Dirección Provincial de Defensa Civil de la Provincia de Tucumán desde 2007 a 2012, participación en Simulacros de Accidente Aéreo en Aeropuerto Tte. Benjamín Matienzo en 2016, 2018, 2019, Capacitaciones en Primeros Auxilios Psicológicos a referentes y miembros de organizaciones sociales (bomberos voluntarios, voluntarios de ONG's, rescatistas, docentes), servicio de teleasistencia por Covid 19 (Psicoescucha- Facultad de Psicología- UNT) en 2020, servicio de teleasistencia en Psicologías Sin Fronteras desde 2020 a la fecha.

Conclusiones

A partir de la ocurrencia de la Pandemia por Covid 19, se ha visibilizado la necesidad de formación específica para las intervenciones en esta área.

Hasta el momento, contábamos con herramientas teóricas y técnicas, que sin embargo han re-

sultado insuficientes o ineficaces para dar respuesta al padecimiento mental en tiempos de pandemia.

Desde la Psicología de la Emergencia, se propone el abordaje en cada una de sus diversas fases o etapas: Prevención, Preparación, Respuesta, Reconstrucción, y se proponen como herramientas los Primeros Auxilios Psicológicos, Intervención en crisis, algunas herramientas desde enfoques cognitivo conductuales, Psicología Positiva, Psicología Comunitaria, Salud Mental Comunitaria.

Si bien los dispositivos que se han implementado hasta el momento contemplan la individualidad, la particular forma en que le afecta a un individuo singular el atravesamiento de la situación de pandemia; es necesario pensar e implementar dispositivos que contemplen la grupalidad, lo colectivo (Modelos de Abordaje con base comunitaria).

Resulta fundamental revalorizar la inclusión del área de emergencias y desastres en la formación de psicólogos y psicólogas, así como la inclusión de la materia en el Plan de Estudios (1991 y 2012) de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán como pionera en la temática. Ya que, como mencioné al comienzo de este escrito, los próximos años nos obligarán a repensar no sólo nuestras prácticas psi, sino nuestros modos de existencia.

Especializarse en este nuevo campo de la Psicología es un reto y una necesidad para los psicólogos.

Un desafío, que invita a pensar, crear y recrear un proyecto futuro, que no puede hacerse sin embargo en soledad, siempre es colectivo, es con otros; al decir de Pichon-Rivière "En tiempos de incertidumbre y desesperanza, es imprescindible gestar proyectos colectivos desde donde planificar la esperanza junto a otros". La invitación está abierta…

Bibliografía

Benyakar Moty (2016) Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas, Compiladores: Ramos Eduardo; Taborda Alejandra; Madeira Celeste. San Luis: Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L- Libro digital, ISBN 978-987-733-054-0

Brito Paola, Quevedo Martín, Herrera María Flaviana, Ramos Ariel (2020). Documento de Cátedra Nº 1. Cátedra Salud Mental en Emergencias y Desastres- Facultad de Psicología- Universidad Nacional de Tucumán.

Di Nella Yago, Yacachury Martín (2016). Abordaje en situaciones de Desastres, Catástrofes e Incidentes Críticos. El cuerpo dañado (proteger- alertar- socorrer)- La comunidad golpeada (observar- facilitar- organizar)- El sujeto vulnerable (escuchar- contener- vincular). Artículo compartido por Adalquí- Colectivo de Acción Jurídica, Social y Cultural.

Fouce Fernández José Guillermo (2020). Artículo de opinión Diario El Obrero. Madrid-España.https://elobrero.es/opinion/autor/1022-j-guillermo-fouce-ern%C3%A1ndez.html

INVESTIGAR EN TIEMPOS DE INCERTIDUMBRE

Sergio Remesar [A], Leticia Grippo [B], Victoria Vidal [C]

Introducción

En los últimos dos años la pandemia le impuso cambios a la vida cotidiana, la cultura del cuidado y la realidad social en general. La de los investigadores no está exenta. La producción de conocimientos y el avance tecnológico toman nuevos rumbos y matices movidos por la demanda de saberes en torno a esta problemática a nivel global.

[A] Docente, Investigador, Psicólogo. Universidad Nacional de Quilmes. CABA. Argentina, sergioremesar@yahoo.com.ar
[B] Psicóloga, Docente, Investigadora. Universidad Nacional de Quilmes. CABA. Argentina. leticiagrippo@gmail.com
[C] Psicóloga, Docente, Investigadora. Universidad Nacional de Quilmes. Bernal, Buenos Aires, Argentina. victoriaavidal@yahoo.com.ar

El año 2020 encuentra al equipo de investigación[1] del proyecto **"Representaciones sociales sobre la SM en docentes universitarios de carreras de salud"**, del Departamento de Ciencias Sociales de la UNQ en pleno desarrollo. El mismo estaba previsto para llevarse a cabo en el período 2019-2021, pero entre la propuesta y la implementación del proyecto sucedió la pandemia por covid 19. Las actividades devenidas virtuales, el tele trabajo, adaptar la vida cotidiana a la nueva realidad se convirtieron en un desafío para el equipo de investigación. ¿Cómo continuar con la recolección de datos? ¿Cómo seguir con las entrevistas a los sujetos participantes?

La investigación cualitativa es interpretativa, inductiva, multimetódica y reflexiva. Sus métodos de análisis y de explicación son flexibles y sensibles al contexto social en el que los datos se generan. El eje es la práctica real, situada, y se basa en un proceso interactivo en el que intervienen el investigador y los participantes (Mendizabal, 2006). En torno a la característica de flexibilidad, y las capacidades de repensar las técnicas y métodos de recolección de datos, centramos la propuesta de nuestro trabajo (Vasilachis, 2006).

Frente al desafío de investigar en contexto de pandemia, incertidumbre y complejidad, proponemos una reflexión de carácter metodológico. En términos de Morin "la complejidad es, efectivamente, el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico" (Morin 2003 pp 32).

El diseño de nuestra investigación

Las acciones y estrategias metodológicas del proyecto en que estamos trabajando (técnicas de muestreo, instrumentos de recolección de datos, fuentes, etc), si bien se pensaron y elaboraron previamente junto con los objetivos, siguiendo los mecanismos propios de la investigación cualitativa, se plantearon con flexibilidad y sabiendo que estos podrían ir ajustándose durante el proceso. Sin embargo, los cambios que advinieron resultaron impensados por el equipo, y seguramente muy difíciles de prever para la mayoría de los investigadores.

La teoría nos señala que existe variedad en relación a la flexibilidad de los proyectos, que los cambios pueden ser desde el ámbito conceptual hasta el estilo de trabajo. En esta oportunidad abordamos los cambios metodológicos vinculados con las técnicas de recolección de datos que la pandemia impuso.

La teoría nos orientó en el armado del trabajo. Desde los conceptos expresados en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 se organizaron las proposiciones, que postulamos como supuestos. Una vez integrados argumentativamente, constituyen la perspectiva teórica y una posición ética y política, que dieron lugar a la formulación de las preguntas de investigación y a los objetivos específicos del estudio, la selección de la metodología, y el análisis e interpretación de la información (Sautú 2003).

En el proyecto original nos propusimos para la recolección y sistematización de los datos llevar adelante entrevistas en profundidad que dieran lugar al armado de categorías y subcategorías. A partir de estas construir en un segundo momento, cuestionarios con preguntas cerradas y de opción múltiple, en base a los ejes de análisis propuestos (Remesar et al, 2019). En relación a los y las participantes que integran la muestra, se trata de docentes de universidades públicas y/o privadas del AMBA que se encuentren actualmente dictando clases en alguna de las siguientes carreras: Lic. en Enfermería, Lic. en Terapia Ocupacional, Lic. en Psicología, Medicina y Lic. en Trabajo Social. El muestreo se realiza por bola de nieve, a través de los contactos de los docentes del equipo que tienen amplia inserción en diferentes universidades y carreras, pedido de colaboración de los directores de carrera de diferentes universidades y por las redes sociales. Para la delimitación del tamaño de la muestra se tiene en cuenta el criterio de saturación teórica (Valles, 2005).

Nos proponemos conocer las Representaciones Sociales sobre la Salud Mental de los docentes

1 *El equipo está formado por Sergio Remesar, Victoria Vidal, Leticia Grippo, Ma. Fernanda Sabio, Aurora Álvarez, Sara Daneri, Carolina Acuña, Xochil Sardú, Romina Sabaliauskas, Martina Dumrauf, Julieta Alet, Ma. Eugenia Goyer, Mayra García, Ednyr Lazarte Vargas.*

universitarios de carreras de salud y relacionar estos con los cambios que la ley impone a la formación de los profesionales que trabajarán en esta área. En la intersección de los ámbitos educativo y de salud, creemos que la mejor manera de conocer, comprender e interpretar la realidad en la formación profesional en salud mental es con un abordaje rico, profundo y comprensivo, a través de un enfoque de investigación cualitativa, que permita interpretar en profundidad y detalle el devenir de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, donde investigadores e investigados son parte del proceso en que nos encontramos inmersos.

Un cambio en las técnicas de recolección de datos

Las entrevistas era lo más adecuado para conocer las ideas de colegas que trabajaran en carreras de salud. Cercana y a la vez lejana a una conversación cotidiana, mediada por la teoría y los objetivos. Una conversación sistematizada, para obtener, recuperar y registrar las experiencias en relación a la salud mental de los docentes que trabajan en carreras que podrían ocuparse de ella. Sin embargo, en el contexto del 2020, no encontramos con docentes buscando entrevistar docentes que al comienzo del cuatrimestre vieron todas sus rutinas desarmadas, los tiempos desquiciados, las clases tradicionales no servían, fue necesario reinventarse, recrear horarios, días, formas. El desorden y la incertidumbre que atravesó a entrevistadores y posibles entrevistados, llevó a que el primer semestre de 2020 las entrevistas quedaran en *stand bye*, siempre postergadas por algo más urgente.

Alonso, citado por Sautú (2003) plantea que cada investigador realiza una entrevista diferente, según su historia, su inserción teórica, su sensibilidad, los conocimientos que tiene del tema, y sobre todo, remarca el auto, del contexto espacio-temporal en que se desarrolla la misma, y ese contexto, nos sumergió en la incertidumbre, en la lógica de lo complejo, "Así es que la complejidad se presenta con los rasgos inquietantes del desorden, la ambigüedad, la incertidumbre…" (Morin 2003 pp 17)

Esta complejidad motivó varios encuentros virtuales de trabajo tratando de reorganizar la dinámica del equipo, sus tiempos y posibilidades, pensando cómo llevar adelante la labor, con la lógica de ordenar el desorden, como lo plantea Morin (2003)

> Lo que he dicho del orden y el desorden puede ser concebido en términos dialógicos. Orden y desorden son dos enemigos: uno suprime al otro pero, al mismo tiempo, en ciertos casos, colaboran y producen la organización y la complejidad. El principio dialógico nos permite mantener la dualidad en el seno de la unidad. Asocia dos términos a la vez complementarios y antagonistas (pp. 67)

A partir de esta dialógica del orden y el desorden, el equipo propuso llevar adelante entrevistas múltiples vía zoom próximas, pero no idénticas, a los grupos focales durante el último trimestre de 2020.

Las entrevistas grupales se caracterizan por la presencia simultánea de varios entrevistados e incluyen técnicas conversacionales. Ya en la década de 1960 se incorpora el uso de la telefonía en las entrevistas y en la década de 1990 se suman las tecnologías de la información y comunicación en la realización de este tipo de entrevistas para la integración de grupos con personas distantes geográficamente (Archenti 2007).

La organización de las entrevistas grupales implicó replantear la forma de recolectar los datos en una nueva modalidad.

Un grupo focal es una técnica de recolección de datos en que los investigadores reúnen grupos de personas para generar una discusión abierta sobre un tema que fluye más o menos libre. El equipo encontró potente reunir grupos heterogéneos en cuanto a formación, materia en que se desempeñaban, otras actividades que podrían vincularse en relación a la salud mental, pero homogéneo en cuanto a que ejercieran la docencia en alguna de las carreras sobre las que estábamos trabajando. En la propuesta de análisis que presentamos en este proyecto en particular, no nos orientamos a la comparación de los grupos entre sí (que es el objetivo tradicional de esta herramienta) sino de los sujetos que de ellos participan.

Como en la entrevista en profundidad, se aplica un enfoque no directivo. Pero con los ejes bien delimitados sobre los que es necesario trabajar.

Sabemos que en este tipo de entrevistas es difícil que se obtenga el mismo nivel de comunicación y comprensión del sujeto entrevistado que en las entrevistas individuales. No obstante es una técnica muy útil cuando se quiere captar la representación colectiva que existe acerca de temas nuevos o conflictivos en diferentes ámbitos institucionales, grupales o sociales, que representen a determinada categoría de personas.

Una reflexión final

Históricamente, la investigación cualitativa se modifica, influencia y crece en función de los hechos sociales sobre los que trabaja. El contexto de la pandemia participó en la génesis, desarrollo, progreso y devenir metodológico de "Las Representaciones sociales sobre la Salud Mental en docentes universitarios de carreras de salud".

El equipo que lo lleva adelante trabajó en las limitaciones y los cambios que una transformación social insospechada le impuso, buscando superar las limitaciones en el acceso al campo que la pandemia generó.

Bibliografía

Archenti N. (2007). "Focus group y otras formas de entrevista grupal", en Marradi, A.; N. Archenti y J. I. Piovani, Metodología de las ciencias sociales, Buenos Aires, Emecé editore
Morin, E. (2003), Introducción al pensamiento complejo, Barcelona, Gedisa
Mendizábal, N. (2006) "Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa" en Vasilachis de Gialdino (coord.) Estrategias de investigación cualitativa, 65-105. Barcelona: Gedisa.
Sautu, R. (2003) Todo es Teoría: Objetivos y Métodos de Investigación, Buenos Aires: Lumiére
Valles, M. (2005). Metodología y tecnología cualitativas: actualización de un debate, desde la mirada más atenta en la obra de Barney Glaser. Revista de Metodología de Ciencias Sociales, 9, 145-168.
Vasilachis de Gialdino (2006) Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa

LA DEVOLUCIÓN EN PSICODIAGNÓSTICO... MOMENTO DE CONCLUIR

Romina Colacci [A], Analia Ambrosi [B], Laura B. Iglesias [C]

Considerando al Psicodiagnóstico como proceso de investigación tanto como dispositivo de intervención clínica, la entrevista de devolución forma parte fundamental en su devenir. Tradicionalmente ha sido definida como " (...) la comunicación verbal, discriminada y dosificada que el psicólogo hace al paciente, a sus padres y al grupo familiar, de los resultados obtenidos en el psicodiagnóstico" (Garcia Arzeno, 1993, p. 304) y ha sido ubicada como conclusión o cierre del proceso.

Para quienes sostenemos un posicionamiento teórico-clínico de raigambre psicoanalítica y enseñamos Psicodiagnóstico con técnicas proyectivas, esta definición viene constituyendo un desafío a ser repensado. La entrevista de devolución merece ampliar sus márgenes y sentidos. Varixs autorxs han jerarquizado el lugar de la devolución en el proceso psicodiagnóstico y han aportado numerosas contribuciones teóricas y técnicas para su conducción Según Rodriguez Sutil (1996), "Kenneth S. Pope advierte que la devolución es un proceso dinámico e interactivo (como la eva-

[A] Lic en Psicologia. UNMDP. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. rominacolacci@yahoo.com.ar
[B] Lic en Psicologia. UNMDP. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. analiaambrosi@yahoo.com.ar
[C] Lic en Psicologia. UNMDP. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. lauraiglesiaslaura@hotmail.com

luación en su conjunto), aunque no es suficientemente atendido, a menudo por la necesidad de abreviar el proceso, o por dificultades del propio clínico" (p.3).

Proponemos en el siguiente escrito subrayar la importancia de la devolución como parte del Proceso Psicodiagnóstico en su conjunto, revisando sus objetivos, sus tiempos, sus posibles devenires y sus normativas jurídico legales. Tomamos como marco de referencia la concepción de Etel Kacero (2006) quien, desde el Paradigma de la Complejidad, entiende el Psicodiagnóstico como acontecimiento, definiéndolo como

> una co-producción con otro que participa en ese juego vincular, acotado en el tiempo (...) un hecho singular, que puede ser inscripto como novedad: novedad para el sujeto y también para el entrevistador (p.15)

Aunque la autora refiere al proceso en su conjunto, la devolución cobra especial valor en su carácter instituyente, transversal a todo el devenir psicodiagnóstico.

La devolución como cierre del proceso

García Arzeno (1993) afirma "Tanto para quien consulta como para nosotros, lo inconcluso queda como algo pendiente e incómodo"(p. 304) fundamentando desde la teoría de la Gestalt, la necesidad de cierre de procesos y conductas. Lunazzi (2018), más recientemente, afirma:

> No es nuestro abordaje cerrar interrogantes, sino abrirlos, (...) Un buen uso de la devolución tenderá a generar los deseos del sujeto (...) para interrogarse y hacerse cargo de sus dificultades con sus propios límites y valores. Pretendemos favorecer búsquedas de sentido saludables, subjetivas y propias. (p.71)

Peusner (2016) vislumbra en la incomodidad, una oportunidad y una estrategia en la producción de sentidos.

De una etimología para desenrollar

Devolver es un término que se origina en el latín y deriva del verbo devolvo, (devolvis, devolvere) formado por el prefijo de-, que señala dirección de arriba hacia abajo, y el verbo volvo (volvis, volveré) que significa dar vuelta, hacer rodar, hacer caer rodando.

Desde esta concepción etimológica, devolver podría entenderse como volver (rodando) algo al estado anterior o al que estaba. La acción de devolver refiere a volver una cosa al estado o situación que tenía; restituir una cosa a la persona que la poseía; corresponder a un favor o un agravio; entregar algo de nuevo a su propietario, e incluso puede significar el acto de vomitar.

Tal como lo rescata Ocampo (s.f.), el vocablo devolución porta una fuerte carga metafórica referida por un lado, al cambio de tenencia de objetos y, por otro, a un sentido relacionado a lo digestivo. Históricamente, las primeras conceptualizaciones sobre devolución fueron desarrolladas en un contexto en que predominaban las metáforas corporales (incorporativas, digestivas, excretoras) en el discurso psicoanalítico. Este modelo llevó, naturalmente, a pensar los procesos involucrados en el psicodiagnóstico como una circulación de objetos; se trataría de "entregarle de vuelta" sus contenidos al sujeto (los mismos que el sujeto le habría entregado a lo largo del proceso al psicodiagnosticador). Así el consultante no se retira "vacío" y el profesional se alivia de la carga que no le corresponde. Los contenidos se devolverían de manera "dosificada y discriminada" por el psicodiagnosticador. Ocampo (s.f.) risueñamente remite estas formulaciones a la idea de que "el profesional es algo así como un ave que regurgita en el pico de su polluelo el alimento previamente ingerido... solamente que en este caso la tal sustancia provendría precisamente del interior del pichón" (p.1). Menciona que por esto suele indicarse prestar especial atención a lo que el sujeto puede o no reincorporar, y evitar caer en el error de atiborrarlo (salvajemente) con informaciones que no puede o no está listo para aceptar. (Ocampo, s.f., p.2) Concluye la autora indicando que esta metáfora congelada en la palabra "devolución", ha condicionado nuestra posibilidad de pensar e invisibilizado algunos aspectos propios de la culminación del proceso que transcurre entre los participantes.

Tal como afirma Pérez Lalli (2019), Lunazzi retoma estas perspectivas sobre la devolución, incluyendo cambios de trascendencia y señalando dos ejes centrales: el papel activo del entrevis-

tadx, quien construye la devolución junto al psicodiagnosticadxr y el reconocimiento de que el saber es inconsciente y pertenece al sujeto, no es propiedad, ni administrado, ni dosificado por el profesional (Lunazzi, 2018, p.73). Propone la perspectiva de la devolución en tanto intervención subjetivante: "No es nuestro abordaje cerrar interrogantes, sino abrirlos".(p. 77)

Retomando la etimología del vocablo: la palabra devolución alude a "caer rodando" y también "desenrollar". Es interesante remitirnos a este origen porque, dejando a un lado los demás significados, proponemos pensar este tiempo de la devolución, como un desenrollar la problemática presentada. Se tratará de "ir desenrollando" a través de todo el proceso, hacia un tiempo de concluir que retomará el inicio y permitirá ver en perspectiva el conjunto. Un concluir que propicia una apertura y conlleva en sí mismo el proceso todo, de ahí su carácter transversal y simultáneo.

La transversalidad de la devolución en el proceso

Habitualmente solemos pensar que la entrevista de devolución se ubica al final del proceso. Sin embargo, Lunazzi (2017) considera la devolución como un proceso que se inicia desde el primer encuentro. Lo que habitualmente se supone al final forma parte del inicio. Quizá una manera de entender este principio/fin es entender que la devolución opera transversal y simultáneamente durante el proceso. La lógica del inconsciente con su ausencia de contradicción, con la posibilidad de que algo sea y no sea a la vez, rompe con el principio de identidad y de bivalencia, donde este principio/fin de la devolución podría ser pensado, donde la temporalidad se muestra subvertida.

Tradicionalmente el tiempo es pensado de forma lineal, calculado en términos cronológicos. Pero el psicoanálisis propone pensar el tiempo de otra manera. Freud otorga importancia a la dislocación del tiempo lineal, proponiendo la teoría de la temporalidad de retroacción. La retroacción (l*Nachtraglichkeit ó après coup)* es el modo en que los acontecimientos presentes afectan a posteriori los pasados, ya que el pasado, es constantemente reinterpretado a la luz de las experiencias presentes. En continuidad, Lacan (2015) enseña que el tiempo del inconsciente es un tiempo que responde a una pulsación: apertura y cierre. No se acomoda a un parámetro cronológico, medible, objetivable. El psicoanálisis abandona entonces la concepción lineal y cronológica del tiempo, a favor de una concepción de tiempo lógico. Tampoco el sujeto será medible, objetivable.

Lacan (2007) aborda el tiempo a partir de un problema de lógica, conocido como el sofisma de los tres prisioneros. Plantea allí tres tiempos distintos, desligados de una cronología: el instante de ver, el tiempo de comprender y el momento de concluir. Cada tiempo es un tránsito hacia el siguiente, se reabsorbe en él, subsistiendo el último. Por tanto, son momentos que incorporan al anterior y lo transforman.

El momento de concluir supone un acto, cuando se actúa ya no se comprende más. Todo juicio es esencialmente un acto. Lo que singulariza el acto de concluir es que se adelanta a su certidumbre. Será desde esta concepción lógica del tiempo desde donde proponemos pensar la entrevista de devolución y el proceso psicodiagnóstico en su conjunto. Un trabajo diagnóstico es producto de la anticipación de una conclusión.

Cierres y aperturas serán parte del proceso todo, cada entrevista sostendrá un momento de conclusión y la apertura a la siguiente, como así el proceso en su conjunto precisará, lógicamente, concluir. Si no diese este momento de concluir, la diacronía perdería su sentido. Proponemos pensar que el proceso psicodiagnóstico se propaga en ese movimiento lógico de tres tiempos. La devolución, como momento de concluir, implica un acto: acto de cierre y de apertura, acto de potencial resignificación, sin ligadura al tiempo cronológico.

De un concluir normativo y una apertura ética.

La devolución es una exigencia presente en nuestras normativas: Ley 26.529 (Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud), Ley 26.657 (Derechos a la Protección de la Salud Mental), Ley 26.061 (Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes), Código de ética del psicodiagnosticador de Adeip, entre otros, explicitan el resguardo y derechos de quienes son partícipes de una evaluación psicológica. Los marcos éticos

y legales establecen la condición de transmitir los resultados, ajustando la especificidad según etapas evolutivas, condiciones de salud, o característica de los ámbitos.

Partiendo desde marcos históricos y actuales, nos propusimos pensar la devolución en clave al concepto de acontecimiento, subrayando la condición vincular y subjetivante que ofrece el Proceso Psicodiagnóstico. Posición que propicia el encuentro desde la singularidad, que exige la apertura a la escucha en cada instante, enmarcado en la hospitalidad que da lugar a la acogida del otrx, al movimiento dialéctico del cuidado. Cada encuentro permite apostar al siguiente, para acompañar la búsqueda originada en preguntas, andamiando ese acontecer. Desenrrollando, interpeladxs éticamente, responsables de nuestra intervención.

Entendemos que no se tratará entonces de concluir revelando verdades unidireccionales, a modo oracular, inmutables, con diagnósticos que en nombre de la objetivación cosifiquen al sujeto. Si logramos que la abstinencia no se transforme en rigidez, que las palabras no sean meros resultados de informaciones preestablecidas, que las técnicas no se constituyan en muros defensivos, si atendemos a los efectos transferenciales y contratransferenciales que allí cobren lugar, si en definitiva obramos desde nuestro rol, habrá allí una oportunidad. Lo que concluye no cierra…

Referencias bibliográficas.

Diccionario Real Academia Española. (2020) En: https://dle.rae.es/devolver
Freud , S. (1896) La herencia y la etiología de las neurosis. OC Vol. III Ed, Lopez Ballesteros.
García Arzeno, M. (1993) Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico. Ed.Nueva Visión
Kacero, E. (2006) El psicodiagnóstico como acontecimiento. Revista Psicodiagnosticar. Volumen 16. ADEIP.
Lacan, J. (2007) El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada en Escritos 1. Ed. Siglo XXI.
Lacan, J. (2015) El Seminario 11 Los cuatro conceptos del psicoanálisis . Ed. Paidos.
Lunazzi, H (2017) Relectura del psicodiagnóstico: El juicio Clínico, problemáticas epistemológicas, metodológicas y éticas. (1). Ed. Lugar
Lunazzi, H. (2018) Relectura del Psicodiagnóstico: La evaluación terapéutica y la clínica de la pantalla. (2). Ed. Lugar
Ocampo, M. (s.f) Devolución, poder y retórica. En: https://racimo.usal.edu.ar/4489/1/151-641-1-PB.pdf
Perez Lalli, M. (2019) Notas sobre la devolución en el trabajo diagnóstico con niñxs y adolescentes. Material PTD 2020. Facultad de Psicología. UNMDP.
Peusner, P. (2016) El psicoanálisis con niños es un chino. Ed. Letra Viva.
Rodriguez Sutil, C. (1996) La ética de la devolución en el Psicodiagnóstico clínico. Papeles del Psicólogo. Vol.66.

F.I.S: ÁREA RELACIONES INTERPERSONALES EN CON-TEXTO DEL COVID-19

Adriana Luque [A], Rogelio Biasella [B], Oscar Melillo [C], Mónica Coppola [D], Luz Riveira [E], Lidia Sara Merlo [F]

El presente trabajo se inscribe en el marco de la Investigación denominada "*Actualización del Test de Frases Incompletas de Joseph M. Sacks"*, del que participan las Cátedras de Fundamentos, Técnicas e Instrumentos de Exploración Psicológica I y II de la Facultad de Psicología de la U.N.L.P.

[A] *Investigadora. Profesora. Facultad de Psicología U.N.L.P. La Plata, Buenos Aires. Argentina. luquead@gmail.com*
[B] *Investigador. Docente. Facultad de Psicología U.N.L.P. La Plata, Buenos Aires. Argentina. rogelio.biasella@gmail.com*
[C] *Docente e Investigador. Facultad de Psicología de la U.N.L.P. Facultad de Psicología U.N.L.P. La Plata, Buenos Aires. Argentina. oscarmelillo@gmail.com*
[D] *Lic. y Prof. Psicología. Investigadora y Docente. Facultad de Psicología U.N.L.P. La Plata, Buenos Aires. Argentina. monicacoppola2000@yahoo.com.ar*
[E] *Estudiante avanzada de las Carreras Lic. y Prof. en Psicología. Facultad de Psicología U.N.L.P. La Plata, Buenos Aires. Argentina. luzriveira24@gmail.com*
[F] *Lic. en Enfermería. Estudiante avanzada de las Carreras Lic. y Prof. en Psicología. Facultad de Psicología U.N.L.P. La Plata, Buenos Aires. Argentina. lidiamerlosara@gmail.com*

Esta investigación está destinada a la actualización de los clishés por género y grupos etarios, actividad que implica demarcar las significaciones culturales para una población determinada frente a estímulos propuestos con relación a conflictivas básicas.

Sacks y otros psicólogos del New York Veterans Administration Mental Hygiene Service idearon en 1948 el Test de Completamiento de Frases (F.I.S) destinado a obtener material clínico significativo en cuatro grandes áreas representativas de la adaptación del sujeto: Familia, Sexo, Relaciones Interpersonales y Concepto de Sí Mismo; cada área incluía ítems que reflejaban distintas actitudes.

La aplicación del FIS se presentaba en un escenario donde las neurosis/psicosis de guerra (hoy, estrés postraumático), además de la presencia de lesiones a nivel orgánico (amputaciones, mutilaciones, pérdida de sentidos, etc,) empezaban a tener efectos psicológicos en una población cada vez más devastada.

Las 60 frases o troncos verbales que componían la técnica, debían ser completados por el sujeto con lo primero que se le ocurría y estaban pensadas para evaluar los efectos que la guerra había dejado en sus combatientes, con el fin de obtener información relevante para la evaluación de la accesibilidad terapéutica.

En esta oportunidad abordaremos el **ÁREA de RELACIONES INTERPERSONALES**, que incluye: actitudes hacia los amigos y conocidos; compañeros en la escuela o trabajo; superiores en el trabajo ó la escuela; y la gente supervisada. Compuesta por 16 ítems que dará la oportunidad al sujeto de expresar sus sentimientos hacia los demás fuera del hogar y su idea de lo que sienten los demás con respecto a él.

Tal como lo proponen los autores, éstos ítems son:

IV.- Actitud hacia las PERSONAS SUPERVISADAS (los ítems son los números 4,19,34,y 48):

4.- Si yo estuviera a cargo….
19.- Si la gente trabajara para mí...
34.- La gente que trabaja para mí ….
48. Cuando doy ordenes, yo …

VI. Actitud hacia LOS SUPERVISORES EN LA ESCUELA Y EN EL TRABAJO (ítems son los números 6, 21, 36, 51):

6.- Las personas que están sobre mí…
21.- En la escuela, mis maestras...
36.- Cuando veo al jefe venir...
51.- La gente a quien considero mis superiores.

VIII.- Actitud hacia LOS AMIGOS Y CONOCIDOS (ítems son los números 8, 23, 38, 53):

8.- Creo que un verdadero amigo….
23.- No me gusta la gente que….
38.- La gente que más me agrada…
53.- Cuando no voy, mis amigos…

XV.- Actitud hacia LOS COMPAÑEROS EN LA ESCUELA o EN EL TRABAJO (ítems son los números 13, 28, 43 y 58):

13.- En las ocupaciones me llevo mejor con…
28.- Aquellos con los que trabajo…
43.- Me gusta trabajar con gente que…
58.- La gente que trabaja conmigo, generalmente,...

Creemos que estos ítems, han sido clave a la hora de evaluar los profundos efectos posguerra con secuelas de diverso tipo, sean psicológicas y/o somáticas.

Habiendo consultado diferente bibliografía, los autores coinciden en las graves dificultades para readaptarse a la vida civil que tienen estos sujetos en las áreas personales, familiares y laborales. Suelen evidenciarse en: el alto índice de suicidios en los casos más graves, en diversos síntomas orgánicos, en la aparición de trastornos por estrés postraumático, asociados a estados de ánimo (p.e. irritabilidad, resentimiento por las injusticias sufridas contra ellos, remordimientos por la lla-

mada "*culpa del sobreviviente*"), en las dificultades de la vida cotidiana (conyugales y parentales) en la comunicación interpersonal, en el poder mantener un empleo, entre otros.

Pensamos que la guerra pertenece a la categoría de catástrofe colectiva social que se define por "fenómenos disruptivos que causan daños materiales y humanos que exceden los recursos comunitarios y personales para enfrentarlos" (Beltrán y Bó de Besozzi.2002)

No imaginábamos al comienzo de este Proyecto que íbamos a encontrarnos en un escenario con características tan particulares: la pandemia generada por el virus COVID-19. Lo que al principio nos pareció un obstáculo a la investigación, resultó ser un contexto con similitudes al de la creación del FIS.

El ASPO (aislamiento social, preventivo y obligatorio) y DISPO (distanciamiento social, preventivo y obligatorio) como únicas medidas ante la inexistencia de vacunas para paliar la pandemia, llevó a cambiar los usos, costumbres y hábitos de todas las personas y a regular sus relaciones. Si bien la pandemia no es una guerra, sí podemos considerarla como un evento traumático colectivo, con innumerables consecuencias, entre ellas, fundamentalmente, en las relaciones interpersonales. El virus se nos presenta como algo real que irrumpe en nuestra existencia, la modifica o altera globalmente y hace añicos nuestro sistema de seguridad, nuestros sueños, expectativas, vínculos, etc., todo queda afectado por él, marcando un "antes" y un "después", al igual que la guerra.

El aislamiento, la angustia, la muerte y los cambios de rutinas son experiencias que se articulan en un fenómeno global y a su vez, se expresan de manera individual, diferenciando los efectos sintomatológicos de la guerra.

En este sentido, pensamos que tanto la guerra como la pandemia se enmarcan dentro de lo que se denomina "evento disruptivo". Este último es para Benyakar (2003, p.46) aquel que tiene "*la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración".*

Por su parte, el DSM-5 ubica el TEPT en un capítulo titulado "Trastornos relacionados con trauma y estresores", en vez de considerarlo como parte de un trastorno de ansiedad tal como se proponía en el DSM-IV. A su vez, los nuevos criterios diagnósticos del DSM-5 especifican qué es lo que constituye un evento traumático.

En el año 2015 se realizó una actualización y en 2016 se efectivizó la publicación de un *suplemento para la clasificación diagnóstica* en Estados Unidos. El mismo contiene las actualizaciones del CIE-10-MC e incluye el contenido de las actualizaciones anteriores que siguen siendo consideradas relevantes para la práctica clínica. Se introduce una modificación respecto del DSM-5 publicado en el cual se define, al anteriormente llamado "**trastorno de estrés postraumático"**, como "***Trastornos de adaptación"***. (DSM-5, pág. 285).

Autores contemporáneos como Benyakar (2003) cuestionan el uso de términos como "traumático" o "situación traumática" porque consideran que no se distinguen los hechos que provienen de afuera, el impacto en el psiquismo y su modo de articulación en el interior del sujeto. Propone el uso del término "disruptivo", para referenciarse a hechos y situaciones que suceden en el mundo externo y generan una desestabilización en el aparato psíquico.

Podemos considerar al contexto de Covid-19, como disruptivo ya que nos vimos afectados desde lo económico, lo social, lo afectivo, lo simbólico, en nuestra cotidianeidad y en nuestros vínculos, enfrentándonos a múltiples pérdidas y a la elaboración de duelos.

La sociedad entera se vio en un estado de alerta permanente y con cambios en las rutinas y cuidados ante los posibles contagios. Si bien, este virus no representa una guerra, comparte, como toda catástrofe colectiva social, una huella en la historia, marcando un antes y un después.

CONCLUSIONES:

Se denominan situaciones disruptivas a todos aquellos eventos que comparten las características comunes de ser súbitos, imprevistos o de gran magnitud, pero con aspectos diferenciados, tales como: violencia urbana, ataques agresivos, maltrato, abuso sexual, accidentes graves, de-

sastres naturales y tecnológicos, enfermedades repentinas graves, accidentes, muerte súbita o enfermedades terminales en familiares o allegados (Beltrán y Bó de Besozzi 2002ª, p. 208).

En este sentido, pensamos que podríamos establecer puntos de contacto (sin intentar equiparar) lo que sucede en una posguerra y en la pandemia (COVID-19) ya que en ambas se verían afectadas las relaciones económicas, de trabajo e interpersonales, considerando que el tejido social se ve deteriorado por encontrarse los sujetos despojados o desafectados de los valores culturales que hacen a la vida cotidiana, cuyos efectos pueden ser similares o no cuando administremos el FIS.

Bibliografía

ABT Y BELLAK. (1963) Psicología Proyectiva. Test de Completamiento de Frases de Sacks. (pp. 211-223). Buenos Aires. Paidós
American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.)
American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM- IV (4a. ed)
American Psychiatric Association (2016) Suplemento del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (5a. ed)
BELTRÁN, M. C. Y BÓ de BESOZZI, A. (2002a). Desorden postraumático. Cuestiones sobre la especificidad de la asistencia en situaciones de catástrofes sociales. En E. BEKER, M. C. BELTRAN y A. BÒ de BESOZZI (2002). Intervenciones en situaciones críticas. Prácticas interdisciplinarias, Volumen 1. (Capítulo II, pp. 175-205) Buenos Aires: Editorial Catálogos.
BELTRÁN, M. C. Y BÓ de BESOZZI, A. (2002b). Situaciones de catástrofes colectivas y efectos comunitarios. En E. BEKER, M. C. BELTRAN y A. BÒ de BESOZZI (2002). Intervenciones en situaciones críticas. Prácticas interdisciplinarias, Volumen 2. (Capítulo II, pp. 55-71) Buenos Aires: Editorial Catálogos.
BENYAKAR, M. (2003). Lo Disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales. Buenos Aires: Editorial Biblos

APROXIMACIONES A LOS CONOCIMIENTOS QUE SE CONSTRUYEN EN TORNO A LA SALUD MENTAL A PARTIR DE LA TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Victoria Alejandra Vidal [A], Leticia Grippo [B]

Introducción

Edgard Morîn, al presentar el Método 3, el conocimiento del Conocimiento plantea que "tenemos una necesidad vital de situar, reflexionar, reinterrogar nuestro conocimiento, conocer las condiciones, posibilidades y límites de sus aptitudes para alcanzar la verdad a la que tiende" (Morín 2010: 264). En este trabajo nos proponemos abrir, con una perspectiva teórica, una reflexión, una interrogación sobre el conocimiento construido por medio de la revisión de las investigaciones que, con el marco teórico de la teoría de las Representaciones Sociales, trabajan la cuestión de la salud mental en Argentina con la perspectiva que Morin propone. La teoría de las RS tiene amplia tradición teórica sobre la Salud mental. Noemí Murekiam señala que:

> Históricamente, la teoría de las representaciones sociales nació articulada con el campo de la salud mental, convirtiendo en objeto de estudio psicosociológico dos fenómenos, "el psicoanálisis" y "la locura", cuya densa textura permitió forjar y desplegar la riqueza de una noción transversal en sí misma compleja y multidimensional (2020:120).

Sentadas las bases de la modernidad, la ciencia toma una mirada particular. Rubén Pardo (2000) describe las características que debe ostentar un conocimiento para ser considerado científico: contar con capacidad descriptiva, explicativa y predictiva. Son necesarios el carácter crítico, el

[A] Psicóloga, Docente, Investigadora. Universidad Nacional de Quilmes. Bernal, Buenos Aires, Argentina. victoriaavidal@yahoo.com.ar
[B] Psicóloga, Docente, Investigadora. Universidad Nacional de Quilmes. CABA. Argentina. leticiagrippo@gmail.com

fundamento lógico y empírico, el carácter metódico (verificación y comprobación, consecución de pasos), la sistematicidad (unidad armónica y no contradictoria de saberes), la posibilidad de ser comunicable mediante lenguaje preciso y pretensión de objetividad. La relación entre conocimiento científico, el método y el proceso de investigación es íntima "el método científico indica el proceso o camino correcto para llevar a cabo una investigación científica para que una vez verificable se establezcan leyes y teorías" (Gama 2007: 24).

Marcela Botinelli (2007) revisa los criterios de demarcación de la ciencia y sostiene que hay modelos que no reconocen el proceso constructivo del sujeto en la ciencia, el sujeto activo e histórico, protagónico. Señala que los aportes de Hegel, Marx, Vico y Piaget permiten comprender la lógica de las génesis de las estructuras formales, retomando la complejidad de la realidad. Es en este sentido que abordaremos las investigaciones en RS. Tal como señala Cristina Chardon (2020): Serge Moscovici, por su formación piagetiana, no puede dejar de ver en ellas la actividad epistémica del sujeto. "Hay un sujeto activo, que construye a partir de sus interacciones con otros en vida cotidiana, a través de la comunicación, de intercambios conversacionales, de la cultura" (Chardon, 2020: 4).

Pensar la construcción de conocimientos en torno a la Salud mental, en Argentina, en la segunda década del siglo XXI, requiere llevar adelante un recorrido que la contextualice, que se enriquezca con las tensiones, las discusiones, las controversias, las explicaciones posibles acerca de quienes sufren, quienes cuidan, quienes conviven, etc. Esta pluralidad de voces y miradas nos aleja de la perspectiva de objetividad de la ciencia moderna, el sujeto está presente y activo. Una de las maneras de acercarse y analizar algunos procesos sociales, discursos, es observar la forma en que se plantean las investigaciones. Cada proyecto, situado en un contexto, en una época, expresa una posición ética y política, imposible de soslayar, para describir e interpretar la vida social y cultural de quienes participan en un proceso investigativo, como lo plantea Creswell (citado en Vasilachis, 2006): "es un proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas –la biografía, la fenomenología, la teoría fundamentada en los datos, la etnografía y el estudio de casos– que examina un problema humano o social" (p. 24).

Teoría de las representaciones sociales: síntesis de conceptos centrales

Para Jodelet (2020) el concepto RS se vincula con productos y procesos del pensamiento del sentido común: "Es una forma de pensamiento práctico, socialmente elaborado, marcado por un estilo y una lógica propias, y compartido por los miembros de un mismo colectivo social o cultural" (Jodelet 2020 :3).

Chardon (2020) retoma las palabras de Denise Jodelet, y señala que la RS es un contenido transversal que se usa de manera recurrente en las Ciencias Sociales, que se caracterizan por ser un conocimiento del sentido común puesto en acto en la vida cotidiana con status de teorías ingenuas, orientan la percepción guìan la acción y la lectura de la realidad. Como sistemas de significación facilitan la interpretación de los acontecimientos y las relaciones sociales. Las RS enuncian la relación que las personas y los grupos establecen con su mundo de vida y los otros actores sociales, se construyen en la interacción y a través de los discursos que circulan socialmente, se asientan en el lenguaje y las prácticas cotidianas, actúan como un lenguaje por su función simbólica, y brindan marcos para codificar, clasificar y categorizar lo que constituye el universo de vida.

Genealogía en construcción: RS sobre Salud Mental en Argentina

Consideramos que un buen comienzo para esta genealogía era recordar que la mayoría de las investigaciones desde la teoría de las RS en Argentina, se enmarcan en una larga historia de intercambios entre Francia y Argentina, tal como señala Jodelet (2016) en el Prefacio del libro *Investigaciones en Representaciones sociales en Argentina: problemas teóricos y producción empírica*, la unen lazos de afecto y académicos con distintos investigadores/as de nuestro país. Consideramos que su análisis sobre la producción local, enriquece y amplía nuestra mirada sobre las investigaciones argentinas. A su criterio, las mismas tienen como sello distintivo el compromiso social:

"... desarrollarse las líneas de investigación cuya diversidad, observable tanto en sus ob-

> jetos como en las modalidades de realización, deja traslucir una unidad profunda, característica de la producción argentina … relacionada con un interés compartido por una psicología social comprometida en la defensa de los derechos humanos, y preocupada por enfrentar abiertamente los problemas planteados por la confrontación entre subjetividad y procesos sociales" (Jodelet, 2016:11).

Las investigaciones sobre las RS de Salud Mental no escapan a esta descripción pero además tienen características específicas. En esta oportunidad, compartimos algunas consideraciones sobre el análisis del estudio *"Percepción social de la Salud Mental" (1991-1993)* dirigido por Noemí Murekian, que fue una de las primeras investigaciones sobre RS de Salud mental en nuestro país y puso en el centro de la escena la relación entre Salud Mental y reforma psiquiátrica, al indagar sobre las RS de los procesos de desmanicomialización. Revisitada en la actualidad, esta investigación se revela como un antecedente importante casi una década antes de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, que en cierta medida, daba cuenta de las dificultades que enfrentaría un proceso de transformación representacional como el que implicó luego la ley. Es interesante que el punto de partida de la investigación es la preocupación por conocer el impacto representacional de un proceso de reforma que interpelaba el modelo asilar. En este sentido, se puede afirmar su fuerte compromiso con las experiencias de transformación social en pos de garantizar derechos a las personas con sufrimiento psíquico.

Se trató de un estudio exploratorio-descriptivo que describió las relaciones entre los factores estructurales y los valores implícitos de la salud mental frente a una experiencia concreta de reforma psiquiátrica en la población de Río Negro- Viedma. Trabajó con una metodología cualitativa (encuesta social con preguntas abiertas y cerradas y asociación libre) con el objetivo de rastrear el campo semántico sobre la salud mental, la enfermedad mental y la locura.

Entre los resultados más interesantes, se destaca el hallazgo de que los factores estructurales (educación y nivel socioeconómico) tienen un peso importante en el acceso y asimilación de la información sobre la salud mental. Sin embargo, sólo pudo observarse el efecto del contacto informativo en las dimensiones factoriales de las representaciones de la salud mental y la enfermedad mental, ya que el mismo no modifica la representación sobre la locura debido al peso que tiene la dimensión afectiva-evaluativa en relación con las dimensiones cognitivo-explicativas. Se encontró que el miedo borraba la influencia del contacto informativo en el plano del conocimiento (en sujetos informados y desinformados). El estudio mostró que el impacto de las políticas de desmanicomialización no había desestabilizado el núcleo central de la RS de la locura ni el de la enfermedad mental, pero la información había activado elementos periféricos de la RS de Salud mental (Murekian y otres, 1997).

Reflexiones finales

Este artículo pretende ser el puntapié inicial para el armado de una genealogía sobre la producción científica argentina sobre las RS de Salud mental con el objetivo de revisar sus límites, las áreas invisibles, los temas y conceptos visitados frecuentemente y la índole de sus contribuciones.

La breve reseña realizada sobre la investigación elegida nos permite plantear algunas reflexiones: el carácter de innovación que desde el inicio tuvo la indagación sobre las RS sobre Salud Mental al estudiar procesos de transformación social y representacional como la desmanicomialización, la preocupación por la relación cambio representacional - información que es un un eje central de las campañas de concientización, el reconocimiento de la importancia de indagar sobre las relaciones entre la dimensión cognitivo-explicativa y la afectiva-evaluativa por el peso que la segunda tiene en la resistencia al cambio representacional y su poder de anulación del contacto informativo.

Bibliografía

Bottinelli, M.M. (2007)"La producción de conocimientos y las publicaciones científicas en la práctica profesional. Reflexiones metodológicas sobre la producción de artículos científicos". En Cuadernos de trabajo del centro de investigaciones en teorías y prácticas científicas, Nº 6 Ediciones EDUNLA. Diciembre de 2007

Chardon, M.C. (2020), Denise Jodelet, orfebre de las representaciones sociales, Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales, Vol. 07, N° 01: 76-84.

Gama, M. (2007). Biología I. Un enfoque constructivista. México: Pearson.
Jodelet, D. (2020), Las representaciones sociales: un recurso para indagar la complejidad psicosocial: el caso de la Vejez, Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales, Vol. 07, N° 01: 64-75.
Jodelet, D. (2016). Prefacio. En Chardon, MC; Murekian, N; Scaglia, H (Comp) Investigaciones en Representaciones sociales en Argentina: problemas teóricos y producción empírica. Buenos Aires: Editorial UNQ. (pp 9-16).
Jodelet, D. (2000). Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. En D. Jodelet, D; Guerrero, A. Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales (pp 7-30). UNAM.
Morín, E. (2010). El Método 3. El conocimiento del conocimiento. España: Ediciones Cátedra.
Murekian, N. G. (2020), Aportes de Denise Jodelet al campo de la salud mental: un camino de producción y compromiso renovado, Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales, Vol. 07, N° 01, p. 119-133.
Murekian, N.; Cid, A.; Valencia, J. F. (1997). Salúd Mental, Fuentes de Información y Representaciones Sociales. El peso de los factores estructurales en el anclaje diferencial del impacto cognitivo y simbólico de las políticas de desmanicomialización. V Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. UBA. Facultad de Psicología. Secretaría de investigaciones.
Pardo, R. (2000). Verdad e historicidad. El conocimiento científico y sus fracturas en la posciencia (Esther Díaz editora). Buenos Aires: Biblos.
Vasilachis, I. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

FAMILIA 24/7 EN CONTEXTO DE PANDEMIA

Andrea Falocchi [A], Silvina Martínez [B], Diego Peralta [C], María Luján Paulos [D], Jessica Sabrina Laurino [E], Sofía Bugallo [G]

"Estamos llamados a ser resilientes. Entre guerras, conflictos armados, pandemias y diferencias sociales están los que acaban con la humanidad. En el último siglo, estos han dejado tanto impacto, que no somos los mismos luego de haberlos vivido."
(Darío Echeverri)

INTRODUCCIÓN

Somos un equipo de profesionales y estudiantes de la carrera de Lic. En Psicologia de la UNLP, que actualmente nos encontramos trabajando en el proyecto de investigación denominado "Actualización del Test Frases incompletas de Joseph M. Sacks" y, en relación a dicha técnica creada en el año 1948, nos proponemos repensar uno de los constructos que forma parte de las cuatro grandes áreas de exploración representativas de la adaptación del sujeto: el constructo Familia, con el objetivo de reconsiderar su aplicación en el contexto actual.

Duarante el año 1948, Joseph Sacks en colaboración con otros psicólogos del "Veterans Administration Mental Hygiene Service" de Nueva York, idearon el Test de Frases Incompletas (FIS) con el fin de obtener material clínico en áreas representativas de la adaptación del sujeto: familia, sexualidad, relaciones interpersonales y concepto de si mismo. En ese entonces, la técnica fue concebida en un contexto sociohistórico muy particular, ya que prevalecian los efectos producto de los conflictos y guerras a nivel mundial.

[A] *Profesora y Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología UNLP. La Plata, Buenos Aires, Argentina. andyfalocchi@gmail.com*
[B] *Profesora y Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología UNLP. La Plata, Buenos Aires, Argentina. silvinadelaplata@yahoo.com.ar*
[C] *Lic. en Psicología UNLP. Docente investigador. Facultad de Psicología UNLP. La Plata, Buenos Aires, Argentina. diegomartinperalta@hotmail.com*
[D] *Estudiante de Grado Facultad de Psicología UNLP. La Plata, Buenos Aires, Argentina. lujanpaulos@hotmail.com*
[E] *Estudiante de Grado. Facultad de Psicología UNLP. La Plata, Buenos Aires, Argentina. jessicalaurino.jl@gmail.com*
[F] *Profesora en Psicología. Facultad de Psicología UNLP. La Plata, Buenos Aires, Argentina. sofiabugallo@gmail.com*

Rafael Pardo Rueda, economista, profesor universitario e investigador, narra en su libro *La historia de las guerras,* que estas "(…) no empiezan por casualidad, y ocurren, en general por profundas razones sociales, políticas o económicas y, usualmente, tampoco se acaban solas". En otras palabras, las guerras, asi también como los disturbios, conflictos internacionales o atentados, pueden ser considerados como catástrofes. Una catástrofe "implica un suceso negativo, a menudo imprevisto y brutal, que provoca destrucciones materiales y pérdidas humanas y ocasiona un gran número de victimas y una desorganización social importante. Esta destrucción trae muchas otras consecuencias que perduran en el tiempo" (Munist, Mabel M. y otros; 2011:95). De acuerdo al origen es posible ubicarlas dentro de los desastres que son de causa humana, es decir, provocados por la intervencion directa del hombre y su duración es indeterminada. Karl von Clausewitz agrega que "la guerra es la continuación de la política por otros medios" y, creemos, que se podrían aplicar los mismos conceptos a las pandemias.

> Empiezan a existir pandemias con el surgimiento del capitalismo mercantil, proceso que inaugura el libre intercambio de microbios entre nuevos y viejos mundos. La primera gran mortalidad se debió a una epidemia de "influenza porcina o gripe del cerdo", el acontecimiento histórico-epidemiológico y de la salud pública más importante del Nuevo Mundo, tras la llegada del segundo viaje de Colón. Durante los siglos XVIII, XIX y XX sucedieron veintidós pandemias. (Echeverri, Darío:2020)

En el año 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró una emergencia de salud pública en condición de pandemia, dada la aparición y extensión de un patógeno identificado como el virus Covid-19. La enfermedad por coronavirus se cree que llegó para quedarse y sus efectos se pueden observar en diferentes ámbitos de la vida, como en el ámbito laboral, social, económico, familiar y específicamente en el nivel intrapsíquico.

DESARROLLO

A raíz del confinamiento, en particular, el constructo familia, (en referencia al área familiar cubierta por la técnica de Sacks), se ha visto conmovido por diversos factores que han impactado tanto en lo vincular afectivo, como en lo particular de cada sujeto que forma parte del grupo familiar.

Muchos de estos factores están sumamente atravesados por las demás esferas, produciendo las más vastas consecuencias. Podemos nombrar algunas: en relación al nivel económico laboral, la pérdida de empleos (formales e informales), una fuente de trabajo insegura, derivan en el decrecimiento y/o la pérdida de ingresos, en la dificultad de pagar impuestos, saldar deudas (incluso elevarlas), satisfacer las necesidades básicas, lo que implica un deterioro en la calidad de vida.

Asimismo el deber de los sujetos y las familias a permanecer aislados en cuarentena, ha incrementado en muchos casos, diversas situaciones convivenciales como, violencia familiar y/o doméstica, una disyunción en la relación conyugal y a su vez en la dinámica familiar; asi como también podría cuestionarse sobre los roles funcionales o si la comunicación se ha visto o no discontinuada.

En este plano, surgen además los efectos del uso desmedido de las redes sociales, internet, comunicación rápida por chats, las reuniones virtuales utilizando cada vez nuevas y mejores plataformas que han cambiado la forma de comunicarnos, de hacer negocios locales e internacionales, de educar en colegios y universidades; surge el teletrabajo como una nueva manera de generar ingresos y continuar trabajando para las empresas sin necesidad de desplazarse, exponerse a riesgos, o incrementando el tráfico en las calles y aumentando la contaminación ambiental. Accedemos a la información y a programas culturales a través de internet, incluso ha cambiado la forma de conseguir alimentos mediante envíos a domicilios… Y estos *cambios mientras que han sido significativos en el posicionamiento de los sujetos; han permitido estar más tiempo en el hogar compartiendo con la familia.*

Sin perder de vista nuestros objetivos en la investigación, consideramos que detrás de estos efectos, como diversos otros del contexto pandémico, es posible delimitar un paralelismo con las secuelas del contexto sociohistórico de post-guerra en el cual era implementada la técnica de Sacks.

Es por eso que consideramos fundamental en nuestra investigacion, tener en consideracion los aspectos que hacen al contexto sociohistorio actual pandémico, dado que al momento de realizar las admnistraciones y estadísticas es muy probablemente que nos encontremos con respuestas y reacciones semejantes a las que manifestaban los sujetos evaluados en los origenes del FIS de Sacks.

Respuestas que se condicen tanto a efectos físicos como tambien psicológicos. Entre estos últimos efectos, podriamos destacar temores, sentimientos de culpa, trastornos de ansiedad, angustia, depresión, consumo de sustancias, comportamiento suicida, entre otros. Así como tambien dar cuenta del desarrollo de ciertas "habilidades", en términos de Sacks, como la capacidad adaptativa y/o resiliente, el trabajo de duelo ante la pérdida.

En lo que respecta al pasado, podría surgir un sentimiento de extrañamiento o de nostalgia, mientras que el futuro, va a estar probablemente arraigado a un sentimiento inminente de incertidumbre, conduciendo a replantear o modificar un proyecto (identificatorio), o quizás dando lugar a la planificación de algo nuevo.

En una sociedad moderna hiperconectada, con un dramático incremento en el uso de redes sociales, el control de la información es más desafiante, debido a la circulación de información inexacta o aún inadecuada, con el agravante que, a menudo, esa información exagerada o engañosa exacerba las ansiedades ya existentes y deriva en pánico colectivo y brotes psicológicos.

> La salud global (física y mental) nunca será la misma después del COVID-19, no puede ser. Debemos cambiar y avanzar rápidamente, por nuestra propia seguridad y la de nuestros descendientes, más allá de la retórica de la igualdad y la búsqueda de un sistema más democrático, más multipolar, más interconectado y mejor distribuido. (Echeverri, Darío: 2020)

La consideracion y aplicación de la capacidad adaptativa de los sujetos frente a hechos tan desmedidos como los contextos anteriormente desarrollados, puede representar un punto de asociación entre ambos y significar el punto de partida del cambio. El concepto de *resiliencia* se plantea como "la configuración de capacidades y acciones que se orientan a la lucha por rescatar el sentido de la vida y el desarrollo frente a la adversidad" (Munist, Mabel, y otros; 2011:19). Se trata de la posibilidad de resistir y rehacerse. Esta capacidad permite al sujeto tolerar, manejar y aliviar las consecuencias psicológicas, fisiologicas, conductuales y sociales provenientes de experiencias traumáticas, sin dejar de reconocer el escenario sociohistorico en que se vive.

CONCLUSION

Frente a estas adversidades colectivas, sería pertinente destacar el trabajo comunitario y la resiliencia social.

> La resiliencia comunitaria es desarrollada a partir de la evidencia de que cada desastre o calamidad que sufre una comunidad (entendida como un conjunto de seres humanos unidos por un lazo social que implica una orientación cultural compartida que es fundamental en su identidad grupal), que produce dolor y pérdidas de vidas y recursos, muchas veces genera un efecto movilizador de las capacidades solidarias que permiten reparar los daños y seguir adelante. Se la define como la "condición colectiva para sobreponerse a desastres y situaciones masivas de adversidad y construir sobre ellas" (Munist, Mabel, y otros; 2011:84).

El rol de la familia ha sido progresivamente destacado por numerosos autores como crucial en la socializacion y la resiliencia (Munis, Mabel, y otros; 2011:134).

> Algunas familias tendrán que hacer nuevos arreglos para afrontar cambios y cuestionamientos, y ceder o compartir la toma de decisiones. Otras, agobiadas ademas por problemas de supervivencia, pueden tener mas dificultades para transitar estos cambios (Munist, Mabel, y otros;2011: 216-217).

A partir de esto, ¿se podría pensar el rol de la familia como posibilitador de la capacidad adaptativa? ¿Qué papel cumpliría la resiliencia en los efectos producto de la pandemia en la familia? Para ello consideramos fundamental en la lectura de las respuestas y/o reacciones al FIS, discurrir en la importancia del vínculo, el apego, el desarrollo infantil, el desarrollo yoico, las interacciones

familiares, la comunicación entre pares, la familia como un lugar significativo, pleno de sentido, en la delimitación del constructo familiar.

Y en particular, nos preguntamos ¿Cómo se inscribe el trauma en los cuerpos? El trauma tiene que tener una forma...

BIBLIOGRAFÍA

Echeverri, Darío (2020) Entre guerras y pandemias. Revista Colombiana de Cardiología.
Munist, Mabel, y otros (2011) Adolescencia y resiliencia. Buenos Aires, Editorial Paidós.
GIBERTI, Eva (1994) "Lo familia" y los modelos empíricos. En: Vivir en familia, Wainerman, Catalina (Compiladora), pág. 115-141, Buenos Aires: UNICEF/Losada
GIBERTI, Eva (2005) "La familia a pesar de todo" Editorial Noveduc. Buenos aires.
MARTINEZ, Silvina Rosana (2017) Familias con niñ@s pequeñ@s. Problemáticas actuales. En: Nuevas familias - Nuevas Infancias. La clínica hoy. AASM pág. 152-154.
WINNICOTT, Donald (1995). La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires: Lumen-Hormé.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO TERRITÓRIO

Allan de Aguiar Almeida [A], Maria Goretti Andrade Rodrigues [B]

A pandemia nos apresenta tantos problemas, como nos oferece a possibilidade de construir soluções, nos permitindo encontrar "analisadores" (Santos, 2020). Faz-se importante um ativismo comunitário e cidadão e articulações intersetoriais a fim de se criar uma cidadania ativa, com o objetivo de provocar institucionalmente os governantes a ter compromisso com o Sistema Único de Saúde, como um todo, e com a educação pública (Rodrigues et al, 2020).

A Reforma Psiquiátrica é um "processo social complexo" (Amarante, 1998), que não se esgota com o fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Registro de cenas do cotidiano no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em tempos de pandemia como via do percurso metodológico

Considerando que o pesquisador se torna figura atuante no processo, a cartografia (Deleuze & Guattari, 2011) constitui-se viés metodológico de investigação no mapeamento dessa imbricada rede de espaços que tendem a movimentos múltiplos e variados, de avanços e retrocessos, de tutelas e interlocuções. Busca-se o desenvolvimento de políticas educacionais de saúde e a criação de saberes interdisciplinares necessários para nortear outros olhares e perspectivas transdisciplinares em processos de ensino, transmissão e cuidados numa saúde ética, política e intersetorial.

Cartografando Cenas de demandas que chegam ao CAPS

Passaremos a narrar a escrita do diário de campo e o registro de cenas do cotidiano no CAPS Ilha da Convivência.

Do outro lado da grade do portão principal olhares curiosos aguardando o recepcionista chegar com a chave. Na praça, olhos atentos, pernas balançando, na mureta da entrada principal começam a chegar aqueles que acordaram mais cedo, que vieram dos distritos, ou mesmo, os que querem somente "adiantar o dia".

[A] Psicólogo. Universidade Federal Fluminense. Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro. Brasil. allandeaguiar@gmail.com
[B] Professora. Universidade Federal Fluminense. Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro. Brasil. mariagoretti@id.uff.br

Com a abertura do portão às 8h da manhã, ao passar pelo arco principal, misturam-se na ponte profissionais, usuários do Centro de Atenção Psicossocial, e seus familiares. Alguns, andando já apresentam suas antigas e novas demandas no próprio cruzar da ponte, a fim de serem atendidos primeiro. Nas rampas de acesso, tanto do Ambulatório de Saúde Mental, como no Centro de Atenção Psicossocial, por vezes fica a dúvida em qual porta entrar, com quem falar e a quem recorrer. Alguns não sabem o nome, outros esqueceram, mas querem falar com o diretor, com o médico, com a assistente social, com a psicóloga ou com a plantonista do dia, outros querem somente pegar o remédio para ir embora para casa, "e só". Aqueles que ficaram pelo pátio da Ilha da Convivência e também no coreto, sabem que até as 9h o café da manhã será servido, enquanto isso conversa-se com os "colegas de tratamento", fuma-se um cigarro, liga-se o radinho na tomada.

Nas recepções das unidades, em meio a toques de telefone, de celular, de pedidos de prontuários, alguns vêm buscar suas receitas de fármacos, outros pedem para marcar consultas, fazer laudos de medicamentos excepcionais, atestados ou declarações para apresentar para o seguro social, "para tentar encostar". Muitas agendas nas mesas, canetas sumidas, computador lento, muitos arquivos, prontuários e fichas de agendamentos.

Nos murais, avisos com diretrizes institucionais, que não são lidos ao certo, nem pelos profissionais, nem pelos pacientes e seus familiares. Nas paredes destacam-se coloridas pinturas dos usuários do CAPS, nos móveis artesanatos, e nas janelas e portas grades instaladas devidos aos sucessivos furtos e câmeras pelos os cantos. O alarme de segurança, facilmente se confunde com o sinal de uma fábrica ao anunciar a abertura e o fechamento dos dias de trabalho e de atendimento. Ainda nas recepções, mais cheias, demandas de agendamentos, de visitas domiciliares, de atendimentos imediato, do benzodiazepínico que acabou em casa, de internação, de laudos infindáveis, de querer "falar com o responsável".

Nos consultórios começam os atendimentos tidos como os mais urgentes e necessários, nas fichas estão os agendamentos para os próximos horários da manhã e da tarde, para os grupos, para os técnicos de referência ou para os plantonistas. Na farmácia encontram-se os medicamentos separados em recipientes individualizados para os pacientes que ficarão toda a manhã, nos pacotes individualizados e com a sinalização dos horários os medicamentos daqueles que comparecem semanalmente para retirada, e nada mais.

No café da manhã as primeiras brincadeiras, por vezes o pedido de dois pães, o suco, o sentar ao lado do colega no refeitório, o querer ficar distante e por vezes em silêncio, o mostrar a roupa e os sapatos. Alguns lembram do aniversário que será mês que vem, outros lembram do aniversário que foi.

Com a chamada de um dos profissionais ou das estagiárias inicia-se a primeira atividade do dia, que geralmente é um grupo de fala, o conhecido "Grupo de Bom Dia", mas que também pode se tornar uma das oficinas terapêuticas elencadas ao longo da semana: jogos, artesanato, produção de texto, meditação, leitura, expressão corporal, pedagógica, jardinagem e outras mais que acontecem e que tentam acontecer. Nesses encontros em pequenos grupos falam-se das situações ocorridas na cidade, da importância de continuar o tratamento, das funções do CAPS, assim como ouve-se de cada qual as demandas, as situações de angústia e os sofrimentos do cotidiano: o adoecimento de um familiar, o falecimento de um conhecido pela COVID, as dificuldades relacionais com quem mora, com a vizinhança. Também se fala timidamente da preocupação financeira já que "o benefício foi cortado", daquela voz que perturba, da experiência estranha vivida, da insônia e o querer saber da hora do almoço.

Desde final de março de 2020 os projetos terapêuticos dos usuários do CAPS estão todos alterados e com restrições devido à pandemia da COVID-19 e as medidas de prevenção e contenção da doença. Como fazer uma atenção psicossocial em meio a medidas sanitárias de cuidado e restrições sociais e de encontros limitados? Num primeiro momento priorizamos os atendimentos daqueles que necessitam de maiores cuidados, assim como damos ênfase a atendimentos

domiciliares. Contatos telefônicos foram intensificados, assim como recorremos a atendimentos via internet para os poucos que possuem algum recurso tecnológico.

Os pedidos aos moradores do Serviço Residencial Terapêutico, para que pudessem estar e usar o espaço da cidade e não somente ficar dentro de casa inverteu-se desde 2020. Explicar a ameaça de um vírus invisível ainda é um desafio, tanto para os pacientes quanto para alguns profissionais que sustentam um curioso negacionismo e relativizam a seriedade do momento.

Por telefone recebemos a ligação dos filhos de Andreia, que abandonou há 8 anos o tratamento no Ambulatório, solicitando internação num hospital psiquiátrico, dado o estado de agressividade da mãe e as condutas da mesma em denunciar para a polícia os traficantes vizinhos, além de uma emboscada armada pelos últimos prefeitos para prejudicá-la.

De uma das Estratégias de Saúde da Família do município, vem o pedido de apoio para auxiliar na condução de caso de Vania, muito agressiva e delirante a brigar com o marido Severino, alcoolista e desempregado, assim como frente às solicitações de vizinhos dos mesmos dado ao quantitativo de cachorros e lixo na residência. Aproveitando a ligação telefônica a enfermeira pergunta também se poderíamos fornecer uma receita de metilfenidato para uma criança de sua área de referência, o que prontamente já problematizamos (Nacinovic & Rodrigues, 2020). A medicação não pode nunca ser a única via, questões mentais sempre "gritam" por uma contextualização onde a subjetividade possa estar presente.

Por mensagens de whatsapp, com áudios e vídeos, irmã e mãe solicitam laudo para internação compulsória em alguma clínica especializada para Marcos que tem usado álcool e cocaína, assim como furtado dinheiro e pertences domésticos. No e-mail institucional, um ofício do Centro de Referência Especializado da Assistência Social convidando o Departamento de Saúde Mental a auxiliar na reorganização de um alojamento para População de Rua, do Município.

Em dezenas de outros e-mails o Tribunal de Justiça e o Ministério Público solicitando datas para perícias psiquiátricas, laudos consubstanciados de pacientes que ainda não compareceram, relatórios e diagnósticos de pacientes em tratamento, e também endereços. Destacam-se como regulares questionamentos da juíza em relação à viabilidade de tratamento no território de paciente com uso problemático de álcool e outras drogas, assim como se fazem constantes demandas de busca ativa, com o apoio do Corpo de Bombeiros a fim de avaliar e produzir um diagnóstico e determinar tratamentos.

São recorrentes também demandas do Conselho Tutelar e da Casa Lar, uma instituição de acolhimento para crianças e adolescentes, de consultas psiquiátricas para se medicalizar os "comportamentos desajustados" e os "transtornos de conduta".

Nos crescentes acolhimentos em saúde mental, tanto no CAPS quanto no Ambulatório surgem pedidos velados e também explícitos de laudos, solicitados informalmente por advogados, para se recorrer aos benefícios assistenciais negados pelo seguro social. Há também um grande quantitativo de pedidos de consultas psiquiátricas por parte de pacientes, familiares e de profissionais de outras unidades do SUS, assim como encaminhamentos de profissionais de unidades particulares de saúde para os quadros graves de psicoses, já com prescrições prévias de medicamentos injetáveis e orais de alto custo.

Considerações Finais

As noções de vínculos, com os movimentos micro do cotidiano, se fazem tão fundamentais quanto a realização de uma política de formação profissional em saúde mental, que envolva níveis solidários, assim como o movimento de fazer nossos gestores conhecerem as necessidades, os ajustes em ação e custeio. Promover a discussão do campo da Saúde Mental, da Educação Permanente em Saúde e da Atenção Básica, na universidade e nos serviços do SUS a partir das situações vividas nesta pandemia traz à tona interseções políticas, de pesquisa, de possíveis e urgentes ações públicas, assim como propostas de intervenção.

A despeito dos ainda fortes abalos político-administrativos pelos quais passam os serviços públicos e seus profissionais no Brasil, as experiências vividas nos espaços de saúde vêm a cada dia

fortalecendo o diálogo e as ações coletivas alterando o cotidiano. A corresponsabilização dos casos começa a ganhar forças e os movimentos antes pautados em ações desconexas e individualizadas, se reestruturam e se coletiviza de modos mais horizontalizados e amplos.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

RODRIGUES, Maria G. A., ALMEIDA, Allan A., FERREIRA, Tânia F., GOLDENZWEIG, Roman E. & AMARANTE, Paulo C. D. Saúde Mental, Articulações Intersetoriais e o Apoio da Universidade em Tempos de COVID-19. Diversitates, v. 12, p. 02-13, 2020.

SANTOS, Boaventura de S. A Cruel Pedagogia do Vírus. Coimbra: Almedina, 2020. Available from https://www.cpalsocial.org/documentos/927.pdf

DELEUZE, Giles & GUATTARI, Félix. Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia (vol. 1, 2.ª ed.). São Paulo: Editora 34, 2011.

NACINOVIC, Rafaela & RODRIGUES, Maria G. Medicalização da Educação Especial: tensões na inclusão. Educação, Sociedade & Culturas, v. 57, p. 203-221, 2020.

CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES, INTERDISCIPLINA FACTOR HUMANO Y GESTIÓN DE LOS RIESGOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Carolina Interlandi [A], Martin De Lellis [B]

En la actualidad, la seguridad del paciente ha cobrado gran importancia, debido a que se estima, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que, mundialmente, uno de cada diez pacientes hospitalizados sufrió eventos negativos asociados a las prácticas en los sistemas de salud. Se trata de la decimocuarta causa de carga de enfermedad y mortalidad en el mundo, con más peso en los países de bajos y medianos ingresos (1).

Los estudios sobre la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de salud, revelan que dicha cultura se puede identificar a partir de acciones tangibles como el desarrollo de sistemas de notificación de incidentes y la actitud del personal de salud para utilizarlos y aprender de ellos, así como por tener una mente abierta para compartir información sobre las fallas y participar en el rediseño de procesos para evitar que se repitan los efectos adversos.

El cuestionario denominado Hospital Survey on Patient Safety Culture diseñado por la Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2) se ha utilizado para efectuar encuestas en diversos países. Este recopila información sobre: los resultados de la cultura de seguridad (frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad), las dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio (expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad, aprendizaje organizacional/mejora Continua, trabajo en equipo en la Unidad/Servicio, franqueza en la comunicación, feed-back y comunicación sobre errores, respuesta no punitiva a los errores, dotación de personal y apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente), las dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital (trabajo en equipo entre unidades/servicios, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades). En los Estados Unidos varios hospitales llevan a cabo anualmente la encuesta sobre cultura de seguridad del paciente, utilizando el cuestionario mencionado. Los resultados de la encuesta

[A] *Psicóloga. Dra. en Psicología. Docente de grado y postgrado e investigadora UBA-USAL. CABA. Argentina, carolina.interlandi@gmail.com*

[B] *Psicologo. Profesor. Facultad De Psicologia. UBA. CABA. Argentina. martindelellis80@gmail.com*

realizada en el 2010 en 885 hospitales, muestran que las dimensiones con la menor puntuación fueron las de respuesta no punitiva al error y la de problemas durante los cambios de turno o traslado de pacientes entre unidades o servicios, en tanto que las dos dimensiones con las puntuaciones máximas fueron la de trabajo en equipo dentro del servicio y la de acciones de la gerencia o la dirección para promover la seguridad. En España se llevó a cabo un estudio similar utilizando el mismo cuestionario, en una muestra aleatoria de 24 hospitales en el 2009 (3). La dimensión con la menor calificación fue la correspondiente a dotación de personal y la más alta calificación la obtuvo la dimensión de acciones de las áreas de directivas para favorecer la seguridad (incluye dirección, supervisión y jefaturas de servicio). Además, se han publicado en Europa estudios en cinco hospitales belgas y uno noruego, y, en UCIs de hospitales del Reino Unido. En todos los casos, el objetivo ha sido averiguar cuál es la situación de la cultura de la seguridad en las organizaciones y las iniciativas a tomar para mejorarla (4).

En México se realizó la investigación, pero en una muestra de 10 hospitales en el año 2010. El mayor porcentaje de puntajes positivos lo obtuvieron las dimensiones apertura y franqueza en la comunicación, reporte de EA e incidentes y trabajo en equipo dentro del servicio. En Brasil, uno de los últimos estudios latinoamericanos publicados, ha encontrado en una muestra representativa aplicada en un Hospital del sur del país, puntuaciones positivas para todos los dominios de la cultura de la seguridad, solo siendo negativos los resultados para la percepción de estrés (5).

En diversos trabajos latinoamericanos se ha evaluado la cultura de la seguridad en los servicios de salud de hospitales utilizado la herramienta Hospital Survey on Patient Safety. En uno ellos, realizado con una muestra representativa, los resultados indican que el 56% del personal encuestado percibe un nivel de cultura de seguridad alto, el 16% tuvo un nivel medio y el 28% percibió un nivel bajo. El 78% de los participantes sintió alta satisfacción laboral y el 68% observó que se incentivó el trabajo en equipo. Sin embargo, el clima de seguridad fue evaluado en un nivel medio (52 %) y un 76% de la muestra presentó un alto nivel de estrés (6).

En Argentina se investigó la percepción de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de la salud del Hospital Privado de Córdoba en el año 2015. Las áreas de fortaleza identificadas correspondieron al aprendizaje organizacional/mejora continua y al trabajo en equipo en la unidad/servicio, mientras que la única dimensión evaluada como debilidad fue la referida a la dotación de personal. Otro trabajo, orientado a relevar condiciones de seguridad del paciente pediátrico fue realizado por la Subcomisión de Calidad y Seguridad del Paciente de la Sociedad Argentina de Pediatría, que elaboraron una encuesta sobre seguridad del paciente y prevención de errores (7).

En una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Penna de Bahía Blanca, se identificó un brote intra-hospitalario por Staphylococcus aureus meticilino resistente, se recopilo información, se construyó el mapa de los hechos, se analizaron los factores contribuyentes y se estudiaron las barreras (físicas, administrativas, organizacionales) que dificultaban las medidas de prevención. Luego se desarrolló un conjunto de soluciones y un plan de acción. En este análisis causal se identificaron que los factores humanos proximales y las fallas latentes del sistema estaban relacionadas con los aspectos de la organización, la gestión de la información, el manejo del contexto y la cultura corporativa. Como principales barreras de contención se reconocieron la adecuada comunicación entre los profesionales de la salud y la sistematización de los procesos vinculados con la adherencia del personal a las normas de bioseguridad.

En la provincia de Rio Negro, se registró otra experiencia utilizando la herramienta análisis causa raíz, para analizar la mortalidad infantil en los hospitales de la zona Sanitaria IV. Según los autores, el 80% de los aspectos relacionados con las muertes se correspondieron con la falta de capacitación de los recursos humanos y con factores vinculados con la falta de una cultura institucional de seguridad (8).

El desarrollo de la interdisciplina es fundamental en la cultura de la seguridad y una de las cuestiones que debe ser promovida en las intervenciones que buscan trabajar sobre las fallas en

los sistemas. Es uno de los componentes centrales de los factores humanos que favorecen las actividades en equipo y la comunicación. En España, la Estrategia de seguridad del Paciente para el sistema Nacional de Salud (2015-2020) destaca que para impulsar prácticas seguras es necesario lo interdisciplinar en las tareas que realizan los profesionales de diferentes áreas y servicios. Cuando se analiza una falla en un sistema, la interdisciplina contribuye a analizar desde una perspectiva más amplia el suceso ocurrido.

La aproximación al concepto de interdisciplina ha permitido delimitar sus potenciales alcances en torno a la seguridad hospitalaria. En un trabajo efectuado por de Lellis y Fotía (9), en el contexto de los establecimientos y servicios que brindan atención en salud mental, se ha encontrado que:

a) Las prácticas interdisciplinarias se implementan a través de una cantidad restringida de disciplinas para su desarrollo, y con una evidente asimetría decisional entre los agentes que coordinan los espacios asistenciales.
b) Al indagar en torno al rol de cada profesión se desprende que la sectorización de la institución y las jerarquías profesionales obstaculizan el trabajo interdisciplinario, habida cuenta del desconocimiento del campo de trabajo y los aportes que cada uno de los otros profesionales puede efectuar.
c) En las profesiones que exhiben una posición de mayor centralidad (ej: médicos), una percepción sesgada en torno al rol que deben asumir los otros profesionales. En línea con este hallazgo se puede formular, en una primera aproximación, que los profesionales enfermeros no son percibidos como agentes fundamentales de los equipos que implementan acciones asistenciales con perspectiva interdisciplinaria.

Para finalizar, la cultura de la seguridad y los FH, que reúnen el conjunto normas, sistemas valorativos-actitudinales, representaciones sociales, atribuciones, procesos de socialización y de las subjetividades e intersubjetividades de las personas dentro de la organización, implican un modelo compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir. Esto requiere de un clima de seguridad abierto y de confianza mutua, en el que los incidentes y eventos adversos sean una fuente de aprendizaje. Asimismo, debe resaltarse que, para facilitar la transición de una cultura punitiva (que penaliza a un culpable) a una cultura proactiva (que busca soluciones), es importante un enfoque interdisciplinario del problema, que tenga en cuenta de todos los puntos de vista de los miembros de los equipos de salud y de los pacientes.

En síntesis, sobre la base de relevamientos, tanto internacionales como nacionales, efectuados en diversos establecimientos, la conformación de equipos interdisciplinarios (médicos, enfermeros, farmacéuticos) tiene un papel de liderazgo que permite salir de un modelo jerárquico, instaurando un modelo colaborativo, lo cual influye de manera positiva en el nivel de cultura de seguridad del paciente. Asimismo, con el propósito de disminuir los incidentes y eventos adversos, se debería diseñar programas específicos, a fin de identificar situaciones que permitan generar estrategias y procesos más seguros.

Los elementos que más llaman la atención de los expertos en los últimos años, con relación a los incidentes y los accidentes laborales se vinculan con el factor humano, dicha contribución aún no ha podido ser valorada, aunque cada vez más se buscan respuestas en los modelos de fiabilidad humana para entender el error y buscar alternativas para controlarlos y evitarlos (11).

Actualmente puede observarse, que las investigaciones e intervenciones en el país son fragmentadas y poco sistematizadas. Es prioritario incentivar el avance en seguridad del paciente, lo cual requiere de un abordaje sistémico y total de la temática en las instituciones, que se vea reflejado en políticas públicas acordes a las necesidades de la población.

Referencias:

Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-Based Approach to Reducing Patient Harm at a National Level. Paris: OECD Health Working Papers; 2017.
Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. AHRQ Publication N.° 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; sept 2004.

Parker DM, Hudson P. A framework for understanding the development of organizational safety culture. Safety Science. 2006; 44(6): 551-62.
Kolankiewicz ACB, Schmidt Catiele R, Carvalho Rhanna EFL, Spies J, Dal Pai S, Lorenzini E. Patient safety culture from the perspective of all the workers of a general hospital. Rev. Gaúcha Enferm. 2020.
Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes. 2017; 28(5): 785-795.
Ramos FA, Coca SM, Abeldaño RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. Enfermería Universitaria. 2017;14(1): 47-53.
Ramos FA, Coca SM, Abeldaño RA. Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. Enfermería Universitaria. 2017;14(1): 47-53.
de Lellis M, Fotía G. Interdisciplina y servicios de Salud Mental. En: Trímboli, A. (Compilador). El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos. Noveduc; 2019.
Interlandi AC. Calidad de los servicios de Salud y Seguridad de los pacientes en Argentina. En: 1°Jornada Internacional de Calidad en Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de la Nación; diciembre de 2016.

CREATIVIDAD FRENTE A LOS OBSTÁCULOS EN TERAPIA: EXPERIENCIA SENSORIAL DESDE UNA MIRADA SISTÉMICA

Luciana González Barrau [A], Micaela Paola Müller [B], Ana Inés Salvador [C]

En los avatares de la terapia, surgen obstáculos y dificultades en el proceso. No tomar consciencia de nuestro recorte epistémico y antropológico, puede resultar en limitaciones para afrontar nuevas realidades. Para explorar nuestra creatividad debemos ponernos en movimiento: tomar contacto con nuestras limitaciones y experimentar nuestras posibilidades. Luego desde una posición de respeto y ética profesional éstas pueden ser elaboradas junto con el consultante y mostrar estrategias para identificar nuevos recursos, tener una mirada diferente, una mirada sistémica. Una de las búsquedas que se pueden realizar en una terapia es crear a partir de lo conocido reorganizándolo. Como profesionales es preciso prepararnos para acompañar a realizar ajustes creativos. Es por ello que, presentaremos en este taller una experiencia sensorial-virtual, donde se pueda vivenciar la captación de los sentidos tomando contacto con ellos, siendo conscientes del impacto emocional, de la posibilidad de aprendizaje y la actitud en la que cada uno se posiciona frente a los obstáculos. Es una experiencia que se suma al trabajo que venimos realizando hace varios años, con diferentes poblaciones en distintos contextos; en la apuesta a nuevos recorridos a través de lo virtual se diseñarán estrategias para afrontar dificultades con lo que tengo a mi alcance.

En la tarea de sistematización constante, a partir de las diferentes prácticas de la experiencia hemos planteado los siguientes objetivos para este taller: Generar un

espacio de reflexión-acción de la actitud personal y profesional frente a los obstáculos y posibilidades a partir de la creatividad a través de la virtualidad. Y, como objetivos específicos: Promover el autoconocimiento, a partir del re-conocimiento de los filtros perceptivos de la historia personal, intereses, valores, aptitudes, temores y expectativas; Potenciar la capacidad de análisis

[A] *Lic. y Prof. en Psicología. Docente e Investigadora en la Universidad Católica de Salta. Salta, Salta. Argentina. lucianagonzalezbarrau@gmail.com*
[B] *Lic. y Prof. en Psicología. Docente. UCASAL. Salta, Salta. Argentina. micaelapaola.muller@gmail.com*
[C] *Lic. y Prof. universitaria en psicología. Universidad Católica de Salta (UCASAL). Salta, Salta. Argentina. anainessalvador@gmail.com*

y toma de consciencia de la emoción frente a la incertidumbre en las prácticas profesionales; Facilitar el encuentro con las limitaciones y posibilidades, para encontrar nuevos métodos y herramientas para enfrentar situaciones complejas; Descubrir en la interacción recursos para intervenir en la realidad transformándola; Brindar un espacio de reflexión de la actitud frente a obstáculos utilizando la creatividad.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TALLER

En un primer momento, se transmiten los objetivos del taller. La primera actividad consiste en ubicarse cómodamente y se les pide a los participantes que venden sus ojos posibilitando que se concentren en la actividad de meditación guiada que se propone y enfrentándose a la incertidumbre de la experiencia sensorial que se va anticipando con ruidos inesperados. Durante la meditación se prepara el espacio en el que se los enfrenta con un ambiente modificado para introducir cambios. Además, se ubican diferentes palabras disparadoras que representan límites y obstáculos y se las distribuye por el espacio (en caso de la virtualidad se presenta un espacio en 360° mediante una aplicación).

Toda esta disposición simboliza obstáculos o posibilidades para la siguiente actividad, que consiste en atravesar de un extremo a otro el salón. Aquí se busca promover soluciones o alternativas creativas, entendiendo a la creatividad como una

nueva construcción, una manera diferente de realizar una actividad o atravesar un lugar conocido y que esa construcción sea aceptada por el ámbito en el que me desenvuelvo. Tomando como referencia teórica a Csikszentmihalyi (1996) en Esquivias Serrano, (2004) se plantea como elementos para considerar un acto creativo el ámbito y el campo en donde se desenvuelven las personas.

En este atravesar, los participantes deben conectarse con esas palabras que van leyendo y elegir algunas que representen límites y otras posibilidades para su práctica profesional, reflexionando sobre la experiencia de la incertidumbre en los espacios laborales. Luego se incentiva a que suelten alguno de los límites para mejorar sus prácticas profesionales.

El segundo momento de la actividad consiste en volver a atravesar este espacio, ahora conocido, con un compañero o compañera. El objetivo de esta actividad es pensar que en la psicoterapia el vínculo se construye y para poder desarrollarse es preciso que el terapeuta considere ese proceso como mutuo, en donde el paciente/consultante/usuario encontrará posibilidades y recursos, pero también lo hacemos los terapeutas moviéndonos con el otro (en el caso de la experiencia virtual se promueve el uso de aplicaciones de interacción simultánea para tal fin).

La actividad final consiste en una reflexión sobre la actitud terapéutica creativa y devoluciones tanto de los participantes como de quienes coordinan.

Para el cierre del taller se realiza una meditación guiada, volviendo al lugar donde se comenzó, los espacios de trabajo de cada participante, con los cambios, con los nuevos recursos generados.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Luego de haber transitado un camino de construcción y reconstrucción del Taller aplicado en diferentes espacios y con diferentes poblaciones podemos dar cuenta de algunas posibles reflexiones respecto a la puesta en movimiento del cuerpo para descubrir recursos, posibilidades y para tener la oportunidad de experimentar diferentes sensaciones a partir de la sensibilización de otros sentidos.

¿Qué pasa cuando anulamos la vista? Éste es uno de los sentidos mayormente utilizados, y por lo tanto es lo conocido, anularlo implica transitar un momento de inseguridad o incertidumbre. Se movilizan otros sentidos o se agudizan. Se busca a través de esta intervención fortalecer la percepción de otros sentidos: el oído, el tacto, el olfato, el gusto, que permite conocer y relacionarnos con la misma realidad de un modo diferente. Es decir otra realidad, una que construimos en esa interacción, y en el trayecto se produce cierto vacío que constituye ese momento adecuado para la creación.

La propuesta de diferentes estímulos que llamen a la experimentación, como una forma innata

de conocer la realidad y relacionarnos con los otros, dejamos de lado la razón para dar lugar a la creación. Dejamos de lado lo conocido y seguro para adentrarnos en la aventura de inventar, crear, no solos, acompasando con otros, acompañando, posibilitando, conmoviéndonos, moviéndonos con otros.

"Si uno inventa algo, entonces es el lenguaje el que crea el mundo; si en cambio uno piensa que ha descubierto algo, el lenguaje no es más que una imagen, una representación del mundo" (Von Foerster, 1995, p. 102) Esta frase nos invita a ser activos, a involucrarnos, a poner el cuerpo en nuestras acciones permitirnos crear a través de las experiencias. Inventar, traer algo nuevo, nuevas posibilidades, nuevos obstáculos que al transformarlos o atravesarlos permitirán nutrir nuestras prácticas. La creatividad no solamente implica tener buenas ideas, no es solo pensar y sentir, sino que propone el hacer, este tercer elemento de la actitud, una actitud creativa permite inventar algo, ponerlo en práctica, y que este acto sea posibilitado por un contexto para que se sostenga en el tiempo, tal como lo plantea Csikszentmihalyi (1996).

Ser creativos es estar en resonancia con el otro. Implica aceptar la complejidad, la finitud, los límites y las posibilidades de cada uno, es reconocernos como seres complejos y soportar la incertidumbre que nos invita a atravesar y esperar cambios, pausar, retomar, aceptar los tiempos del otro a quien acompañamos. Esto es acompasar, a su ritmo, promoviendo cambios de una lógica diferente, la búsqueda de un *cambio 2* (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992) que permita abrirle un universo nuevo de posibilidades y mirar su realidad con nuevos lentes, esto es que encuadre su realidad desde un nuevo lugar viendo posibilidades donde veía límites, viendo acciones donde había vacío.

La experiencia nos permitió abrir nuevos caminos descubriendo en ella la flexibilidad y la posibilidad de aplicarla en otros contextos. Es por ello que la consideramos una herramienta útil dentro del modelo sistémico, tiene la posibilidad de ser aplicada, no solo en diferentes contextos sino en diferentes grupos etarios y diferente cantidad de participantes; lo que nos abre puertas para trabajar según sea la dificultad que traigan las personas a consulta.

La creatividad fue entendida en este trabajo como la posibilidad que todos tenemos de enfrentar la realidad y poder desenvolvernos de manera adaptativa, reconociendo nuestras posibilidades y también limitaciones o condicionantes. Estos

puntos ciegos que se ponen de manifiesto cuando se realiza un trabajo de reflexión y si no es así pasan desapercibidos y no advertimos que no vemos. Con este proceso se da en cada uno de nosotros un proceso de creación a partir de lo conocido y de lo nuevo y esa conjunción, creativa, da posibilidad de re-inventar la realidad, desde una lógica diferente que posibilita que aquel obstáculo se transforme en una posibilidad.

Orientado a psicólogos y sus prácticas profesionales, esta herramienta consiste en la aceptación, la transformación y el encuentro de posibilidades tanto del terapeuta como del consultante. Implica por ello una construcción del vínculo terapéutico que estará dado por la disposición y disponibilidad de las personas que se encuentran allí. "*Significa sintonizarse con las personas y responder al modo como ellas nos conmueven"* (Minuchin, 1994, p. 53). *"Con-moverse"*, lejos de ser entendido como una quietud, explica por sí sólo cómo desde el acompañamiento, se puede escuchar qué se mueve en cada uno de nosotros, cuando el otro sufre. Con-moverse, o moverse-con la persona que sufre, pretende ser un juego de palabras donde se desarrolle esa integración del movimiento en la terapia, o en una práctica. No podemos tomar el lugar del otro para ver que siente, sí ver qué nos pasa con lo que a otro le sucede y desde ahí 'acompasar' este proceso, camino hacia la construcción de una nueva realidad.

La *actitud creativa* nos permite utilizar la audacia como parte de un proceso que implica descubrir en la propia forma de actuar y percibir el mundo nuestras herramientas y recursos extraordinarios, de manera que en cada posible accionar y a partir de nuestras estrategias podamos enfrentar las incertidumbres de la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

Ceberio, M. & Watzlawick, P. (2008) "Ficciones de la realidad. Realidades de la ficción. Estrategias de la comunicación humana" Ed. Paidós. Barcelona.

Contreras, R.F. (1988) "Filosofía de la Ciencia Lectura Nº 8 "El Principio de Incertidumbre" Tomado con fines instruccionales de: S. W. Hawking: "Historia del Tiempo"." Barcelona: Crítica.

Esquivias Serrano, S.M.T., (2004) Creatividad: definiciones, antecedentes y aportaciones. de: Revista Digital Universitaria, Vol. 5 (N°1) pag. (1-17). Recuperado de: el 28 de enero de 2020.

Morín, E. (1995) "Introducción al pensamiento complejo". Barcelona: Ed. Gredisa.

Von Foerster (1995) "Visión y conocimiento: disfunciones de segundo orden" En: Fried Schnitman, D. (1995) "Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad". Paidos. Buenos Aires, 1995.

Watzlawick, P. & Ceberio, M. R. (2011) "Si quieres ver aprende a actuar: diseño y prescripción de tareas en psicoterapias": Buenos Aires: Psicolibro Ediciones.

Watzlawick, P. (1981) "Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas" Ed. Herder. Barcelona.

Watzlawick, P.; Weakland, J. H. y Fisch, R. (1992) Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Ed. Herder: Barcelona.

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE CONDUCTA SUICIDA Y ABUSO DE SUSTANCIAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE TUCUMAN

Rita Paola Brito [A], María Dolores González de Ganem [B], Roxana Paola Sialle Muñoz [C], Anahí Yamila Valdéz [D], Noelia Natalia Mamaní [E]

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente trabajo es compartir algunos resultados de la investigación que actualmente llevamos a cabo como Equipo de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán. El propósito desde 2020 fue indagar cómo -en virtud del aislamiento social, preventivo y obligatorio- influyó en la aparición o no, de ideación suicida y consumo de sustancias en estudiantes universitarios de la UNT.

Hemos observado a lo largo de estos años, que los casos consumados de suicidio adolescente en el ámbito universitario, reciben escasas o nulas intervenciones postventivas, sin registro de factores de riesgo, actividades preventivas y asistenciales.

Asimismo, el aislamiento social, preventivo y obligatorio impuesto por las autoridades nacionales como medida sanitaria para evitar o disminuir la propagación o contagios por el virus del COVID 19, supuso el cierre de distintas instancias de socialización, de vínculos, de intercambios institucionales, personales, que no fueron sin efectos en la subjetividad.

METODOLOGÍA:

Este screening, se llevó a cabo entre los meses de septiembre 2020 a Mayo 2021; con un muestreo aleatorio simple, se confeccionó un cuestionario cerrado, con opciones de respuesta que in-

[A] Psicóloga- Docente e Investigadora Facultad de Psicología- UNT- Docente UCP- Pte. Psicólogos Sin Fronteras Tucumán- Miembro AASM. San Miguel de Tucumán. Tucumán. Argentina. paolabrito13@hotmail.com

[B] Psicóloga- Docente e Investigadora Fac. de Psicología UNT- Miembro Tribunal de Ética Colegio de Psicólogos de Tucumán-SIPROSA Tucumán. San Miguel de Tucumán. Tucumán. Argentina. mgganem@gmail.com

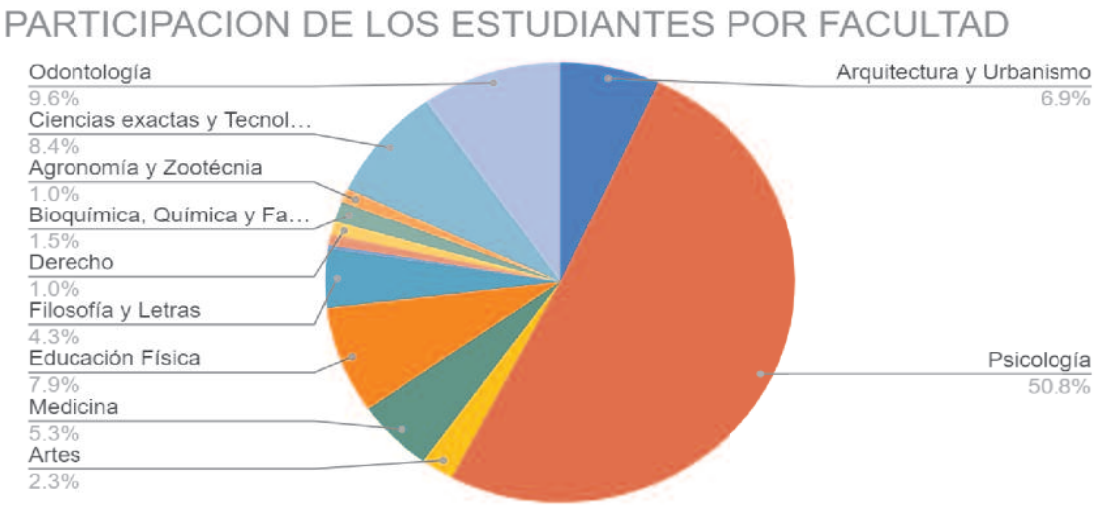
[C] Psicóloga. Docente. Facultad de Psicología UNT. San Miguel de Tucumán. Tucumán. Argentina. laporo_sm@hotmail.com

[D] Estudiante. Facultad de Psicología UNT. San Salvador de Jujuy. Jujuy. Argentina. alamafuerte_any@hotmail.com

[E] Estudiante. Facultad de Psicología UNT. San Salvador de Jujuy. Jujuy. Argentina. mnoelianatalia@gmail.com

dagaban aspectos socio demográficos, condiciones de acceso a los insumos tecnológicos necesarios para continuar con sus estudios, indicadores de ideación suicida, depresión y consumo de sustancias. Se relevó además si tenían conocimiento de los servicios de salud mental que brindaba la universidad para las y los estudiantes y un apartado de opinión y sugerencias. Para su difusión, se realizaron invitaciones a las distintas unidades académicas de la UNT para su difusión entre las y los alumnos, también a los centros de estudiantes y en el muro de Facebook del proyecto. Esta propuesta de relevamiento, permitirá hacer recomendaciones a las facultades para instrumentar actividades preventivas y postventivas que permitan reducir la ideación suicida y los casos consumados de suicidio en el ámbito universitario, que hasta la fecha, permanece en un largo letargo y aislamiento.

LOS HALLAZGOS



Han respondido el cuestionario 395 estudiantes, pertenecientes a once de las trece facultades, según la siguiente proporción:

Hubo una gran mayoría de mujeres (76%) respecto de los varones (23.9%). El promedio de edad de los encuestados es de 24.85. Respecto del lugar de origen, como residencia habitual, mayoritariamente son de Tucumán, según la siguiente tabla:

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL	EN PORCENTAJES
Tucumán	77.2
Jujuy	7.6
Salta	5.1
Santiago del Estero	4.3
Catamarca	1.8
Buenos Aires	1.3
Otras provincias/País	2.7

Coincidente con esta distribución, actualmente viven la gran mayoría con su familia de origen (65.3%), o bien con otros familiares (4.3%) y sólo con sus hermanos (7.6%) estos últimos coincidentes con los que vienen de otras provincias. Es importante el porcentaje de estudiantes que se han independizado de la convivencia con los padres:

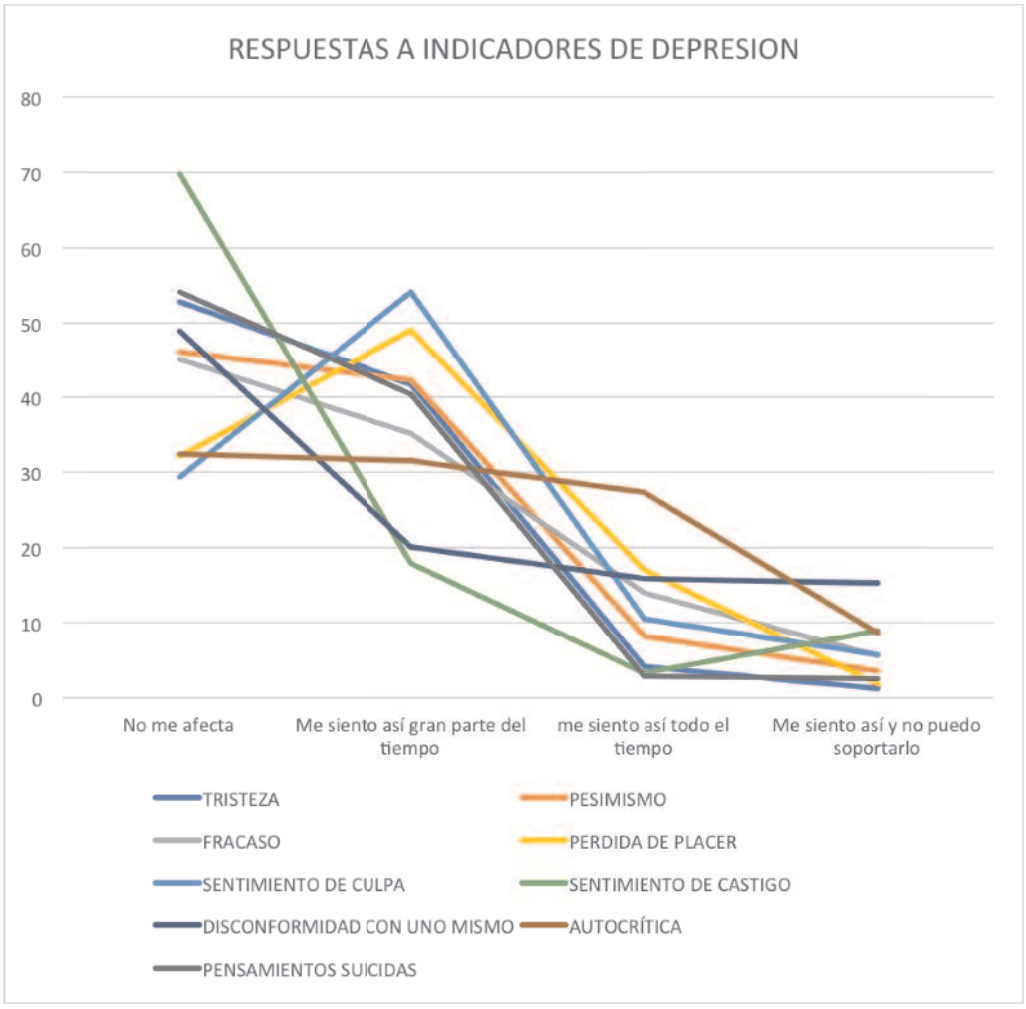
CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE	EN PORCENTAJE
Solo/a	9.9
Pareja	8.4
Pareja e hijos	1.8
Compañeros/as	1.3
Solo/a con hijos	1
TOTAL	**22.4**

De los 150 estudiantes que trabajan (38%), el 54% trabaja más de 5 horas diarias, mientras que el 46% restante, trabaja menos de 5 horas diarias. El principal sostén de los gastos cotidianos siguen siendo las familias de origen (74.7%), se mantienen solos el 17% y los mantienen sus parejas u otros familiares o amigos, el 5.4%. Reciben subsidios del Estado sólo el 1.5% de los estudiantes.

Simultáneamente con esta tendencia, el 70.1% tiene cobertura en salud. Sólo el 8.1% no dispone de computadora y el 47,8% está de acuerdo con el estudio por los medios actuales de virtualidad.

En relación a posibles indicadores de depresión e ideación suicida, se han tomado los aportes de las escalas de Aaron Beck que, en este proyecto, no pretenden establecer posibles diagnósticos individuales -los cuestionarios son anónimos- pero sí detectar una tendencia en relación a los recursos de los que disponen, los riesgos a los que se exponen, el estado de ánimo y las ideas de las y los alumnos en condiciones de aislamiento por la pandemia.

Existe -entre un intervalo de 1.8 y un 15.2% de alumnos- en riesgo cierto de depresión. El valor más alto en este margen derecho del gráfico, está dado por la "Disconformidad consigo mismo" (15.2%), hasta el punto de no soportarlo. Le sigue los "sentimientos de castigo" (8.9%), la constante "Autocrítica" (8.6%), el "sentimiento de culpa" (5.8%) y de "fracaso" (5.6%).



En el extremo opuesto, es decir personas que no se ven afectadas por las circunstancias de pandemia, existe un intervalo entre 70% y 29.4%, según el indicador que se tome. No vivencian "sentimiento de

castigo" el 69.9%, tampoco tienen "pensamientos suicidas" el 54.1% ni sienten "tristeza" el 52.9% de las y los jóvenes.

Gran parte del tiempo "sienten culpa" el 54.2% y vivencian una importante "pérdida de placer" el 49.1%. Se sienten "pesimistas" sobre el futuro el 42.3% y con "tristeza" el 41.8% de las y los jóvenes en condiciones de aislamiento.

En relación a los indicadores de ideación suicida, el 94.5% de las y los jóvenes no ha pensado en matarse o bien si estas ideas aparecen, no lo harían. El 5.3% señala que "quiere matarse si tuviera la oportunidad de hacerlo". Respecto de la "duración" de estos pensamientos, el 21.1% señala que duran "períodos largos" y el 1.1% tiene en forma permanente estas ideas.

El 19% es "Indiferente" a la presencia de estas ideas y el 6.3% las "acepta" sin cuestionarse. Entre las razones para pensar/desear el suicidio, el 2.3% quiere "Manipular a ciertas personas o hechos, llamar la atención, venganza", el 34.3% quiere "Escapar, acabar con el sufrimiento, salir de los problemas" y el 3.6% afirma la existencia de una "Combinación de ambas razones". El 5.3% "no sabe si puede controlar el impulso suicida".

Es muy preocupante que el 14.1% de las y los jóvenes tienen altamente planificado su acto autolítico, pero le faltan detalles por resolver, mientras que el 2.1% ya no tiene dudas sobre su planificación. En relación a los antecedentes de intentos previos, el 12.2% ya lo "intentó una vez" y el 5.3% lo intentó "más de una vez".

En relación al indicador "llanto", señalan que no lloran más de lo habitual el 47.7%, lloran más de lo que solía hacerlo el 20.3%, lloran por cualquier pequeñez el 19.5% y sienten ganas de llorar pero no pueden el 12.2%. Pensamos que es bajo el porcentaje de personas que no lloran más de lo habitual, lo que da cuenta que es importante el impacto de las circunstancias de aislamiento también entre las y los alumnos.

Esta hipótesis se refuerza cuando indagamos la sensación de "Agitación": señalan que "No están más inquietos que lo habitual" el 43.7%, se sienten "más tensos que lo habitual" el 44.7%, están "tan agitados que les resulta difícil quedarse quietos" el 6.6% y en el grupo de los que siempre tienen que estar en movimiento para morigerar la agitación el 5.1%.

Con respecto a la pérdida de interés en actividades o personas, sólo el 31.2% mantiene intacto sus intereses, mientras que el 51.3% está menos interesado y el 17.5% ha perdido casi todo el interés, como producto del aislamiento. Esta tendencia en baja de los indicadores, también se observa en las dificultades para tomar decisiones, el 35% señala mayor dificultad y el 23.4% señala tener mucha mayor dificultad, o le resulta muy problemático hacerlo.

Sienten que tienen menos energía que antes el 46.7% y no tienen suficiente energía para hacer demasiado, o nada, el 27.2%. Sólo el 30.2% no siente que no sea valioso; el 25.6% no se considera valioso como antes y se sienten menos valiosos o que no valen nada el 44.1% de las y los jóvenes. Las dificultades para concentrarse tan bien como antes las sienten el 38.2%, sienten que les resulta más difícil mantener la concentración mucho tiempo el 34.6% y el 5.1% declara no poder concentrarse en nada.

Las mismas tendencias se observan en los indicadores "Cansancio, Cambio en los hábitos del sueño y alimentación e interés en la vida sexual" que no desarrollamos en este trabajo por razones de espacio. Finalizamos señalando que el 43.3% de las y los jóvenes se sienten más irritables e intranquilos que antes, el 40% no se siente más irritable y están mucho más irritables todo el tiempo el 16.7%.

En relación al consumo de sustancias, el 62% de las y los jóvenes consume alcohol a veces, sobre todo los fines de semana; le sigue en nivel de consumo: la marihuana –aproximadamente el 20% de ellos la usan- y el tabaco, el 15% hace uso frecuente.

El 65% responden que las nuevas condiciones de aislamiento y/o distancia social, ha profundizado sus problemas cotidianos.

CONCLUSIONES

Si bien el haber tomado sólo algunos indicadores de las escalas de Beck recortan las posibili-

dades de trabajar estadísticamente los datos, pensamos que su utilidad radica en pensar las posibilidades preventivas desde la universidad misma.

En general, el 58% de las y los estudiantes desconocen la existencia de recursos institucionales para trabajar terapéuticamente estos indicadores. Sólo el 2% de los encuestados han utilizado los servicios de Salud Mental de la UNT, el resto, prefiere usar los servicios de su obra social (19,2%) y otros consideran que no lo necesitan (9.2%).

Asimismo, el 95% de los encuestados considera que la Universidad debe no sólo brindar sino también difundir ampliamente los servicios de salud mental existentes y los por crear en cada unidad académica.

Es por ello que nuestra principal recomendación es crear más dispositivos de prevención y atención -puede ser a través de las prácticas preprofesionales de las y los estudiantes de la carrera de Psicología- manteniendo los protocolos dispuestos por el DISPO, es decir, el distanciamiento social, preventivo y obligatorio.

También recomendamos hacer convocatorias a estudiantes de carreras como las de cine, ciencias de la comunicación, artes, entre otras para producir y crear contenido de carácter preventivo en espacios virtuales y/o presenciales según las condiciones sociosanitarias lo permitan.

Quedan muchos datos en el tintero, que esperamos poder seguir procesando en el transcurso del año. Muchas gracias.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

1. Aaron Beck, Escala de Ideación Suicida de Beck (Scalefor Suicide Ideation, SSI) 1979
2. A. Beck, Inventario de Depresión de Beck-II, versión española revisada en 2011 por Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and TalentAssessment España: Fréderique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

PERCEPCIONES DE LAS DIMENSIONES DE LA SALUD GENERAL DE ESTUDIANTES DE TERCER AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA EN AGOSTO DE 2019

Gabriela Esther Czernik [A], Juan Pablo Díaz [B], Jennifer Rocío Esqueff [C],
Elva María Sendra [D], Lila Mercedes Almirón [E]

Introducción:

La formación académica de los futuros profesionales requiere de un estado completo de bienestar biológico, psicológico y social, para afrontar no solo los años de estudio que demanda la formación como profesional, sino también las distintas eventualidades que se presenten a lo largo de la carrera universitaria. Sin embargo, esta condición no suele cumplirse dado que una combi-

[A] Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Corrientes. Argentina. gabrielaczernik@hotmail.com
[B] Profesor Universitario. Facultades de Humanidades. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Corrientes. Argentina. juanpablodiaz@med.unne.edu.ar
[C] Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Corrientes. Argentina. esqueff.je@gmail.com
[D] Lic. en Enfermería. Magister en Salud Mental. Profesor Titular. Departamento Salud Mental. Carrera de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Resistencia, Chaco. Argentina. vitasen@yahoo.com.ar
[E] Médica Especialista en Psiquiatría. Magister en Salud Mental. Profesor Titular. Departamento Salud Mental. Carrera de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Corrientes. Argentina. lalmiron@med.unne.edu.ar

nación entre los factores de protección, la falta de tiempo, el exceso de obligaciones formativas, o la incompatibilidad en las relaciones interpersonales y las autoexigencias, que configuran un alto malestar psicológico en la población estudiantil universitaria (Ibarra et al., 2019).

El grupo conformado por los estudiantes universitarios experimenta problemas de salud mental como trastornos del estado de ánimo, conductas destructivas, estrés, trastornos del sueño, síntomas somáticos, ansiedad y depresión. Generalmente, los estudiantes son más propensos que el resto de la población general a presentar este tipo de síntomas como consecuencia de estar transcurriendo en la etapa de la adolescencia, la presión académica, las relaciones familiares, sociales y sentimentales; así como el bajo poder adquisitivo. Los estudiantes suelen padecer estrés debido al esfuerzo emocional e intelectual ya que saben que de un buen desempeño académico depende su futuro. La salud mental es fundamental para el logro de una mayor capacidad de resistencia y adaptación ante las distintas eventualidades que se presentan a lo largo de los estudios profesionales (Silva-Gutiérrez et al., 2017).

Se han realizado varios estudios de investigación sobre la salud mental en estudiantes de medicina donde se evidencian altas tasas de prevalencias de trastornos mentales comparadas con la población general (Barrios et al., 2017).

El presente trabajo tiene como objetivo determinar la autopercepción de las dimensiones de la salud del Cuestionario de Salud General de Goldberg (Enfermedad General, Síntomas somáticos, Trastornos del sueño, Disfunción social, Ansiedad y disforia y Depresión Suicida) de estudiantes de la Carrera de Medicina.

Materiales y Método

La metodología utilizada fue cuantitativa, retrospectiva, descriptiva y transversal.

Unidad de Análisis: Cada uno de los estudiantes que cursa el tercer año de la Carrera de Medicina de una Universidad pública del Nordeste Argentino durante el mes de agosto del año 2019.

Instrumento utilizado: Para el análisis de la variable "Autopercepción de la Salud" se utilizó la pregunta: "Ud. diría que su salud en general es: Muy buena, Buena, Regular, Mala, Muy mala, No sabe", siendo posible agregar las seis categorías de respuesta en forma dicotómica: 0 (o "Buena Salud") incluyó las opciones "Muy buena, Buena y Regular" y 1 (o "Mala Salud") incluyó las opciones "Mala y Muy Mala" (Subramanian et al., 2003).

Se incluyó el Cuestionario de Salud General de Goldberg y Williams, validado en su versión al castellano por Lobos y Muñoz (Goldberg et al., 1996).

Este cuestionario consta de 60 preguntas (GHQ-60) que indaga si el individuo ha experimentado recientemente un síntoma o una conducta particular, con una escala de respuestas con 4 alternativas que va desde "menos que lo habitual" a "mucho más que lo habitual" (Goldberg et al., 1996). Los ítems son contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3).

El puntaje total del GHQ-60 se obtiene por sumatoria de cada uno de los ítems oscilando de 0 a 60. El punto de corte se sitúa en 11/12, estableciendo que las puntuaciones mayores de 12 indican "GHQ 60 positivo" (o con riesgo para patología emocional), mientras que las puntuaciones menores de 11 sugieren "GHQ-60 negativo" (o sin riesgo para patología emocional).

Se utilizaron las seis subescalas del GHQ-60 de cinco preguntas cada una que evalúan Enfermedad General, Síntomas somáticos, Trastornos del sueño, Disfunción social, Depresión suicida y Ansiedad y Disforia. La puntuación total de cada una de las escalas oscila de 0 a 5 puntos (Goldberg et al., 1996).

Además, se indagó también edad e identidad de género.

Procesamiento y Análisis Estadístico: La información obtenida se incorporó a una base de datos en programa Excel, que posteriormente se analizó mediante el programa SPSS para Windows. Las variables cualitativas se evaluaron con test de chi cuadrado, consideraron estadísticamente significativos aquellos resultados con $p < 0.05$.

Resultados:

En este apartado se presentarán los datos registrados, iniciando con el número de estudiantes

que respondió a la encuesta de forma completa que ha sido de 217, de los cuales el 73,27 % (n=159) correspondió a mujeres y el 26,72% (n=58) a varones. La edad media fue de 21,45 ± 1,45 años.

En la Tabla 1 se muestran las respuestas registradas en las distintas categorías a la pregunta sobre Autopercepción de la Salud discriminadas por identidad de género.

Tabla 1. Autopercepción de la salud en 217 estudiantes de tercer año de la Carrera de Medicina, Corrientes Argentina.

	Mujeres		Varones		Total	
Autopercepción Salud General	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Muy Buena	27	12,44	15	6,91	42	19,35
Buena	102	47	35	16,12	137	63,13
Regular	26	12,90	8	3,69	34	15,67
Mala	3	1,38	-	.	3	1,38
Muy Mala	1	0,46	-	.	1	0,46

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Con respecto al GHQ-60, se obtuvo una puntuación media global de 12,73 ± 11,57 con un intervalo entre 0 y 47. La frecuencia detectada en estudiantes de medicina con GHQ-60 positivo, (es decir, con un punto de corte mayor o igual a 12 o con riesgo para patología emocional) es del 58,06% (n=126).

La frecuencia de malestar psicológico registrada en las distintas dimensiones del GHQ fue: Enfermedad general 35,94% (n=78), Síntomas somáticos 44,24% (n=96), Trastorno del sueño 64,52 % (n=140), Disfunción socia! 45,16% (n=98), Ansiedad y Disforia 49,31% (n=107) y Depresión suicida 24,42% (n=53). En la tabla 2 se observa la distribución por género de estas dimensiones del GHQ-60 en los estudiantes de tercer año de la Carrera de Medicina.

TABLA 2. Dimensiones del GHQ-60 en 217 estudiantes de tercer año de la Carrera de Medicina, Corrientes, Argentina.

	Varones		Mujeres		Total	
Dimensiones del GHQ	**n**	**%**	**n**	%	**n**	**%**
Salud General	29	13,36	110	50,69	139	64,06
Síntomas Somáticos	19	8,76	77	35,48	96	44,24
Trastorno del sueño	35	16,13	105	48,39	140	64,52
Disfunción Social	24	11,06	74	34,10	98	45,16
Ansiedad y Disforia	25	11,52	82	37,79	107	49,31
Depresión Suicida	11	5,07	42	19,35	53	24,42

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Discusión y Conclusiones:

Idler y Benyamini (1997) refieren que más de 27 estudios en Estados Unidos y otros lugares han establecido que la autopercepción de salud es altamente predictiva de mortalidad, independientemente de otros factores relacionados con atención de salud, los comportamientos y otros factores psicosociales. En esta exploración, en cuanto a la Salud Autopercibida, el 98,16% de los encuestados (n=213) expresó su percepción de salud como buena. Las mujeres expresaron mayor

autopercepción de buena salud con el 71,43% (n=155) frente a los varones con el 26,73% (n=58). Esta diferencia no fue significativa. (X^2=3,47;gl=4;p=0,483). Un estudio de investigación realizado por Sendra et al. (2019) con estudiantes de la Carrera de Licenciatura en Enfermería obtuvo cifras muy similares con el 98,79% (n=82).

Con respecto a la frecuencia de riesgo para patología emocional, (GHQ-60 positivo) obtenida en estos estudiantes evaluados, se puede afirmar que es similar a lo reportado por Ibarra et al. (2019). En este estudio, el GHQ-60 positivo o con riesgo para patología emocional, es mayor en las mujeres con el 39,62% (n=86) que en los varones (18,43 %; n=40). Esta diferencia es significativa (X2=3,86;gl=1;p=0,049).

Al analizar las dimensiones del cuestionario, se reconoce que las sobreexigencias, la responsabilidad de aprender, la falta de tiempo para realizar las actividades académicas conforme a los plazos de entregas estipulados o estudiar para los exámenes determinan que muchas veces el sueño suele verse alterado, tanto en la cantidad de horas como en la calidad de sueño. En los estudiantes de medicina analizados, la frecuencia de trastornos del sueño con GHQ-60-positivo es del 64,50% (n=140), de los cuales el 48,39% corresponde a mujeres frente al 16,13% (n=35) de los varones. Esta diferencia en la distribución no es significativa (X^2=0,602;gl=1;p=0,438). Nuñez et al. (2007) hallaron en un trabajo realizado en un Servicio Hospitalario de Emergencia, que los profesionales de la salud presentan mayor frecuencia de trastorno del sueño en la escala del GHQ-60, con el 73,91 %.

Señala Cruzado (2016) que diversos estudios han demostrado que los estudiantes, al inicio de su carrera médica, presentan una carga de morbilidad psiquiátrica comparable con la de los estudiantes de cualquier otra carrera. Pero progresivamente, durante los años del pregrado, se verifica un deterioro de la salud mental de los estudiantes de medicina: por ejemplo, se incrementan las tasas de depresión y trastornos de ansiedad. En la población analizada, la frecuencia de ansiedad y disforia fue del 49,39% (n=107) para el GHQ-positivo. La diferencia entre varones y mujeres no fue significativa (X^2=1,22;gl=1;p=0,27). Por otra parte, la dimensión depresión suicida tuvo una frecuencia de 24,42% (n=52). La diferencia entre mujeres y varones no fue significativa (X^2=1,27; gl=1; p=0,25).

Los datos evaluados en este estudio con el GHQ-60 aportan evidencias acerca de la utilidad de este instrumento de investigación que aporta propiedades psicométricas adecuadas para su implementación en poblaciones universitarias. Los hallazgos obtenidos confirman la necesidad de atender la salud de los estudiantes universitarios, profundizando en el contexto educativo para contribuir a la comprensión de las causas y consecuencias (Goldberg et al., 1996).

Se observa una alta expresión de indicadores de salud mental autopercibida, siendo el trastorno de sueño el que se ha identificado como la dimensión más frecuente en los estudiantes universitarios. Por lo cual se plantean diseños de intervenciones que serían adecuados como abordajes preventivos y para reducir los inconvenientes relacionados.

En síntesis, los indicadores registrados de salud mental autopercibida son inadecuados. La dimensión con mayor compromiso se refiere al trastorno de sueño que se podría relacionar con las altas exigencias académicas que enfrentan los estudiantes. Sería conveniente realizar estudios similares en la misma población de estudiantes a medida que van avanzando en los años de formación académica, para observar las modificaciones en su autopercepción. De igual manera, las conclusiones arribadas permiten pensar en estrategias de intervención que promuevan el desarrollo de hábitos saludables.

Referencias bibliográficas.

Barrios, I., y Torales, J. (2017). Salud mental y calidad de vida autopercibida en estudiantes de medicina de Paraguay.. Revista Científica Ciencia Médica, 20 (1), 5-10.

Cruzado, L. (2016). La salud mental de los estudiantes de Medicina. Revista de Neuro-Psiquiatría, 79 (2), 73-75.

Goldberg D., y Williams, P. (1996). Cuestionario de salud general GHQ. España: Editorial Masson.

Ibarra, A., Naumovich-Gauna, M., Czernik, G., Díaz J., y Almirón, L. (2019). Salud autopercibida en estudiantes universitarios.

XXV Congreso de la Asociación de Ciencias Morfológicas de Corrientes. XX Congreso Internacional. 08 de noviembre de 2019. Corrientes.
Idler, E, y Benyamini Y. (1997). Self rated health and mortality: a review of twenty seven community studies. J Health Soc Behav; 38, 21-37.
Nuñez, Y., Almeida, S., Czernik, G., y Almirón, L. (2007). Determinación de salud autopercibida en un Servicio Hospitalario de Emergencias. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 13, (4). https://www.alcmeon.com.ar/13/52/6_nunez.htm
Sendra, E., Medina, M., Esqueff, J., Czernik, G., y Almirón, L. (2020). Autopercepción de la salud en estudiantes ingresantes de Enfermería en 2019. Libro digital: "Salud Pública y Salud Mental"; compilado por Alberto Trimboli ... [et al.]. - 1a Ed. Volumen combinado. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación Argentina de Profesionales de Salud Mental - AASM, 2020. Archivo Digital: ISBN 978-987-45937-5-7. pp. 502-505.
Silva-Gutiérrez, B., y De la Cruz-Guzmán, U. (2017). Autopercepción del estado de salud mental en estudiantes universitarios y propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General (GHQ28). Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa, 4, (8). https://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/676
Subramanian, V., Delgado B., Jadue H., Kawachi, I., y Vega, M. (2003). Inequidad de ingreso y autopercepción de salud: un análisis desde la perspectiva contextual en las comunas chilenas. Revista médica de Chile, 131 (3), 321-330. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000300012

SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE LA SALUD EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19 EN 2 INSTITUCIONES DE LA CIUDAD DE SAN LUIS

Carlos F. Arias [A], Adolfo S. Cabrera Benites [B], Miguel A. De Bortoli [C]

Introducción:

La sociedad necesita profesionales las 24 horas del día en determinadas áreas, para poder hacer frente a las necesidades inherentes al propio ser humano y su sistema de vida social. Los trabajadores de la salud son un tipo de profesionales que realiza trabajo por turnos rotativos que incluyen turnos nocturnos. El trabajo rotativo se encuentra asociado a la disrupción de los ritmos biológicos, a perturbaciones del sueño, de la salud psíquica y física, así como a problemas de la vida familiar y social de los trabajadores (Arias, 2016). A lo largo de los años, se han ido acumulando cada vez más pruebas sobre las serias repercusiones médicas y psicosociales relacionadas, es por ello que en Noviembre del 2007, el IARC (Internacional Agency for Research on Cancer, OMS) concluyó que el trabajo rotativo que incluye turno nocturno es un *"probable carcinógeno"*, reubicándolo en la categoría "2 A".

En Argentina, la pandemia por COVID-19, declarada por la OMS el día 11 de marzo de 2020 (Decreto de Necesidad y Urgencia 260/2020 y medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio 297/2020), provocó un nuevo escenario de Emergencia Sanitaria que puso como foco de atención al personal de la salud, agregando un nuevo factor de distrés a los que ya existían con el trabajo rotativo, entre otros factores organizacionales. Esta nueva gran presión en la atención de pacientes con Covid-19, trajo aparejado toda una nueva serie de protocolos y procedimientos que afectaron el diseño de turnos y restringieron los descansos y las licencias psicoprofilácticas.

Debido a que el malestar psicológico es uno de los efectos que tiene el trabajo por turnos rotativos en los trabajadores de la salud, se decidió utilizar el cuestionario GHQ-12 (Goldberg & Williams, 1988; versión en español de Lobo, A; y Muñoz, PE 1996) para investigar el bienestar psíquico y la posibilidad de necesitar asistencia psicológica en trabajadores de dos instituciones sanitarias de la Provincia de San Luis, durante la pandemia por Covid-19.

[A] *Dr en Psicología Docente e Investigador. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. ariascf@email.unsl.edu.ar*
[B] *Estudiante de Psicología-Pasante de Investigación. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. adolfo.benitesc@gmail.com*
[C] *Dr. en Bioquímica. Docente. Investigador. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. midebort@unsl.edu.ar*

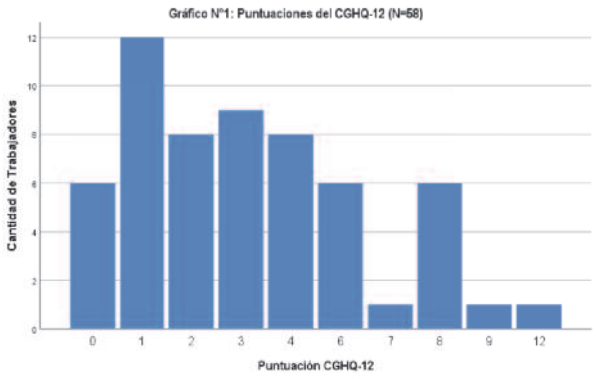
Metodología:

La selección de la muestra fue accidental y voluntaria; el diseño fue transversal, descriptivo y de enfoque cuantitativo. La muestra consistió en 58 trabajadores rotativos de la ciudad de San Luis, 37 del Hospital provincial San Luis (63,8%) y 21 del Sanatorio privado Ramos Mejía (36,2%). Completaron el Cuestionario de Salud General GHQ-12 entre Diciembre de 2020 y Febrero de 2021, entre otras preguntas sociodemográficas. El GHQ-12 es un cuestionario autoadministrado de *screening* en atención primaria de la salud, que permite estimar la prevalencia de enfermedad psiquiátrica o necesidad de asistencia psicológica en una determinada población. Contiene 4 ítems de ansiedad y depresión, 6 ítems de disfunción social y 2 ítems de pérdida de confianza, y juntos evalúan el bienestar psíquico y la posibilidad de necesitar asistencia psicológica. Se utilizó la puntuación C-GHQ para evitar pasar por alto los problemas de larga duración (crónicos). Los datos se analizaron con un software estadístico (SPSS 25). Se comprobó la fiabilidad y validez del instrumento utilizado, con una prueba de Alfa de Cronbach (AC=0,827), hallando un valor del 82,7%, lo que indica una muy buena consistencia interna de los ítems que componen esta escala. Estos valores se hallan cercanos al 85% de una validación anterior del GHQ-12 en español realizada a nivel nacional (Arias C.F., 2016). La prueba para la normalidad de la distribución de Kolmogorov-Smirnov dió un p=0,000, por lo que se utilizó estadística no paramétrica (prueba Mann Whitney) para la comparación del puntaje de GHQ-12 en ambas instituciones.

Características de la muestra: La edad media fue 39 años (DE=+-10 años, Rango: 23-64 años). El 86,21% fueron de sexo femenino (N= 50) y el 13,79% de sexo masculino (N= 8). Horas de trabajo semanales: Media=47 horas, 16 minutos, DE=+-14 horas, 5 minutos. Días de descanso por mes: Media=11 días, DE=+-5 días, Rango:4-24 días. Vacaciones y licencias anuales: Media=32 días, DE=+-16 días. Cabe destacar que se vieron reducidos los días de descanso debido a la pandemia, ya que no les otorgaron las licencias psicoprofilácticas. En respuesta a la pregunta de si aumentó la exigencia laboral debido a la pandemia, el 22,4% respondió: "*Sí, bastante*", y el 55,2% respondió: "*Sí, totalmente"*.

Resultados:

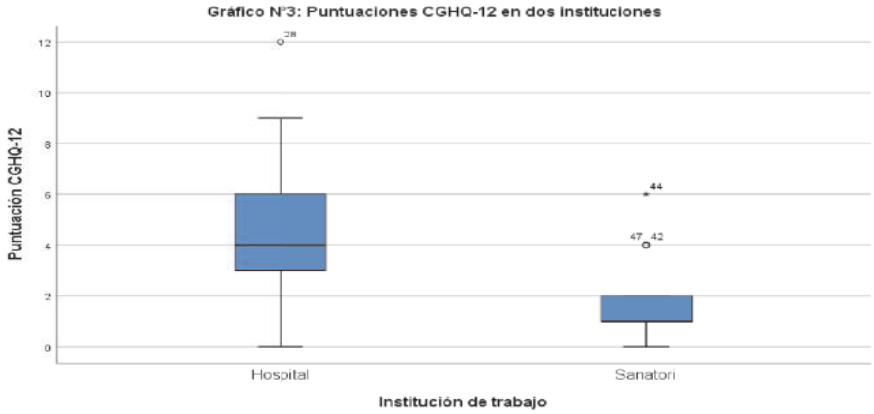
Del total de la muestra N=58: Media= 3,43 DE=+- 2,792, Mediana= 3. El rango se ubica entre 0 y 12 puntos.





El 55,2% de la muestra, se encontró dentro lo que se considera malestar psíquico, por lo que necesitarían asistencia psicológica (N= 32. Ver gráfico N°2). Para dividir la muestra se utilizó GHQ-12= 3 como punto de corte. Muñoz et al., (1995) sugieren el punto de corte 2/3, al elegir el 3 se reduce la posibilidad de falsos positivos.

Se halló una diferencia significativa entre las puntuaciones del GHQ-12 de los trabajadores del Hospital provincial de San Luis (Mediana=4) y de los trabajadores del Sanatorio privado Ramos Mejía (Mediana=1. Mann Whitney *p*= 0.000, z=-3,875. Ver gráfico N°3).



Discusión:

La prevalencia del 55,2% de necesidad de asistencia psicológica en la presente investigación es bastante alta si se compara con otros estudios realizados con personal de la salud, que encontraron una prevalencia de trastorno psíquico del 27%, y más aún si se compara con un 14% y 18% en población general (Calnan, Wainwright, Forsythe, Wall & Almond, 2001). Estudios internacionales recientes en médicos de emergencia y unidades de terapia intensiva que estaban trabajando con pacientes con Covid19, encontraron una prevalencia del 44,7% (Robert, et al 2021). En un estudio nacional con GHQ-12 en médicos residentes que realizaban más de 100 hs semanales, se halló una prevalencia del 47% de malestar psíquico (Arias C.F., 2016).

La diferencia en los resultados del GHQ-12 entre las dos instituciones sanitarias, que confirman que los trabajadores del Hospital provincial San Luis son los que tienen un mayor malestar psicológico y se encuentran por encima del punto de corte establecido en GHQ-12, puede atribuirse a que dichos trabajadores pertenecen a las Unidades de Terapia Intensiva que ofrecen atención sanitaria a los pacientes con Covid-19, mientras que los de la otra institución no trabajan directamente con pacientes de Covid-19. Esto es una importante advertencia sobre la necesidad del cuidado de la salud psicológica de los trabajadores que se encuentran en la primera línea de atención a pacientes con COVID-19.

El contexto de pandemia por coronavirus representa un obstáculo para el adecuado descanso y una exigencia laboral adicional por la reorganización laboral que experimentaron los servicios de salud. Este contexto agregó nuevos estresores, como el miedo de contagiarse con la enfermedad y/o contagiar a sus seres queridos, que afectó la salud mental de los trabajadores de la salud. Resulta de gran relevancia seguir estudiando los efectos negativos que la pandemia puede generar en la salud mental de los trabajadores, para poder desarrollar medidas de prevención y atenuación de riesgos, que logren prevenir y tratar de forma adecuada los problemas que afectan a los trabajadores de la salud.

Bibliografía

Arias C.F. (2016) Estudio y Abordaje Cronopsicológico de los Problemas de Salud en Trabajadores y Trabajadoras de Turnos Nocturnos y Rotativos. Tesis Doctoral de la Facultad de Psicología. UNSL, San Luis.

Calnan, M., Wainwright, D., Forsythe, M., Wall, B., & Almond, S. (2001). Mental health and stress in the workplace: The case of general practice in the UK. Social Science & Medicine, 52(4), 499–507.

Decreto 260/2020, de 12 de marzo, DECNU-2020-260-APN-PTE, "Emergencia sanitaria: Coronavirus (COVID-19). Disposiciones". Ciudad de Buenos Aires.

Decreto 297/2020, DECNU-2020-297-APN-PTE, de 19 de marzo, "Aislamiento social, preventivo y obligatorio. Disposiciones". Ciudad de Buenos Aires.

Goldberg, D; y Williams, P (1988). Cuestionario de Salud General GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones. Versiones en lengua española validadas: Lobo, A; y Muñoz, PE (1996). Masson. Barcelona, España.

IARC (2007). Shift-work, painting and fire-fighting. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 98. Lyon: International Agency for Research on Cancer.

Muñoz, PE, Tejerina-Allen, M & Cañas, F (1995). Estudio de validación del GHQ en población general urbana.

Roberts T, Daniels J, Hulme W, et al. (2021). Psychological distress and trauma in doctors providing frontline care during the COVID-19 pandemic in the United Kingdom and Ireland: a prospective longitudinal survey cohort study. BMJ Open 2021;11:e049680. doi:10.1136/ bmjopen-2021-049680

Capitulo V

Género y Salud Mental

CUERPOS ENCERRADOS: SUBJETIVIDAD TRANS Y VIOLENCIA INSTITUCIONAL

Juan M. Silva [A]

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo promover en la audiencia algún interés de abordar desde una perspectiva salutogénica a las sexualidades disidentes, en especial a la comunidad trans. Para ello, considero propicio citar algunas conceptualizaciones previas para pensar justamente los campos institucionales del escenario social y la urdimbre de sentidos desde la cual estas presencias diversas son pensadas.

A lo largo de los últimos 100 años se han hecho cada vez más visibles en la sociedad las *"nuevas presencias diversas de la sexualidad"* reconociendo que no son nuevas sino que son prácticas de antaño que a lo largo de la historia de la humanidad han sido objeto de distintas argumentaciones, marcaciones y estigmatizaciones sociales. Estos grupos de personas que luchan por sus derechos sociales, políticos, civiles, económicos y sexuales siguen aún siendo relegados por cuestiones de identidad y orientación sexual. Fueron muchas décadas de estigmatización y condena social; tanto así como de patologización de su identidad. Hoy en día, la comunidad trans puede hacer escuchar sus voces, pero no es sin esas luchas emprendidas que se han logrado dar unos pocos pasos en materia de reconocimiento institucional. Aún así, las formas y prácticas naturalizadas de violencia institucional continúan atacando tanto su identidad autopercibida como sus derechos ciudadanos.

Pensar los logros legales y conquistas de la movilización histórica LGBTIQNB+ y las formas posibles en que se materializarian estas leyes, involucra indagar la dimensión de la violencia institucional que estas comunidades padecen. ¿Qué entendemos por violencia institucional?.

¿Cómo se aplica a la comunidad trans?. Cuando una corporeidad trans ingresa a la escuela, al hospital, al banco o a la fábrica ¿que se desprende allí de aquello que entendemos como "otredad"?, ¿por qué es imperativo resaltar la relación entre los vínculos humanos y aquello que en tanto "instituido" es medida de *normalidad para la vida en sociedad?*

De luchas, debates y conquistas

En el año 2018 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos recomendó a los Estados el desarrollo de "estrategias coordinadas de forma intersectorial, articulando temas con base en múltiples factores, tales como educación, trabajo y seguridad social, alimentación, vivienda y salud, orientadas a garantizar la participación democrática y el empoderamiento de las personas LGBTIQNB+". En Argentina, la Ley N° 26.743 y sus Decretos Reglamentarios Nros. 1007/12 y 903/15 reconocieron el derecho de toda persona a su identidad de género y a desarrollarse libremente. Pero estos avances hacia la inclusión digna no son recientes, en 2010 el Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos y otros organismos jurisdiccionales cuyos pronunciamientos adquieren rango constitucional, se han pronunciado al considerar que la identidad de género y su expresión, así como también la orientación sexual, constituyen categorías prohibidas de discriminación.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la sexualidad humana se define como: *"Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.* ***Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersona-***

[A] Psicólogo Clínico, Psicoanalista, Docente. UBA, UNQ. CABA. Argentina. jmsilva@psi.uba.ar

les. *La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de* ***factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales****"* (OMS, 2006)

De esta manera, la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Por lo tanto, requiere un abordaje respetuoso de la sexualidad, de las diversas orientaciones sexuadas y los vínculos humanos.

El año pasado, la OMS retira al colectivo "trans" del capítulo dedicado a "Trastornos mentales y del comportamiento" del CIE10, para abordar esta dimensión de la sexualidad como una **incongruencia entre el género vivenciado por una persona y el sexo asignado,** pasando a estar esta experiencia incluida en el capítulo 17 de Salud Sexual del CIE 11. Estos sucesos promueven el debate urgente para pensar la dimensión institucional de la sexualidad hetero-cis-normativa y binaria cuyos preceptos se reproducen en todos los ámbitos de la vida colectiva. Es menester, que esta discusión tenga un abordaje *interdisciplinario* en el cual diversos campos del saber y sus diferentes enfoques puedan brindar sus aportes para crear así las condiciones de re-significar colectivamente la diversidad sexual humana con el objetivo de visualizar, analizar y desglosar los estereotipos institucionalizados y naturalizados que determinan y encuadran a la diversidad sexual y su específico lugar en la sociedad. Desde nuestro campo de interés, la Ley de Salud Mental 26657 también promueve la despatologización de la orientación e identidad sexual puestoque prohíbe realizar un diagnóstico médico sobre esta experiencia como base única. En su artículo 3 inciso c) establece que *"en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva (…) de la elección o identidad sexual."*

Aun con las restauraciones legislativas, las personas transexuales, travestis y transgénero continúan teniendo dificultades para disfrutar del efectivo ejercicio de sus derechos en tanto sujetos ciudadanos: derecho a la salud, a la educación, a una vivienda digna, a condiciones equitativas de trabajo. A lo largo de toda su vida padecen violencias atravesadas por la estigmatización, criminalización y patologización sistemática ejecutadas por gran parte de la sociedad y las instituciones. Asimismo, las personas transexuales y travestis han sido criminalizadas por la normativa contravencional y de faltas y también, son víctimas de violencia y agresiones ejercida mayoritariamente por agentes de las fuerzas de seguridad. A esta situación se suma, como se dijo, la exclusión histórica de los ámbitos educativos y laborales. Por lo tanto, para lograr una efectiva inclusión, es necesario que la normativa interna sea interpretada teniendo en consideración las características particulares que posee dicho colectivo.

Violencia Institucional

En primer lugar, mi propuesta es pensar a la institución como sistema de regulaciones socio histórico culturales que operan como metamarco de la vida humana, es el conjunto de las formas sociales instituidas por la ley y la costumbre (N. Vitale, F. Volz & C. Mendez; 2012).

Fernando Ulloa (1969) diferencia a la institución o *proceso de institucionalización* (con el sentido de racionalizar y estabilizar conductas a través de discursos regentes) del concepto de organismos institucionales. La noción de institución adquiere así una categoría más abstracta. **El lenguaje, el trabajo, la familia, la religión, la educación, la sexualidad; todas ellas instituciones universales fundantes.** René Käes (1989) desarrolla que las instituciones nos preceden, nos apuntalan, nos sitúan y nos inscriben en sus vínculos y en sus discursos, denomina al vínculo que se establece entre sujeto e institución **vínculo instituido** y lo define como ese *"vínculo que se determina por efecto de una doble conjunción: la del deseo de sus sujetos de inscribir un vínculo en una duración y en una cierta estabilidad y la de las formas sociales que de diversas maneras reconocen y sostienen la institución de este vínculo."* (Kaës, 1989).

J. Bleger (1996) sostiene que como tal, la institución forma parte de la organización subjetiva de la personalidad y que esa relación tendrá, indefectiblemente, una dimensión no manifiesta, latente. Como marcos regulatorios que nos preexisten, las instituciones son parte estructural de

nuestras vidas y son producidas y transmitidas generacionalmente a través de todo intercambio social posible, *"la inducción amplia y coherente de un individuo en el mundo objetivo de una sociedad o en un sector de el"* (Berger & Luckman, 1972). En este proceso de inducción, las instituciones son internalizadas por el sujeto. De todos modos, no todo se transmite, sino que parte de la realidad objetiva está filtrada por los discursos de los otros significativos.

Esta dimensión estructural de las instituciones es el núcleo de la violencia institucional al que haremos mención en primera instancia. En su carácter de discurso que "preexiste" al sujeto, este discurso (siempre normativo) opera bajo la forma de valores, lemas, significantes, juicios de valor, prejuicios, relatos, "sentido común", etc. Las instituciones producen realidad subjetiva y configuran esquemas corporales; la dependencia entre instituciones y sujeto dependerá de la integración subjetiva individual y de la propia capacidad para regular la coerción institucional (Bleger, 1996). Es, en este registro, que se sostiene lo específico del sufrimiento institucional en tanto peligra esa reciprocidad entre el individuo y la institución, ya sea por la caída de los pactos y contratos o por que la institución no brinda contención subjetiva al individuo; el sujeto sufre en su relación con las instituciones (Kaës, 2005). Esta violencia institucional está diseminada a la manera de una red orgánica inter institucional y cuyo alcance tendrá dos registros inmediatos: como discurso preexistente al sujeto y como una diferencia que se dirime entre los lugares institucionales asignados y la singularidad de los cuerpos (Lewkowicz, 2004). Lo institucional, las instituciones (relaciones de parentesco, lenguaje, trabajo, religión, sexualidad) y las organizaciones o espacios (familia, Estado, escuela, Iglesia, establecimientos varios) se vuelven tiranas hacia su interior y arrojan a los sujetos a un neodarwinismo social a través de monopolizar fuerzas de coerción sobre la corporeidad (Lewkowicz, 2004)

En segundo lugar, pensar la dimensión institucional de la sexualidad específicamente bajo el modo de un Orden Sexual Moderno y Binario (Fernandez, 1989). Esto implica no solo indagar sobre la sexualidad como dispositivo de disciplinamiento psiquiátrico-político de prácticas eróticas (Foucault, 1977) sino además, indagar sus múltiples formas invisibles de violencia. La sexualidad binaria "institucionalizada" condensa una dinámica de poder asimétrica y legitima, entre varias cuestiones, las formas hegemónicas de construcción de cuerpos y modos deseantes. En el interjuego con otros atravesamientos institucionales, los cuerpos ya están predeterminados y clasificados por la institución. *Es decir, que más allá de elecciones personales, se inscriben en redes sociales en las que se generan, transitan o dinamizan prácticas de violencia, que (generalmente por fuera de las percepciones de sus actores) son constituyentes de sus vínculos, contratos y enlaces subjetivos. Es en este sentido que puede afirmarse que la violencia es constitutiva de las relaciones entre géneros.* (E. Giberti, A. Fernández; 1989)

La sexualidad, en tanto institución-sistema, porta dogmas semiológicos y sentencias heterosexistas que los sujetos tiñen de discurso de verdad en lo cotidiano. La clasificación de la variedad de los cuerpos estará supeditada por la institución, la cual ubica a la masculinidad blanca patriarcal y atributiva en el centro del orden de la sexuación. Todo cuerpo sexuado pasará por ese filtro institucional desde cualquier actor social u organismo.

La institución de la sexualidad se vuelve *performativa* de todos los cuerpos. Y será esta *"obligación performativa de la sexualidad"* la que paradójicamente aloja la libertad de acción ante la apropiación inducida de la ley reguladora, la materialización del discurso heteronormativo es el movimiento que define, clasifica e integra aquello que quiere excluir (Butler, 1993).

Tranversalizar la perspectiva de género y sexualidades disidentes, es en primer medida la interpelación y deconstrucción de las epistemologías hetero-cis-binaristas. Esta "otra" dimensión de la violencia institucional que trasciende las prácticas colectivas y organizacionales, tiene al cuerpo como objeto central de masificación del discurso. No son todos los cuerpos y sus propias y singulares disidencias los que serán aceptados y valorados, si no un tipo específico de cuerpo masculinizado y un tipo específico de cuerpo feminizado los que entrarán en una lógica racional de aceptación colectiva. Este sesgo instituido de estereotipos estéticos hegemónicos son producidos

y reproducidos por hombres y mujeres indistintamente de su género, identidad de género y orientación sexo afectiva.

Cuerpos Encerrados y Pandemia

Una de las tantas nociones certeras del campo del psicoanálisis, es *el cuerpo como construcción.* No es el cuerpo de la biología, no es el "organismo fisiológico", es el cuerpo "superficie representacional". Una anatomía que ordena un cuerpo que no se corresponde con el organismo. En términos de Lacan, es el cuerpo que estará atravesado por el lenguaje y que configurará su singular respuesta ante eso que encarna la escena colectiva. El cuerpo como construcción, es una arquitectura simbólica.

El cuerpo trans es esa corporeidad que interroga las construcciones dicotómicas por las cuáles la sexualidad heterosexista y binaria se instaló fagocitando las múltiples y diversas formas de sexuación de los cuerpos. Y justamente en ese punto, da cuenta de las identificaciones y el modo deseante que ese cuerpo aloja antes del reconocimiento de la diferencia genital de los sexos. El cuerpo de la persona trans interpela nuestro sistema de creencias basado en los supuestos que surgen de los enunciados heteronormativos y biologicistas, y en consecuencia, también interpela las prácticas sociales.

Durante muchas décadas las personas trans han sido cosificadas, objetivadas, patologizadas y criminalizadas. Posturas institucionales sexistas empujaron a este grupo social a la marginalidad, eyectando sus presencias de los espacios públicos y prohibiendo cualquier forma ciudadana de protagonismo social. Hoy, algunos marcos legales en nuestro país abren las condiciones de posibilidad para incluir e integrar dignamente estas identidades al entramado institucional; pero aún así, variados sectores sociales ofrecen sus resistencias a la verdadera inclusión del colectivo. La familia, la escuela, la iglesia, el hospital, la fábrica, la empresa, el consultorio; pueden ser espacios "no amigables" a la diversidad. También se denuncia una forma de "violencia psi" inherente a una teorización y práctica psicoanalítica que patologiza la diversidad sexo afectiva (Cabral, 2011). Las personas trans padecen las violencias históricas de discursos ya instituidos. Cuando la institución primordial de la familia rompe sus pactos con las formas fraternales, el *"salir del closet"* se vuelve un pronóstico desolador. Del rechazo familiar al suicidio hay, muchas veces, un solo paso. Sin posibilidades de acceder a la educación, a trabajos formales y a una asistencia sanitaria con perspectiva de género; esa singularidad, ese cuerpo vuelve a ser encerrado, encadenado, acorralado por múltiples agresiones tanto manifiestas como no explícitas y simbólicas. Fernando Ulloa llama "encerrona trágica" a la escena donde la vida de una persona en situación de víctima está a completa merced de otra persona quien encarna al victimario. No hay tercero de apelación, es una situación de dos y los castigos del verdugo hacen que la víctima no solo sienta horror sino además cierta resignación ante la vida. La encerrona trágica remite a una proto escena manicomial, la mesa de torturas es un ejemplo. ¿Podemos pensar en gradientes de estas encerronas en la vida de las personas trans? Ulloa dirá: *Los encierros de esta naturaleza ocurren en la familia, la escuela, el trabajo, las relaciones políticas y en toda mortificación más o menos culturalizada, extendiendo la mancha hacia una práctica político administrativa que perfecciona los dos lugares clásicos de marginadores y marginados* (Ulloa, 1996).

En el contexto actual de pandemia global y ante las medidas preventivas, el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio obligó a muchas personas del colectivo, en especial el más joven, a transitar la cuarentena con sus familias trans-homo-odiantes sin la posibilidad de escapar a otros espacios más contenedores psicológicamente. La población adulta cuyos ingresos y subsistencia dependía de la circularidad exterior (trabajo sexual y/o comercio) también vieron afectadas sus posibilidades de proveerse el sustento económico. Hubo además, la imposibilidad de acceder, en muchos casos, a sus tratamientos médico-psicoterapéuticos ya que los pocos dispositivos de salud que cobijan la diversidad en forma específica, redujeron considerablemente la atención ambulatoria. Si hay algo que la pandemia evidenció y profundizó aún más, son las carencias e injusticias sociales que padece la población vulnerable en recursos (en forma indistinta) y cómo estas son desestimadas

ante las presencias institucionales deficitarias. A la comunidad trans, población cuya expectativa de vida promedia los 40 años y cuyas corporeidades no pueden transitar libremente las calles sin ser objeto de prejuicio y agresión; le preexisten múltiples acorralamientos. A esos encierros subjetivos del sentir trans ante un cuerpo (biológico) que no se corresponde con la identidad autopercibida, se enhebran las previsibles encerronas que la vida en las instituciones presenta en forma inexorable.

Concluyendo

En "Malestar de la cultura" Freud describe tres fuentes de sufrimiento humano: el hiperpoder de las fuerzas de la naturaleza, la fragilidad y decrepitud del cuerpo humano, y la insuficiencia de las construcciones sociales del hombre, las instituciones, para regular los vínculos humanos. Si la pandemia da cuenta de algo, es que esta entrelaza las tres fuentes de sufrimiento en una red de miedo y padecer infranqueable. No sabremos por mucho tiempo, y será material de futuros estudios epidemiológicos y psicológicos, qué secuelas nos deja esta pandemia, ¿qué situaciones de exclusión profundizó?. Cuando la violencia institucional es una "naturalidad" social injustificada y la pandemia agudizó este neodarwinismo social; ¿que armados colectivos son necesarios para sopesar nuestros malestares?, los propios y los de quienes están empujados hacia la marginalidad...

Escribo estas líneas y un chico trans que salió a buscar trabajo nunca volvió a su hogar, Tehuel se encuentra desaparecido hace más de cuatro meses, y su búsqueda no ha recibido el mismo tratamiento mediático como en otras búsquedas. Al momento en que escribo estas líneas no hay avance alguno en su búsqueda por parte de las fuerzas de seguridad.

Paralelamente, el Senado de la Nación Argentina aprobó por voto casi unánime una ley de máxima para el Cupo Laboral Trans y Travesti; las organizaciones podrían considerar contratar personas trans e incluirlas a las dinámicas organizacionales e institucionales del sistema de empleo formal. El pasado 21 de julio del corriente año, el Estado Argentino inaugura para la sociedad la opción "No Binaria" en el Documento Nacional de Identidad, otra deuda que por el momento ayuda a sobrellevar varias carencias sociales Mi inquietud radica en las formas y tratamientos que tendrá este avance en los distintos organismos ya sean estos del orden público como del orden privado. Es menester que se den las condiciones de posibilidad para responder a la demanda de atención de esta comunidad con una transformación de la escena clínica, social y laboral, y "bajo principios de reconocimiento no patologizantes" (Suess, 2011). El armado colectivo y el intercambio es necesario, como así también es urgente defender los movimientos transformadores que restituyen derechos.

Si se me permite, esta restauración legal es una puerta de salida para esos encierros sistemáticos que padece la comunidad trans travesti, una puerta que por lo menos ofrece una oportunidad para salir del terreno de la noche, la marginalidad y el destrato. Ahora estos cuerpos diversos, estas corporeidades disidentes podrían transitar más libremente las calles a plena luz del día en un horizonte de una sociedad cada vez más justa. Ante las formas enquistadas de malestar y mortificación en los ámbitos institucionales, Fernando Ulloa propone como salida a la violencia institucional y al malestar social una generosa conceptualización, *"la institución de la ternura",* término algo genérico que no alcanza a dimensionar los alcances de la ternura como escenario mayor y ético; *"...en función de sus atributos básicos, la ternura será abrigo frente a los rigores de la intemperie, alimento frente a los del hambre y fundamentalmente buen trato, como escudo protector ante las violencias inevitables del vivir."* (Ulloa, 1996). Quizás, por el momento, y de forma inmediata, como un contrato inalienable, sin mayores exigencias, pero con la urgencia de lo necesario; por el momento, solo se trate de tratarles bien.

Bibliografía

Honorable Congreso de la Nación Argentina https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26743-197860
Ministerio de Salud de la Nación Argentina https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977
Lewkowicz, I. (2004). Institución sin Nación. En Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez (pp. 40-51) Buenos Aires: Paidós.
Bleger, J. (1996). Psicohigiene y psicología institucional (pp. 80-101) Buenos Aires: Paidós.

Berger, P. y Luckmann, T. (1972). La construcción social de la realidad. (Cap 1 y 2) Buenos Aires: Amorrortu.
Ulloa, F. (1969). Psicología de las instituciones: una aproximación psicoanalítica. En Revista de Psicoanálisis, Vol. XXVI, No 1. Buenos Aires: APA, (Pp. 1-19).
Vitale, N.; Volz, F. y Méndez, C. (2012). Introducción a la Psicología Institucional. En http://www.psi.uba.ar
Foucault, M. (1977). Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. 2º ensayo: La sexualidad infantil. En Freud, S. Obras Completas. (2a. ed., Vol. VII). Buenos Aires: Amorrortu.
Butler, J. (1993). Introducción, Cap. 1, 4. Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo. Buenos Aires: Paidós.
Fernández, Ana M. (2012). El orden sexual moderno y las diversidades sexuales. Buenos Aires: Revista Actualidad Psicológica.
Fernández, Ana M. y Giberti, Eva. (1989). "La mujer y la violencia invisible". Introducción. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.
Fernández, Ana M.: "Femicidios: La ferocidad del patriarcado". En "Teoría queer y subjetividad". (Compilados) Buenos Aires: Ed. Biblos
Freud, S. (1990). El malestar en la cultura. En Obras Completas, Tomo XXI. Buenos Aires:Amorrortu, pp. 65 a 118
Suess, Aimar A. (2010). "Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans." en El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (editores). Madrid: Egales.
Cabral, M. (2011). Escrituras de la intersexualidad en castellano. Córdoba: Ed. Anarrés.

"COMO AVE ENJAULADA, QUE NO DEJA DE CANTAR": PONIENDO EN TEXTO Y CONTEXTO LO TRAUMÁTICO

María Elena Raies [A]

"Todo lo reprimido es inconsciente, pero no de todo lo inconsciente podemos aseverar que esta reprimido." [1]

No siempre el abuso sexual fue considerado tal como lo conocemos hoy y podríamos decir que, en relación a los millones de años de evolución de la especie humana, es una categoría de análisis joven. Si bien encontramos amplio material al respecto, aún queda bastante camino por recorrer cuando abordamos las consecuencias que los abusos sexuales infantiles intrafamiliares tienen en la vida adulta de quien lo padece. Como todo acto de violencia, rebasa el ámbito de lo privado, por ende, debemos conceptualizarlo como un fenómeno no solo de salud pública y legal, sino como hechos de complejos entramados socioculturales y políticos.

Aunque se encuentra en la experiencia clínica y teórica material en relación a abusos perpetrados por mujeres, estadísticamente la mayoría de los casos reflejan que son consumados por varones de diversas edades, etnias y estatus socio-económico, ¿por qué?, una posible respuesta a esto es la definición que da Gerda Lerner en 1986 de patriarcado: "manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niños/as de la familia y la ampliación de ese dominio sobre las mujeres en la sociedad en general" [2], generando asimetrías de poder que perpetúan una naturalización de ciertos roles y de hechos que padecen y padecieron durante siglos las mujeres.

1 *Freud, Sigmund. "El delirio y los sueños en la Gradiva" Tomo IX, Obras completas. Amorrortu, Bs. As., 1980. Pág. 41*
2 *Lerner, Gerda. The Creation of Patriarchy: The Origins of Women's Subordination. Women and History, Volume 1 (Women and History; V. 1) 1986*

[A] Psicóloga UNR. Rosario, Santa Fé. Argentina. raies.elena@gmail.com

Los resultados paradójicos de las investigaciones y documentaciones sobre esta problemática, es que la familia, esa institución moderna donde las infancias debieran ser cuidadas y protegidas, terminan siendo los espacios más propicios para este tipo de violencias, ya que se estima que más de la mitad de los casos son de tipo intrafamiliar, siendo esto un serio agravante que se expresa en la magnitud de los daños psicológicos producidos y también una gran dificultad para su detección, denuncia e intervención por parte de las instituciones tal como lo plantea Intebi. [3]

Además de las consecuencias a corto plazo que podemos vislumbrar en una víctima de ASI, es de vital relevancia poder hacer hincapié en ¿Cómo se desarrolla el psiquismo a posteriori de un suceso así? ¿Qué consecuencias se pueden encontrar a partir de este hecho traumático? ¿Qué sucede a largo plazo? ¿Es posible una vida adulta saludable? ¿Cómo abordamos estas consecuencias en una persona adulta?

Los caminos de la cura pueden ser diversos y dependerán de la implicancia del paciente y de la escucha del analista, ya lo decía Lacan, "la resistencia es del analista" y tal vez sea lo que mayormente aparece cuando nos topamos con historias traumáticas como las de Dalma (nombre con el que nombraré a partir de ahora a la protagonista de esta historia) y a quien tomaré para poder pensar clínicamente las preguntas planteadas.

Dalma, sufrió a lo largo de su vida diversos episodios de violencia y abuso sexual, sin embargo, no fue por ello que comienza el espacio terapéutico, sino por el consumo problemático de sustancias que la llevó a tocar fondo más de una vez, pero que en esta última oportunidad no se dió la posibilidad de evadir. Había iniciado otros tratamientos que no logró sostener y desde hacía varios años participaba de NA, espacio al que aún asiste.

La primera vez que la vi en la comunidad terapéutica donde comenzó el tratamiento hace 2 años y medio, me encontré con una mujer de 30 años que parecía una niña, de aspecto desaliñeado, muy delgada, frágil, mirada un tanto perdida, sin deseo. Este aspecto de niña a lo largo de las sesiones se verá reflejado también en sus actitudes y en la irresponsabilidad de sus actos.

Los primeros meses del proceso terapéutico rondaron en la imposibilidad que sentía para dejar de consumir, pero también para sostener un vínculo saludable con su pareja de aquel momento, con quien repetía episodios de violencia similares a los que ella había sido sometida en su infancia por su mamá. Durante ese tiempo comenzó a manifestar que había sufrido abusos sexuales por parte de su padrastro, pareja con quien su mamá comenzó un vínculo cuando ella tenía aproximadamente 5/6 años, no logra determinarlo bien. Por cómo describe esos episodios y esa época de su vida pareciera que esa historia no le hubiera sucedido a ella, sino, a otra persona. Este será un trabajo de construcción en conjunto durante todo el proceso terapéutico, evidenciando lo traumático de los hechos vividos.

Mamá narcisista y violenta, papá adicto y ausente desde siempre, padrastro también violento de varios modos. En aquella casa Dalma no encontraba casi ningún vestigio de tranquilidad, cuidado, amor y libertad para ser una niña. Solo se le imponía el mandato de cuidar a su hermana 6 años menor ya que su mamá trabajaba extensas jornadas fuera de la casa, cumpliendo un rol materno, pero también cumpliendo un rol sexuado por su padrastro como su "pareja sexual", tal cual lo describe Dalma, cuando logra hablar de los abusos a los que fue sometida. Refiere: *"cuando era niña era una mujer grande en el cuerpo de una niña, hacía todo lo que hacía una mujer grande, criaba a un hijo, tenía sexo con un hombre, limpiaba la casa, ordenaba, cuando crecí y pude ponerles fin a los abusos, me volví una niña en cuerpo de grande."*

Dalma logra hablar de sus abusos a los 28 años, luego de 11 años que se diera el último episodio. Durante esos 11 años, más otros casi 10 que se produjeron los abusos sexuales, no pudo hablarlo con nadie, su padrastro la mantuvo siempre amenazada o prometiéndole una recompensa para ello, refiere *"a mí siempre me gustó cantar y me decían que lo hacía muy bien, el me prometía*

3 *Intebi, Irene: "Definiciones y efectos del Abuso Sexual Infantil" en "Proteger, reparar, penalizar". Evaluaciones de las Sospechas de Abuso Sexual Infantil, Ed. Granica, Buenos Aires, 2011.*

ayudarme a que sea una cantante famosa si yo no contaba nada de lo que pasaba" aquí se vislumbra lo que Irene Meler (2013) [4], nombra como "Erogeneidad de subordinación", la autora refiere que "los sujetos inmersos en situaciones penosas, potencialmente traumáticas, es decir desestructurantes para su Aparato Psíquico, recurren como forma de ligar la cantidad de estímulo que los desborda, a la coexcitación erótica. Esta respuesta puede en ocasiones hacer tramitable una experiencia, evitando así la locura o la muerte".

Dalma lo describe en una sesión donde logra después de mucho tiempo contar que, a los abusos de su padrastro, se le suma anteriormente otro padecido por parte de un tío materno a los 5 años y a posterior por parte de familiares de su padrastro, ante esto manifiesta: *"siento vergüenza, porque yo en muchas oportunidades me sentía excitada, creo que tenía orgasmos, yo pensaba que yo los provocaba, que yo era sensual que para eso era mi cuerpo. Sentía culpa, me sentía una prostituta siendo una niña. Siento mucha culpa hoy, porque en ese momento siendo tan chica me excitaba pensar en esa situación"*

¿Cómo poner un límite a esta situación cuando ella creía que su función siendo una niña y una adolescente era la de excitar a los varones? ¿Cómo posicionarse en un lugar diferente, cuando los adultos le hicieron creer que ese era su lugar?

Cuando Freud habla de trauma hace una diferenciación entre lo que considera el trauma instituyente, el cual se da a partir del nacimiento y el hecho de que dependemos absolutamente para todo de otra persona para sobrevivir, al que nombra como "trauma estructural-sexual", que resulta de tiempos lógicos y por otro lado, está el "acontecimiento traumático", un suceso que impacta sobre el sujeto, con un quantum de energía que resulta muy complejo ligar y que tiene carácter de sorpresa.

Este carácter de sorpresa del hecho traumático, imposibilita que el psiquismo pueda hacer con lo que ocurre, un relato, ya que, al venir del exterior, sea cual fuere el caso, produce en el aparato psíquico, un agujero, un pozo, vacío difícil de significar. El aparato psíquico se quiebra, lo vive como un desamparo anterior a toda inscripción que no consigue representatividad y es por ello que no cae bajo represión, sino que queda por fuera como cuerpo extraño y de allí que su retorno sea a modo de una angustia difícil de tramitar. Si no se puede recordar, tampoco se podrá elaborar y olvidar. Lo traumático habla a quien quiera oírlo [5].

Lo patológico se vuelve aquí una forma de resolución de lo traumático, cobrando real eficacia traumática en un segundo momento, al contarlo, es decir a sus 28 años, pero también en el contexto analítico, donde se comienza a construir el texto de la situación, de aquello que durante años fue un agujero sin texto, inscribir lo que nunca se había inscripto, ubicar lo inubicable para ahora así poder mediante la sublimación en el trabajo, en el caso de Dalma, también poder elaborar lo sucedido. Esto no fue sin angustia y sin tiempo, fue un proceso arduo y largo para Dalma, aún hoy lo es, sostener sus responsabilidades laborales, hallar un espacio dentro de ese ámbito laboral que inicialmente no era de su agrado y que solo lograba sostener mediante el consumo de sustancias.

"Vacío, sensación de que nunca nada la llena", así lo ha nombrado en muchas oportunidades Dalma, lo que mediante el consumo todos estos años intentó tapar o llenar. Esta es una consecuencia que la evidencia científica sostiene es más recurrente que se de en mujeres que han padecido ASI.

Se trata de una manera poco asertiva de hacer frente a la situación. Esto no soluciona el problema del trauma, sin dudas, el abuso de sustancias puede traer problemas más complejos que resultan de la adicción. Sin embargo, el comportamiento adictivo a menudo se percibe como el único recurso que permite poner coto a tanta angustia o un modo de poner en acto lo que no se puede decir aún.

---

4 *Meler, Irene. "Violencia entre los géneros. Cuestiones no pensadas o "impensables". www.psiconet.com/foros/genero/violencia.htm*

5 *Insua, Gabriela. "Acontecimiento traumático, ¿trauma no sexual? De un trauma no sexual, centro trama. Ed. Letra viva. Bs. As. 2008*

Entonces, ¿Cómo abordamos estas consecuencias en una persona adulta, que ya no solo lidia con el hecho traumático del ASI sino además con una de sus posibles consecuencias como es el consumo problemático de sustancias? ¿Cuál debe ser entonces la posición del analista frente a situaciones así? Parafraseando lo que en "Lo Indecible" [6], sus autores plantean, se podría decir que, frente a lo que el trauma viene a decir, no es posible interrogar, ya que no habría palabras para relatar. Es por eso que se vuelve prioritario ser soporte y testigo de una verdad que, al mostrarse delante de alguien, consiga un lugar propicio. Esto no es sin avances y retrocesos o ameseta-mientos, pero a lo largo del proceso terapéutico de Dalma, que aún hoy continúa, se han logrado establecer algunos límites no solo a ella misma, logrando la abstinencia de cocaína hace más de dos años y medio, sino también a su pareja y a su mamá de modo asertivo, mediante el uso de la palabra, algo que antes no se lograba si no era mediante la violencia.

Durante todo el tratamiento, el canto, tuvo un lugar ambivalente, de mucho amor pero también generador de angustia y bronca por haber creído en lo que su abusador le prometía y por no haberlo intentado sola. Hoy, después de elaborar este significante desde el deseo, Dalma plantea *"canté anoche y me emocioné, la música tiene ese poder en mí, siento que estoy en otro lado cuando canto, ¿pero me pregunto, será para mí?"* La elaboración de esa pregunta, abrió la posibilidad de comenzar el profesorado de canto y lo concluya o no, ese paso fue una pequeña gran batalla ganada para ella, vencer su miedo al qué dirán, al fracaso y al no voy a poder sola. Esto nos demuestra que a pesar de las consecuencias terribles de los hechos que lamentablemente tuvo que vivenciar Dalma durante toda su vida, el poder darse el lugar de hablar de lo sucedido y darme la posibilidad de ser oyente de su dolor, le abre hoy otro mundo de posibilidades en donde el deseo es posible y la jaula en donde siempre estuvo encerrada, comienza a abrir sus puertas para que pueda volar y cantar sin ataduras.

BIBLIOGRAFÍA:

Insua, Gabriela. "Acontecimiento traumático, ¿trauma no sexual? De un trauma no sexual, centro trama. Ed. Letra viva. Bs. As. 2008

Insua, Gabriela, autora y compiladora. Lo Indecible: clínica con lo traumático, 1° ed, Bs. As, Letra Viva, 2013

Intebi, Irene: "Definiciones y efectos del Abuso Sexual Infantil" en "Proteger, reparar, penalizar". Evaluaciones de las Sospechas de Abuso Sexual Infantil, Ed. Granica, Buenos Aires, 2011

Meler, Irene. Psicoanálisis, estudios feministas y género. "Violencia entre los géneros. Cuestiones no pensadas o "impensables". 2013

6 *Insua, Gabriela, autora y compiladora. Lo Indecible: clínica con lo traumático, 1° ed, Bs. As, Letra Viva, 2013*

PATERNIDADES EN PRISIÓN: UN ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS DE PATERNIDAD DE VARONES DETENIDOS EN UNA UNIDAD PENITENCIARIA DE SANTA FE

Malvina Marengo [A]

Este escrito es un recorte de una investigación más extensa que da cuenta de la experiencia de paternidad de los varones detenidos en una cárcel de la provincia de Santa Fe, desde la confluencia de discursos varios (estudios de género, psicoanálisis y sociología) que permiten echar luz y complejizar una problemática que en general permanece opaca: los vínculos en contextos de encierro.

[A] *Lic. en Psicología (UNC). Maestranda en Psicopatología y Salud Mental (UNR). Ex Residente en RISaM. Psicóloga en Equipo de Acompañamiento para la Reinserción Social en Servicio Penitenciario Sta. Fe. Rosario, Santa Fé. Argentina. psi.malvinamarengo@gmail.com*

Hablar de la cárcel de varones con perspectiva de género implica empezar a mirar con otros ojos las estructuras de poder que allí se desenvuelven, entendiendo que los vínculos y las identificaciones que allí se gestan están íntimamente ligados con las formas en cómo se construyen las masculinidades, que no se limitan al espacio interior a los muros de la prisión, sino que en un interjuego constante, se retroalimentan con representaciones sociales, vínculos e identidades que circulan más allá. La situación de detención, ofrece ciertas condiciones de posibilidad para que aquellos elementos de la construcción de las subjetividades masculinas ligados a un cierto ejercicio de poder puedan desplegarse, reproducirse, pero también encontrar obstáculos y reconfiguraciones.

Del universo de vínculos posibles que de despliegan en la prisión, vamos a centrarnos en la paternidad, considerándola en su dimensión relacional. Allí se plasman los sentidos respecto de lo femenino y lo masculino, y los roles que por consiguiente se atribuyen a cada género; se reconoce también la influencia de las experiencias previas, la relación con el propio padre y la inscripción en un linaje que produzca o no un efecto de filiación; y también se ponen en marcha la expectativas y deseos depositados en la relación con la descendencia. Reconocer la paternidad como constructo relacional implica poner el foco en la multiplicidad de factores que confluyen en esa experiencia, que desde la teoría de De Lauretis (1992), es el efecto de la interacción entre aspectos históricos y sociales pero que por su incidencia también se perciben como subjetivos u originados en uno mismo, dando valor, afecto y sentidos a los acontecimientos del mundo.

Hacer *zoom* en la experiencia de paternidad, implica detenernos en uno de los vínculos más significativos y complejos de abordar, porque no se agota en el análisis de la relación con la descendencia, sino que también requiere poder reflexionar sobre la historia como hijos, los vínculos familiares y de pareja, como también las limitaciones y posibilidades que la institución carcelaria provee.

En este sentido, fue posible explorar la relación de los varones detenidos con sus propios padres, siendo el común denominador la distancia con sus progenitores, por razones diversas. Muchos de ellos han podido nombrar una vivencia de desamparo con sus propios padres, ubicando que algo de esa huella incidió significativamente en el armado de sus propias formas de paternidad. En general, esos vínculos con los propios padres no han podido transformarse con el paso del tiempo, quizás porque la retirada fue demasiado radical, quizás porque no hubo reciprocidad, sostén y confianza que habilite esa filiación.

A partir del análisis de ciertos hitos biográficos es que se analizó el complejo proceso por el cual un sujeto deviene padre, lo que no puede hacerse sin reflexionar sobre las ideas de familia y pareja que lo atraviesan. De alguna forma, la paternidad provee a muchos varones jóvenes un ropaje de adultez y una confirmación de su estatuto de hombre, en tanto inaugura la responsabilidad de hacerse cargo de otros.

En esa construcción, que no depende del hecho biológico de la concepción ni del reconocimiento legal, influyen al menos tres cuestiones fundamentales: a) la presencia sostenida en el tiempo (como lugar de apelación y de referencia); b) la circulación del afecto (en la forma de cuidado, amparo y preocupación); y c) el deseo de paternidad (en donde en el interjuego de identificaciones surge la posibilidad de la reparación de la propia historia, a partir de la importancia que adquieren elementos como el renacer y trascender). Sentirse padre, entonces, es el resultado de un trabajo de integración de estos aspectos, que permiten hacer un lugar al hijo en la economía simbólica, y también habilitar la posibilidad de transformación, no sólo de la relación con su propia ascendencia, sino principalmente de sí mismos. Así, es frecuente que la paternidad aparezca asociada a la emergencia de un "hombre nuevo" y la necesidad de guiar a otros.

Todo este proceso no está exento de la influencia social y situacional. Ubicándonos ahora dentro de la prisión, para estos varones la construcción de la paternidad está atravesada por las lógicas y restricciones carcelarias, que se van colando en el armado de los vínculos. El encuentro con los familiares se ve permeado por la necesidad de transitar la requisa para acceder a las visitas, por las limitaciones y dificultades para realizar comunicaciones telefónicas, y en el último

tiempo, por las restricciones producto de la pandemia de Covid 19. Surge para los detenidos la necesidad de armar estrategias que permitan sortear estas distancias, "quitando cárcel" de las mínimas posibilidades de encuentro, construyendo en la prisión un espacio de intimidad familiar que haga lugar a ese vínculo con los hijos. Entonces, se prepara el espacio para la visita, se cocina, se arman espacios de juegos, se generan llamados telefónicos para participar en la dinámica familiar, se envían mensajes o fotos. Existe para estos padres la necesidad de acortar las distancias allí donde el Estado colabora en producir obstáculos, que no hacen más que retrasar el proceso de reinserción social.

Estas estrategias para construir presencia están permeadas por diversas significaciones que los varones han edificado respecto de la paternidad y sus funciones. Así, a partir de los encuentros con los entrevistados pudimos reconocer que la idea de un *padre que guía*, y que como tal transmite saberes, tiene un lugar preponderante en la construcción de la relación con los hijos. Un lugar que se asocia eminentemente a lo masculino, y que a su vez los pone ante la necesidad de presentarse sin fisuras ante los hijos. No deja de ser una función que llena de sufrimiento y de vericuetos para sustraerse de él, porque tras él, acecha el fantasma de la pérdida de los hijos. Pero la detención también colaboró en la construcción de otra imagen, la del *padre que cuida*, ligada a la función cuidado y presencia, a veces propiciada por la ausencia de la madre de los hijos, otras veces por el reconocimiento de que la sola función de proveer no es suficiente ni determinante, y aparece en escena la importancia de estar cerca, de reconocer las necesidades de los hijos, de acompañar y de construir un proyecto de futuro conjunto. Allí se hace necesaria una operación psíquica que permita superar la inmediatez de encuentro, y habilitar así el armado, desde el interior de la cárcel, de un tiempo y un espacio distinto de ese y de lo anterior.

Otro tópico presente en las reflexiones de estos padres, fue aquel que une el rol paterno al ordenamiento y la puesta de límites, lo que algunas autoras nominan como *padre legislador*. Respecto de esto existen distintas posiciones en tanto para algunos es una opción y una forma de construir presencia y autoridad, en cambio a otros los enfrenta con el temor al rechazo y la hostilidad de los hijos. Para algunos padres existe la certeza de que los límites, o legalidades, se construyen desde la cercanía y el afecto que, al estar restringidos por su situación de detención, los limita también en su posibilidad de sentirse conformes con su lugar paterno. Este lugar de autoridad está fuertemente ligado a los modelos hegemónicos de padre, abonado muchas veces por discursos disciplinares, pero principalmente por la historia social que ha construido esa función ubicándola con cierta externalidad al vínculo.

Esa incomodidad que sienten algunos varones respecto de las funciones que se esperan de los padres, lo que pueden hacer, y lo que quisieran construir en el vínculo con sus hijos, está íntimamente ligada a los mandatos de género que organizan ciertos modelos de paternidad y la angustia que muchas veces desencadena el no poder cumplir las expectativas depositadas en ellos, incluso por ellos mismos. La paternidad en la prisión se encuentra atravesada por los modelos ideales de padre, que habilitan funciones y ponen a rodar identificaciones y roles, pero no llegan a captar todo lo que sucede en los vínculos con la descendencia, ni la potencialidad que allí reside.

Así como por fuera de la prisión se asiste a un proceso de transformación de los sentidos de la paternidad, impulsada por el feminismo pero retomada por muchos varones que necesitan pensarse más allá de los modelos tradicionales, la cárcel tampoco resulta ajena a ese movimiento, aunque quizás sin poder reconocer aún esa influencia.

Consideraciones finales

Para estos varones padres la detención permitió la apertura de un tiempo de reflexión sobre sí mismos, pero también respecto de sus vínculos. La emergencia de un tiempo de pausa y de espera, para algunos ha supuesto la posibilidad de simbolizar un sufrimiento que estaba latente pero no ligado, de poner un freno a la acción y a la inmediatez de una vida transitada a toda velocidad.

Que exista un espacio y tiempo de reflexión habilita la posibilidad de pensar en otras aristas de la paternidad: revalorizar la afectividad y la presencia por sobre la asistencia económica y los man-

datos de proveer, revisar las historias familiares, cuestionar el tiempo que se dedica a los hijos, reconocer el deseo de involucrarse en tareas de cuidado, empezar a pensar en las necesidades de los hijos, y también en las propias. Conviven así distintos modelos de paternidad, algunos más tradicionales, otros más vanguardistas. No se trata aquí de generalizar los procesos ni las experiencias, pero sí de destacar que allí, en la reflexión sobre la paternidad, anida una posibilidad de transformación, que no depende sólo de la individualidad de quien transita la prisión.

Aproximarnos a los sentidos que los propios varones construyen sobre la paternidad en la prisión nos permite no sólo conocer más de cerca las experiencias, dificultades y posibilidades de un vínculo tan significativo, sino también generar insumos para repensar y poner en cuestión las políticas públicas en relación a la prisión. La institución penitenciaria resulta indiferente ante el sufrimiento de esos padres en condición de encierro, hace muy poco por favorecer esos vínculos, más bien los expropia de momentos y encuentros que resultan trascendentales en la vida de las familias.

Que la cárcel retome la función resocializadora implica también la posibilidad de pensar en estas otras piezas de la experiencia en la prisión, porque pensar los vínculos, los sufrimientos, los proyectos y las potencialidades es una forma de transformar la desidia carcelaria en una apuesta amorosa, ligada a la ternura y al cuidado.

Sobre este punto se hace importante retomar aquellas ideas que plantean la necesariedad de politizar el sufrimiento (Correa, Páez, & Herranz, 2019), superando el espacio subjetivo y colectivizando una función crítica de la cárcel, pero también de las limitaciones que impone a los vínculos familiares. Politizar la paternidad, parafraseando a estos autores, conlleva la posibilidad de dotar de historicidad a la función, de hacerla pensable en un pasado, presente y un futuro, implica poder armar un relato con otros y que desde allí emerja la posibilidad de un reconocimiento social de estos sujetos como padres. Dar testimonio de su lugar como padres en prisión, supone también reconocer que la palabra es potencia y fuerza simbólica, que permite cuestionar y crear sentidos, y en ese acto subjetivar y transformar experiencias.

Bibliografía

Correa, A. M. (2019). Producción de sentidos y subjetividades en el espacio carcelar. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Filosofía y Humanidades.
De Lauretis, T. (1992). Alicia ya no. Feminismo, semiótica y cine. Madrid: Ediciones Cátedra. Universitat de Valencia.

EDIPO EN COLONIA: ALGUNAS CONSIDERACIONES DESDE LAS EPISTEMOLOGÍAS CRÍTICAS FEMINISTAS RESPECTO DE ALGUNAS CATEGORÍAS TEÓRICAS DEL PSICOANÁLISIS

Mariano Acciardi [A]

En el presente se realizará una aproximación crítica, desde feminismos como los latinoamericanos y queer, a categorías naturalizadas en cuya base epistémica se encuentra la diferencia sexual, tal como ha sido establecida por el sistema de dominación de género de la modernidad-colonialidad. Se habla de "colonialidad" y no "colonización", porque el primer término alude a un proceso que no terminó y continúa aún vigente (Lugones, 2008, pp. 66-70). La inspiración para este texto

[A] Licenciado en Psicología. Investigador. UBA - Facultad de Psicología. CABA. Argentina. mariano@acciardi.com.ar

surge de una mención que realiza Lacan en su clase del seminario 17 "El Amo Castrado" respecto de un análisis en que había tomado a dos hermanos del alto país del Togo:

> *...lo que conocían pues a nivel de etnógrafos era más o menos al nivel del periodismo; pero su inconsciente funcionaba según las buenas reglas del Edipo, es decir que era el inconsciente vendido junto con las leyes de la colonización, forma exótica del discurso del Amo, totalmente regresivo frente al capitalismo que es justamente lo que se llama imperialismo. Su inconsciente no era el de sus recuerdos de infancia, allí eso se tocaba; sino su Infancia retroactivamente vivida en nuestras categorías...(Lacan, 1970, 18/2/1970)*

Durante las últimas dos décadas del S XXI, los enfoques desde Abya-Yala llevaron a una reestructuración de la tradición teórica de las ciencias sociales y humanas. Basándose en las experiencias concretas de exclusión, marginación y minorización, aún en las mujeres privilegiadas, las académicas feministas se preguntaron como desplazar el punto de vista de la América Colonial a la América global, de los hombres a las mujeres, de la sexualidad reproductiva a las sexualidades disidentes, pero sus categorías se mantuvieron dentro de los márgenes de la teoría del conocimiento occidental. En AbyaYala comenzaron a emerger autoras que se enfrentaban al uso de categorías higiénicas, no perturbadoras, elaboradas por un saber académico que intenta reconducir las teorías producidas por la acción del movimiento al redil de una epistemología objetual, en contra de su propia epistemología de la relatividad de las relaciones de conocimiento de los sujetos que interactúan (Gargallo, 2012, pp. 66-67)

El cuerpo trans es a la epistemología de la diferencia sexual, lo que América fue al Imperio Español, un lugar de inmensa riqueza y cultura que el discurso científico y técnocrático de Occidente considera reducida a la naturalización órganos sexuales emblemáticos de la masculinidad y la feminidad. Un lugar de inmensa riqueza y cultura imposible de reducir al imaginario epistémico del imperio. El pene y la vagina, desde esta perspectiva no son más "reales" que Ruanda o Nigeria, que España o Italia. Los órganos trans, son para el sistema heteropatriarcal las minas de Potosí que alimentan el inconsciente colonial. No hay órganos sexuales sino como enclaves coloniales de poder. El cuerpo trans es una colonia sobre la que se asientan las instituciones disciplinarias, los medios de comunicación, la industria farmacopornográfica, el mercado. Sus órganos, para estar vivos, se expresan en lenguas desconocidas para el colonizador y los psicoanalistas. Imaginan mundos que la psicología no puede nombrar con su ontología binaria. Los códigos de la masculinidad y de la feminidad, que conocemos son anecdóticos, comparados con la infinita variación de las modalidades de existencia de la vida (Preciado P.B., 2020, pp. 26-27). Los códigos morales de la modernidad no solo apuntan a la gestión victoriana de la sexualidad, sino que también extienden sus metástasis sobre las teorías científicas. La diferencia sexual. No es capaz de captar la diferencia, aún en las mujeres, y encierra el potencial epistemológico radical del feminismo en las paredes de la casa del amo (De Lauretis, 1987, p. 2). Los órdenes sexuales y económicos operan juntos en cualquiera de las formas que tome la sociedad patriarcal (Feudal, capitalista, socialista). Imaginar el género y reconstruirlo en otros androcéntrico en el cual el género y la sexualidad es reproducido por el discurso de la sexualidad masculina. Los discursos científicos de la modernidad-colonialidad ejercen poder a través de conceptos objetivos naturalizados. Previenen que se hable, salvo que sea en sus términos. Sin embargo, existen también otras construcciones en los márgenes de los discursos hegemónicos, posados desde afuera del contrato heterosexual e inscritos en prácticas micro-políticas, esos términos también tienen su parte en la construcción del género y sus efectos en la subjetividad y las representaciones de sí (De Lauretis, 1987, pp. 16-18). Se trata aquí de revisar estos discursos en los márgenes a fin de dilucidar elementos negados en la comprensión de una práctica, que a pesar de decirse a sí mismas "no esencialista", corre el riesgo de serlo en virtud de la epistemología de la diferencia sexual y la concepción dual de la pareja, que estructura la biopolítica.

Los Analistas de la Escuela

Preciado realiza una célebre interpelación en 2019 en las Jornadas de L'ecole de la Cause freu-

dienne. Planteó la disyuntiva ante continuar trabajando con la antigua epistemología de la diferencia sexual y validar el violento régimen patriarco-colonial que la sustenta; o abrirse a un proceso de crítica y confrontarse a la alianza necropolítica del patriarcado colonial y las nuevas tecnologías farmacopornográficas. La primera pregunta que realiza Preciado, es si en la sala había un, uno, une psicoanalista que hubiese sido aceptada/e/o como AE, que explícitamente se reconociera homosexual, transexual o no binario. (Preciado P.B., 2020, pp. 9). Es de notar que Preciado no pudo terminar con su exposición, fue abucheado, silbado, tratado de "Hitler" por gran parte de la audiencia, tres mil quinientos psicoanalístas que no podían escuchar sus palabras. Inmediatamente el moderador le indicó que había terminado su tiempo. La pregunta, pertinente por cierto, es dudoso que, si se hiciera en nuestros días, tres años después, tuviese una respuesta diferente a un respetuoso silencio y/o apagadas risotadas, aunque quizás ya no el abucheo. Increiblemente, no fue una conferencia de los '70, sino de hace solo tres años.

Resulta interesante la reacción ya que efectivamente es comparable con las reacciones que muestran en la clínica los varones respecto de su pareja,cuando no pueden o no saben como aducir razones ante una interpelación frente a la que se sitúan impotentes.

Maleval, poco tiempo después, expresó que Preciado había leído demasiado rápidamente a Lacan, y defendió la sexuación lacaniana como no esencialista, -aunque nada mencionó de que estuviese por fuera de la epistemología de la diferencia sexual-. Son interesantes las preguntas que se tomó seriamente. El pase, en tanto desidentificación, excluye que un/e/a analista pueda presentarse bajo el paraguas de algunos de esos significantes, pero Maleval reformula la pregunta de modo más o menos pertinente para el psicoanálisis: ¿Es el pase compatible con estas posiciones/modos de goce? ¿Cómo un analista sabiéndose anudamiento no borromeo podría afrontar el pase? Un analista que osara presentarse así ¿Debería oscilar entre renunciar a comprometerse en la experiencia o dar a su testimonio una forma neurótica? ¿Puede pensarse el pase no solo respecto del sinthome articulado al inconsciente sino también en su modalidad "desabonada del inconsciente"? (Maleval, 2019). Es cuestionable, si la patologización biopolítica de lo que no hace tantos años se enseñaba a los psicoanalistas como "transexualismo delirante", queda completamente afuera en su superación por la teoría de anudamientos no borromeos y su pertinencia para un/a/e AE. Para Maleval en el S. XXI los posicionamientos frente al goce en el devenir psicoanalista resultan de una diversidad que desborda a aquella propia del siglo pasado.

Actividad/Pasividad, ¿Uno de los cimientos del psicoanálisis?

Se da por sentado que actividad/pasividad constituyen opuestos monolíticos disyuntos y suelen estar asociados al biológico-social, masculino/femenino. Sin embargo, en la clínica y en la vida cotidiana distan mucho de comportarse del modo en que la ciencia biopolítica intenta aprehenderlos objetivamente. Preciado plantea que muchas nociones de la teoría psicoanalítica freudiana saturan al psicoanálisis y no tienen ningún significado fuera de una epistemología de la diferencia sexual. Es difícil negar la complicidad del psicoanálisis con la epistemología de la diferencia sexual heteronormativa. La heterosexualidad no debe considerarse una práctica, sino que es el régimen de la modernidad, que reduce la totalidad el cuerpo humano vivo y su energía psíquica a su potencial reproductivo. El psicoanalista, es epistémica y políticamente un cuerpo binario, heterosexual y colonial, al menos explícitamente. El psicoanálisis es una tecnología de gestión del aparato psíquico encerrado en la epistemología patriarcocolonial de la diferencia sexual. Su pensamiento debe ser interpelado a la luz de los procesos contemporáneos de emancipación política y de transformación científico-técnica (Preciado P.B., 2020, pp. 36-37). Esta epistemología plantea a lo activo como ligado a lo masculino-penetrante y lo pasivo a lo femenino-penetrado. Por consecuencia traslada sobre ello la valoración preferente de la sociedad, activo por sobre lo pasivo que caracterizó a occidente desde la antigüedad hasta nuestros días[1]. Paso siguiente se produce la identificación ilusoria

1 *Esta valoración es aún más clara en sociedades "liberales" que avalan prácticas como la del sexo anal pero que condenan el ser penetrado/a por sobre la virilidad penetrante, hasta aún valorada positivamente.*

como tal con tal rasgo o atributo. Las aplicaciones de citas como grindr dan cuenta de la importancia de dichos atributos artificiales como precondición del presunto encuentro sexual. Aún en las exaltaciones de lo femenino que pueden ubicarse tanto en el amor cortés como en ciertos psicoanálisis, la mujer no deja de estar en referencia al varón o a los atributos fálicos. Llamese Falo como significante, representante de la Ley, o del Poder, su referencia oculta, aún simbólica, está asociada a la visión masculinista de la dialéctica erección/detumescencia. ¿Por qué la erección/detumescencia sería tan importante? ¿Cómo se ponen en juego en la especificidad de la relación lesbiana si hubiese alguna?. En la sexualidad edipidizada hay un órgano solo, en el centro de la limitada triple triangulación edípica. El cuerpo estácentrado en torno a su órgano prevalente, el falo como la sociedad en torno al jefe (Hocquenghem, 2000, p. 72). (Hocquenghem, 2000, p. 72).

¿Qué sería ser un hombre sino ser impenetrable? Tanto en lo físico como en lo emocional. El ano es el escudo supremo de la hombría. La negativa al tacto prostático no tiene que ver con el dolor, ya que no lo produce, sino con el orden patriarcal que constituye la impenetrabilidad del cuerpo si se trata de un varón (Sáez & Carrascosa ,2011). Sométase brevemente a análisis dicha oposición, en las prácticas sexuales y la eventual identificación global consiguiente, similar a la ficción del género unificado y estable, de las que es tan difícil salir como de encontrar en la realidad. ¿Cómo situarla en una relación de tres en donde la persona ubicada en medio tiene genitales masculinos y es penetrada al mismo tiempo que penetra a otra? ¿Cómo pensarla en la práctica de la felatio? ¿O en la práctica del fist-fucking-anal?, -vinculada incorrectamente a la cultura S/M-, que da cuenta de una relación sexual bastante particular en la que no tienen la menor importancia el género o los genitales de las personas involucradas, ni la erección o detumescencia. Lejos se esta de poder atribuir sin más, un papel pasivo al ano y activo a la mano cuando en muchos casos es exactamente al revés. Al mismo tiempo mano y ano son dos de los bastiones más sancionados por la sociedad patriarcal respecto del placer sexual (Sáez & Carrascosa ,2011).

La pareja como constitutiva de la familia, ¿La filiación más allá de la biología?

Finalmente se mencionan brevemente algunas categorías muy caras al psicoanálisis por su adscripción completa, a pesar de acusarlo de narcisista, al amor romántico y heterosexista como constitutivo de las familia y la sociedad. Se trata de un recurso crítico en la lucha por rearticular los términos de la inteligibilidad (Butler, 2002, p. 21). En los últimos años la Argentina ha sido en pionera en legislar Derechos Humanos conformes a los principios de Yogyakarta[2]. A luchas de colectivos que se ven reflejadas en las Leyesde matrimonio igualitario (26618/2010); de Identidad de Género (26743/2012) y de Reproducción Médicamente Asistida (26862/2013). La Ley Argentina es pionera en la auto-determinación de género. El consejo de Europa recién en 2015 instó a sus países a desarrollar procedimientos administrativos para la auto-determinación del género sin la intervención de comités del Saber/Poder. En conjunto estas normas producen una legitimación explícita en unos 26 países respecto del modo de autopercibirse y conformar una familia, lo que necesariamente no solo requiere adaptar legalmente los emergentes "imprevistos" como así preguntarse por la pesada herencia de la modernidad-colonialidad. Estas leyes reflejan que las familias ya no necesariamente tienen como núcleo la pareja heterosexual monogámica conviviente, base de las conceptualizaciones freudiandas del Edipo. El 24 de Abril de 2015 se inscribió en Mar del Plata, Antonio, un niño que tiene dos mámás y un papá en su DNI[3] quienes seguramente han debido apurarse para inscribirlo antes de la entrada en vigencia del nuevo Código Civil promulgado en Octubre de 2014. Es curioso como el derecho mismo se asustó, retrocedió y limitó las posibilidades que abrían las normas que le antecedieron: "*Ninguna persona puede tener más de dos vínculos filiales, cualquiera sea la naturaleza de la filiación*" (CCyCN, Art. 558). Más allá de lo anecdótico del suceso ¿Con qué categorías cuenta la clínica para pensar la diversidad de familias? ¿No hace falta repensar nada sobre la función

2 *Los principios de Yogyakarta fueron establecidos en una Convención Internacional celebrada en 2006 en Yogyakarta y complemenados por los YP+10 en 2017. Intentan bajar de manera concreta y clara el modo en que las políticas públicas deben aplicar los Derechos Humanos respecto de la orientación sexual y la identidad de género.*

3 *Para más información revisar más abajo referencias de artículos periodísticos.*

materna o la función paterna? Lacan dice en RSI que un padre es aquel que hace de una mujer objeto a que causa su deseo, siendo ésta la única garantía su función (Lacan, 1974-75, Clase 4 21/1/1975) lo que al menos es una visión que pareciera no incluir de entrada a la diversidad de familias abyectas a la que el siglo va acostumbrando. ¿Qué sucede en familias poliamorosas? ¿Cómo pensar estas indicaciones y la dialectización de las funciones cómodas y conocidas, en las familias que no condicen con los estereotipos patriarcales heterosexistas?

Palabras finales

Las preguntas planteadas en este trabajo apuntan a realizar una aproximación crítica a algunas categorías directamente derivadas de la "edipización" psicoanalítica del inconsciente y la familia. Una respuesta funcionalista y tranquilizadora podría ser que ciertas funciones siempre están y que son independientes del género, del número de involucrados en el no-encuentro sexual o en las familias quienes están en condiciones de "maternopaternar". Podría sonar un tanto reduccionista. Otra opción seria indagar cuáles de ellas son válidas y cuáles sería conveniente reformular. Por ej. Badinter en su maravilloso texto ya ha demostrado que la maternidad, la función materna, el amor materno, o el instinto materno ligados naturalmente a la mujer fueron un invento de la modernidad, ratificado por la complicidad del psicoanálisis del S. XIX y XX para la legitimación teórica del sometimiento, la responsabilización y culpabilización de la mujer (2003). Es decir, al servicio de la dominación patriarcal. Los esquemas reguladores del sexo y las categorías naturalizadas como objetivas no son estructuras eternas, sino criterios históricamente revisables de inteligibilidad que producen y conquistan los cuerpos y las categorías que importan. La condición indiscutida del sexo y la familia en la díada heterosexual afirma mandatos simbólicos y oponerse a ella cuestiona dónde y como se fijan los límites de la inteligibilidad. "Díada" y "heterosexual" son dos maneras de realizar lo mismo, producir familias deseables y abyectas. No puede ser indiferente al psicoanálisis crear una iteligibilidad en la que las vidas queer lleguen a ser legibles, valoradas y reconocidas, sin que se fijen los términos de ese reconocimiento en algún otro orden conceptual de rígida exclusión. Es importante redefinir la éstasis estructural de la norma que impone la heterosexualidad propia de ciertos enfoques psicoanalíticos sin descartar algunas cuestiones que son valiosas del psicoanálisis. (Butler, 2002, p. 36-48).

Referencias Bibliográficas

Badinter, E. (2003). ¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX. Barcelona: Ediciones Paidos Ibérica.
Butler, J. (2002). Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo». Buenos Aires: Paidós.
De Lauretis T. (1987). The Technology of Gender En: Technologies of Gender, Essays on Theory, Film and Fiction. Indiana: Indiana University Press.
Gargallo Francesca (2012). La academia, sus categorías, sus especialistas y el feminismo nuestroamericano. En. Francesca G. (2012) Antología del pensamiento feminista nuestroamericano. Tomo 1. Del Anhelo a la emancipación. Valencia: Cátedra
Hocquenghem G. (2000) y Preciado B. (2009). El deseo homosexual. Terror Anal. España:Editorial Melusina 2009
Lacan, J. (1969-70/2008). El seminario. Libro 17: El revés del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
Lacan, J. (1974-75). El seminario. Libro 22: R.S.I., inédito.
Lugones M. (2008). Colonialidad y Género En: Yuderkys Espinosa Miñoso, Diana Gómez Correal,Karina Ochoa Muñoz editoras (2014). Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales. Cauca, Colombia: Universidad del cauca. pp. 57
Maleval J.C. (2019). Cuando Preciado interpela al psicoanálisis. En Lacan Quotidien Nro. 856 - 1/12/2019. Recuperado de: https://www.lacanquotidien.fr/blog/wp-content/uploads/2019/12/LQ-856.pdf el 10/3/2021
Preciado Paul B. (2020). Yo soy el monstruo que os habla: Informe para una academia de psicoanalistas. Paris: Anagrama
Sáez J. & Carrascosa S. (2011). Por el culo. Políticas anales. Editor digital: Polifemo7

Legislación y tratados internacionales

Yogyakarta Principles / YP+10. (2006/2017). Recuperado de: y el 10/9/2020
Ley de Matrimonio Civil (26618/2010). Recuperado de: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/165000-169999/169608/norma.htm el 10/10/2020
Ley de Identidad de Género. (26743/2012). Recuperado de: el 10/10/2020
Ley de Reproducción Médicamente Asistida (26862/2013) Recuperado de: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216700/norma.htm el 10/11/2020
CCyCN. (2014/2016). Artículo 558. Recuperado de el 10/8/2021

Articulos Periodísticos

(Recuperado el 10/8/2021)
(Recuperado el 10/8/2021)

VIOLENCIA SEXUAL INTRAFAMILIAR. VICISITUDES DE LAS MADRES PROTECTORAS

Paula Errasti [A]

Introducción

Si bien en los ultimos años se han dado grandes avances en nuestra sociedad, aún hoy en día continúan operando mecanismos defensivos renegatorios respecto a la violencia sexual intrafamiliar (VSI) contra las infancias y adolescencias, destacandose que la comunidad cientifica no escapa indemne a ello. Este trabajo aspira a continuar aportando elementos de una realidad dolorosa que debe necesariamente ser integrada, sin perder en el proceso las características que la definen como tal. En esta línea, se buscará visibilizar algunas cuestiones respecto a aquellas madres que han denunciado la VSI padecida por sus niñes, y que sostienen a su vez funciones de protección y resguardo. ¿Qué lugar construir para las mismas en el espacio psicoterapéutico de sus hijes? ¿Qué inquietudes, vivencias y sentimientos suelen traer estas madres consigo a las consultas y entrevistas? Respecto al marco teórico, se asienta que el mismo es psicoanalítico, con perspectiva de género. Los materiales clínicos sobre los cuales se ha basado esta escritura se desprenden de la experiencia adquirida en el ámbito clínico y en la investigación[1], trabajando tanto en el campo público de la salud [2], como en el privado.

Algunas conceptualización de relevancia sobre la temática

Retomando las palabras de Susana Toporosi (2019), el abuso sexual infatojuvenil consiste en:

> (...) la convocatoria a un/a niño/a por parte de un adulto, a participar en actividades sexuales que no puede comprender, para las que no está preparado su psiquismo por su nivel de constitución, y a las cuales no puede otorgar su consentimiento desde una posición de sujeto; y que viola la ley y los tabúes sociales. (p. 23)

Actualmente esta en debate su nominacion, adquiriendo mayor fuerza instituyente la alusion a violencia sexual contra NNyA[3]. Como señala Silvia Bentolila (2021), denominar abuso a la violencia sexual lejos esta de ser un acto inocente, pues revictimiza encubriendo la complejidad y la gravedad del avasallamiento que implica. La violencia de género puede adoptar diversas formas como lo es la violencia sexual, el mayor porcentaje de victimas corresponde al género femenino[4] (Intebi, 2013), y de victimarios al masculino, mayormente padres[5]. Esto último hace que la violencia tenga efectos aún más traumáticos, siendo que la persona que debería cuidar y/o proteger es quien descuida y viola el derecho a la dependencia (Rodriguez, 2019). Aquel que deberia hacer semblante de la ley, viene a trasgredir justamente la ley del incesto, pilar sobre el cual se construyen las sociedades y subjetividades del ser humano (S. Freud: 1912, y C. Levi-Strauss: 1949).

---

1 *Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Investigación clínica UBACYT. *Directora: Prof. Lic. Franco Adriana N., Co-directora Mg. Lastra Silvia. Integrantes: Briancesco María Eugenia, D'Amato Denise, Eiberman Federico, Errasti Paula, Esquivel Jonathan, Etcheverry Miguel, Germade Agustina, Gómez Valeria, Grosso Gisela, Louro Lorena, Peñaloza Nancy, Poverene Laura, Pucci Victoria, Tomei Fabiana y Toporosi Susana. 2 Concurrente de psicología, CeSAC N° 6, Hospital Piñero.*

2 *Concurrente de psicología, CeSAC N° 6, Hospital Piñero.*

3 *Niños, niñas y adolescentes.*

4 *Consejo de los Derechos de niñas, niños y adolescentes. GCBA. "El abuso sexual". Publicado en el año 2005, página web.*

5 *Berlinerblau, V y Pantin, D. "Maltrato infantil". El accionar médico en la instancia legal." Artículo basado en un estudio de 88 casos atendidos en los años 1994 y 1995. Revista La prensa Médica Argentina. Buenos Aires, Argentina, 1996*

[A] *Licenciada en Psicologia. CeSAC N°6. CABA. Argentina. paulaerrasti@hotmail.com*

Como señala García Reinoso (1995) trabajar con niñes implica siempre ir al encuentro de más de un discurso. Los aportes de autores como Winnicott (1994), Bleichmar (1995) y Aberastury (1962/2011) dan cuenta acerca de la importancia de trabajar con la familia de les niñes, señalandose el rol que cumple el ambiente en su desarrollo. Teniendo en cuenta ello, *"si no abrimos un espacio de escucha para los adultos, el análisis se torna imposible"* (Sigal de Rosenberg, 1995. p. 20). Ahora bien, Les referentes significativos de les NNyA son aquellas personas adultas que participan activamente en su cuidado, crianza, crecimiento y desarrollo integral. No obstante, en la mayoría de los casos de VSI contra NNyA quienes llegan al consultorio haciendo semblante de dicha función suelen ser las madres. Luego de la develacion, ellas suelen ser mayormente quienes ofrecen a les niñes la creencia y el apoyo necesarios para la moderación del impacto traumático y su elaboración, posicionándose como sus principales portavoces. Esto no es ingenuo ni azaroso, las relaciones de poder influyen en la construccion subjetiva de nuestra identidad de género, y por ende el campo de las relaciones sexo-amorosas (Fridman, 2017). La sociedad machista y heteropatriarcal históricamente instituye el imaginario social (Castoriadis, 2013) de que las mujeres tienen naturalmente el deseo, la experticia, y socialmente la obligación, de brindar amor y cuidado al otre, en detrimento incluso de sí mismas (Fernandez, 1993). La ecuación mujer-madre instituye la función aparentemente irrenunciable de cuidar y garantizar la familia (Fernández Boccardo, 2012). Debido a ello, tras la develación suelen emerger en las madres grandes montos de angustia y culpa, al sentir que no han podido corresponder a dicho ideal, corriéndose el riesgo de la cristalización identitaria de "mala madre" (Burin, 1990) Refieren culpa por no haber detectado antes la situación de VSI, por la elección del progenitor del niñe, por los cambios que se generan a nivel familiar, por no realizar e incluso por realizar la denuncia, por hacerse cargo de sostener las medidas de resguardo en relación a personas implicadas, que generalmente son familiares, etc. Estos sentimientos de culpabilidad influyen a su vez, por ejemplo, a la hora de hacer semblante de una función normativa para el niñe. Puede pensarse que, así como el niñe que sufrió VSI suele introyectar la culpa que en realidad le correspondería al agresor, también sucedería en las madres. Resulta entonces pertinente trabajar con las mismas desde un enfoque basado en la responsabilidad, en detrimento de la culpabilidad.

La develación de la VSI puede conmover así los ideales, los modos y las dinámicas de crianza naturalizadas hasta el momento, iniciando duelos. Frecuentemente las madres comienzan a poner en duda tanto sus percepciones[6] e interpretaciones, como así también sus intervenciones en la crianza. Algunas llegan a la consulta con documentos, papeles, dibujos y notas que han tomado ellas mismas sobre lo que ha hecho o dicho su hije. Mientras que antes de la develación no habían registrado indicios de aquello que acontecía intrafamiliarmente, luego realizan esfuerzos para evitar dejar pasar algo por alto. Esto último puede pensarse como un que hacer frente a lo traumático, intentando sentir que ahora tienen cierto control sobre la situación, desde un rol activo. Resulta importante trabajar sobre ese estado de hiperalerta en el cual son tantas las alarmas que se encienden que en definitiva dan lugar a la desorganización e indiferenciación del material. Esto a su vez se extiende al vínculo y a la imagen que tienen de sus hijes, lo que hasta entonces era renegado, la VSI, ahora aparece en demasía, dificultando la posibilidad de registrar a les mismes por fuera de aquello que han vivido.

Cohen Imach (2017) señala que todo abuso sexual implica une otre parental doble ciego que "no ve que no ve" (p. 70). Aún luego de haber realizado la denuncia, aun creyéndole a sus hijes, en ellas persiste inicialmente a nivel discursivo el *"Si, pero no se".* Expresanla necesidaddeseres-cuchadas,elencuentroconlafiguradelaanalistaintroduce un deslizamiento hacia la posibilidad de que

6 *También se observa que les niñes que han vivido VSI tienden a dudar de sus propias vivencias y percepciones, en parte debido al accionar de los abusadores quienes se encargan de manipular y socavar la autoestima haciendo que prime su versión y su discurso por sobre el de las/los demás actores.*

puedan comenzar a escucharse a sí mismas, y diferenciadamente registrar a sus hijes, en el proceso de elaborar lo traumático e integrar lo renegado.

Tras la denuncia, en los casos de VSI contra NNyA los tiempos de la justicia suelen ser lentos (Rozanski, 2003), cuando se implementan medidas de resguardo, desde la develación hasta la realización de la Cámara Gesell y las pericias, pasan meses o años. Durante ese tiempo estarán presentes las madres, pasando a ser generalmente testigos únicos de los momentos más disruptivos de desestabilización psíquica de sus hijes[7]. Cuando por ejemplo presenten conductas hipersexualizadas, cuando tengan pesadillas durante la noche, cuando den los primeros pasos en el intento de verbalizar desde un psiquismo infantil o adolescente aquello vivido, cuando desplieguen preguntas en relación a los cambios en el entorno familiar, con inquietudes por ejemplo en respecto a porqué no está el padre, etc. En dichas instancias, las madres dudan respecto a cómo responder, si preguntar o no, cuándo, cómo y qué preguntar. Una mamá muy angustiada comentaba por ejemplo en una de las entrevistas sostenidas como su hija le habían comenzado a relatar pesadillas, señalando no haber podido evitar devolverle un rostro de horror, ante el cual la niña respondió *"tranquila mamá, era un sueño"*. Pasó un tiempo hasta que la niña pudo nuevamente relatarle estas pesadillas. La madre de otra niña comentaba que su hija, luego de tocar sus genitales reiteradamente, le extendió sus dedos verbalizando nerviosa y con insistencia *"¡Oleme mama!". A*ngustiada refería no haberlo hecho, sintiendo culpa expresando creer que había rechazado a su hija. Situaciones en efecto muy complejas ante las cuales no saben cómo reaccionar, experimentando grandes montos de angustia psicológica y emocional (Elliott y Carnes, 2001) lo cual, según estudios en la temática, a menudo es pasado por alto por les profesionales (Famularo et al., 1994). Las autoras Muller y Lopez (2013) sostienen que las madres de les NNyA que han sufrido VSI son co-victimas de lo traumático acontecido. Tener en cuenta ello posibilita comprender mejor sus reacciones, comportamientos y pensamientos. En esta línea se asienta la frecuencia con la cual, durante las entrevistas, aparecen antecedentes familiares de violencia de genero y/o de violencia sexual durante su infancia y/o adelescencia. Es importante en este sentido poder ubicar en cada caso los modos de elaboración de lo traumático de las violencia padecidas en las diferentes generaciones del grupo familiar, para poder pensar intervenciones que propicien procesos de elaboración y eviten intervenciones iatrogénicas o re-victimizantes (Franco, et.al 2020).

Generalmente las madres refieren vivencias de soledad, en ocasiones, desde los juzgados u organismos de protección de derechos les señalan que no den inicio a espacios psicoterapéuticos hasta tanto se avance con la investigación judicial. También es habitual que en el contexto de la develación estas mamás no cuenten con el apoyo de la familia ampliada y de la comunidad, en parte debido a las dificultades que todavía se observan en nuestra sociedad a la hora de poder reconocer que la VSI existe. En algunos casos, si bien cuentan con una red vincular, las vivencias de soledad igualmente emergen al sentirse por ejemplo incomprendidas. A esto debe agregarse que las instituciones, sobre todo las judiciales, que deberían brindar protección, ayuda y defensa a estás madres y sus niñes, ofrecen respuestas y posturas que generalmente suelen ser re-victimizantes, aumentando la indefensión y la vulnerabilidad. Estas vivencias también pueden devenir traumáticas, re-actualizando a su vez aquello que se produjo en la VSI, siendo que, quienes deben amparar haciendo semblante de la ley, desprotegen abusando del poder que detentan.

Frecuentemente las madres de les niñes que han vivido VSI priorizan la atención y el tratamiento de sus hijes, desatendiéndose a ellas mismas. Es habitual escuchar que en muchos casos estas mujeres venían sosteniendo tratamientos y otros espacios de socialización, viéndose estos interrumpidos tras los primeros tiempos luego de la develación. Establecer con las mismas una transferencia positiva resulta de vital importancia, cuando se considere oportuno esto permitirá

7 *Durante la Pandemia por Covid-19, en los primeros tiempos de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) en nuestro país, el acompañamiento vía remota a madres de niñes que recientemente habían develado situaciones de VSI, cuyo tratamiento no había podido ser iniciado, me permitió dilucidar en mayor medida las vicisitudes que atraviesan dichas mujeres.*

dialogar sobre la posibilidad de que puedan contar ellas también con un espacio psicoterapéutico, ya sea grupal o individual. Esto debe abordarse con sumo cuidado, sin que resulte expulsivo. Como fue señalado, algunas madres han consultado anteriormente a otres profesionales y/o instituciones, describiendo dichas experiencias como re-victimizantes o negativas. Relatan haberse sentido juzgadas y poco escuchadas, lo cual deberá ser tenido en cuenta en términos transferenciales y reparatorios. El poder llegar a ubicar y a registrar que inevitablemente su salud y bienestar incide en el proceso de bienestar de su hije propicia que alojen dicha sugerencia y la implementen.

Finalizando se destaca que esta escritura, adaptándose al encuadre para su publicación, se vio imposibilitada a ampliar algunas cuestiones, y brindar mayores viñetas clínicas. No obstante, espera ser un aporte más que, junto a tantos otros, busca visibilizar la VSI contra NNyA como un fenómeno complejo multifactorial cuyos efectos inciden a su vez en otros actores. Les profesionales intervinientes también precisamos ser cuidados y respaldados por el Estado y las instituciones a las que pertenecemos. Sobre todo ante la reacción negativa del Backlash[8].

REFERENCIAS

Aberastury, A. (2011). Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Buenos Aires. Paidos. (Trabajo original publicado en 1962)
Bentolila, S. (2021). Violencia Sexual contra las infancias y adolescencias. Actualidad Psicológica, año XLVI N° 509, 17-18.
Burin, M., Moncarz, E. & Velazquez, S. (comp.) (1990). El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós.
Castoriadis, C. (2013). La institución imaginaria de la sociedad. Barcelona: Tusquets Editores, S.A
Elliott, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of non-offending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. Child Maltreatment, 6, 314–331.
Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., Ayoub, C., & Barnum, R. (1994). Maternal and child posttraumatic stress disorder in cases of child maltreatment. Child Abuse & Neglect, 18, 27–36.
Fernández Boccardo, M. (2012). Mujeres que callan. Violencias de género y efectos en la subjetividadfemenina. Buenos Aires. Entreideas.
Fernández, A.M. (1993) La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Buenos Aires. Paidos.
Franco, Adriana N.1 ; Lastra, Silvia A.2 ; Tomei, Alejandra F.3 ; Poverene, Laura4 ; D□Amato, Denise5 ; Eiberman, Federico5 ; Etcheverry, Miguel H.5 ; Esquivel, Jonathan5 ; Peñaloza, Nancy M. (2020) Efectos de lo traumático del abuso sexual no elaborado en generaciones anteriores respecto a los mecanismos defensivos utilizados por madres/padres de niñas y niños abusados. Anuario de investigaciones XXVII. Facultad de Psicología UBA. Buenos Aires.
Franco, A; Lastra, S. Poverene, L.; D' Amato, D.; Tomei, A.F.; Esquivel, J.; Eiberman, F.; Echeverry, M.; Peñaloza, N.(2020). Lo inter y transgeneracional en el abuso sexual
infanto-juvenil: una investigacion clinica sobre sus efectos y abordajes psicoterapeuticos. Congreso; XXI Congreso Internacional de investigación y práctica profesional en Psicología; 2020.Capital Federal de Buenos Aires.
Freud, S. (1994). Tótem y Tabú. En Obras Completas. Volumen 13. Buenos Aires. Amorrortu. 1912
Intebi, I. (2013). Proteger, reparar, penalizar: evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil. Buenos Aires: Granica S.A.
Lévi Strauss, C. (1969). Las Estructuras elementales de parentesco. Buenos Aires. Paidós. 1949
Lopez, M. C y Muller, M.B. (2013). Madres de Hierro. Buenos Aires. Maipue. Rodriguez, J. (2019). Soñar con los dedos. Entre Freud y Winnicott. Buenos Aires. Letra Viva. Rozanski, C. A. (2003). Abuso sexual ¿Denunciar o silenciar?. Buenos Aires. Ediciones B Argentina S.A.
Toporosi, S. (2018). En Carne Viva. Abuso sexual infanto juvenil. Buenos Aires. Argentina- Topía Editorial.
Fridman, I. (2017). Mujeres y varones frente a las condiciones políticas del amor. Entre la autonomía y la soledad. En Meler, I. (comp.) Psicoanálisis y género (pp.165-175). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Paidos.
Berlinerblau, V y Pantin, D. (1996) "Maltrato infantil". El accionar médico en la instancia legal." Artículo basado en un estudio de 88 casos atendidos en los años 1994 y 1995. Revista La prensa Médica. Buenos Aires.
Bleichmar, S. (1995). Del discurso parental a la especificidad sintomal en el psicoanálisis de niños. En A. M. Sigal de Rosenberg (comp.), El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños (pp. 81-108). Buenos Aires. Lugar.
Sigal de Rosenberg, A. M. (1995). La constitución del sujeto y el lugar de los padres en el psicoanálisis de niños. En A. M. Sigal de Rosenberg (comp.), El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños (pp. 19-50). Buenos Aires. Lugar.
García Reinoso, G. (1995). Prólogo. En A. M. Sigal de Rosenberg (comp.) El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños (pp. 9-18). Buenos Aires. Lugar.
Volnovich, J. (2006) Abuso Sexual en la infancia 2. Campo de análisis e intervención. Editorial Lumen. Bs. As. Argentina.
Winnicott, D. (1994). Conozca a su niño: psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia Barcelona: Paidós.

8 *"Contra-reacción" que a través de un conjunto de acciones tienden a producir retrocesos en los derechos de la infancias y adolescencias, afectando los procesos de develamiento, produciendo un fuerte impacto en los profesionales tratantes (Volnovich, 2006)*

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN CUIDADORES PRIMARIOS DE INFANTES MENORES DE DIEZ AÑOS DE UNA ESCUELA PÚBLICA. CORRIENTES CAPITAL. AÑO 2020

Mónica Auchter [A], Cynthia Romina Velazquez Rodas [B], Agostina Belén Rosalez [C]

INTRODUCCIÓN

Actualmente en nuestra sociedad el concepto de género continúa siendo un tema controversial y se sabe que la percepción de género es un proceso de elaboración cognitiva que se adquiere desde la infancia. El niño y la niña adquieren las diferencias intersexuales conjuntamente con el desarrollo del juicio moral y sus esquemas cognitivo, social, emocional y psicológico [(1)].

La desigualdad y la violencia de género están presentes en el día a día de niñas y niños, tanto en sus hogares como en sus comunidades, en los libros de texto, los medios de comunicación y entre los hombres y mujeres que cuidan de ellos. De la misma manera, la distribución desigual de los quehaceres domésticos socializa a los niños y les conduce a creer que la única función de las mujeres es hacerse cargo del hogar, lo cual limita el cambio generacional y reduce las ambiciones de las niñas [(2)].

Por otra parte, ante la tendencia innata del infante a jugar y del papel del juego en el proceso de aprendizaje, los estereotipos de género en cuanto a la elección de deportes, colores y juguetes, son relevantes en la determinación de los esquemas culturales y sociales del niño y la niña [(2)]. Padres, madres, familias y sociedad se ven atravesados por preconceptos, expectativas y mandatos sociales que muchas veces no se condicen con los deseos de las niñas y los niños [(3)].

La socialización en la infancia se produce mediante prácticas, entendidas como la manera en que los padres, y en general la estructura familiar, orientan el desarrollo del infante y les transmiten valores y normas que facilitan su incorporación al grupo social [(4)]. En esta etapa es donde comienzan a formar la identidad de género y aparecen los roles, estereotipos y expresiones de género; por eso, al abordar estas cuestiones en esos momentos, ayudan a la niña y al niño a formarse en libertad e igualdad [(1)].

La temática de este trabajo se encuentra entre las líneas prioritarias que abordan a nivel mundial, en relación a la igualdad entre los géneros, la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, ya que las mujeres y las niñas siguen sufriendo discriminación y violencia en distintos lugares del mundo. Según las Naciones Unidas y la CEPAL la igualdad entre los géneros no es sólo un derecho humano fundamental, sino la base necesaria para conseguir un mundo pacífico, próspero y sostenible [(5)].

OBJETIVO GENERAL

Describir la perspectiva de género de cuidadores primarios de infantes menores de 10 años de una escuela pública de Corrientes Capital. Año 2020

MATERIAL Y MÉTODOS

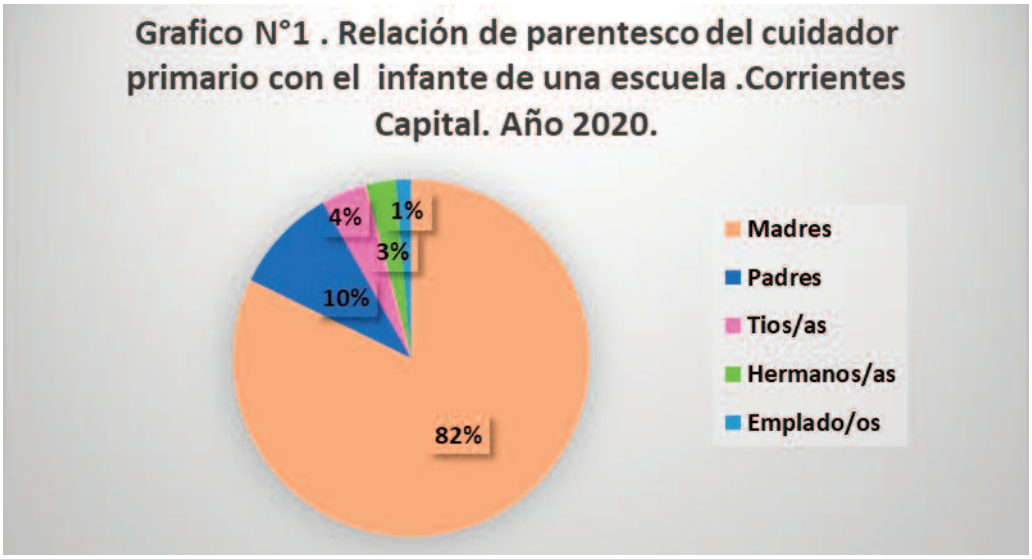
Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en una población de cuidadores primarios de infantes que concurrentes a una institución escolar pública de la ciudad de Corrientes en el año 2020. El muestreo fue de carácter intencional y no probabilístico, incluyendo cuidadores primarios de infantes menores de 10 años que cumplieran con los criterios de inclusión de poseer capacidad de leer y escribir, no padecer de alguna enfermedad mental y que decidieron voluntariamente participar del estudio previo consentimiento informado.

[A] *Médica Pediatra. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Corrientes. Argentina. monicaauchter@gmail.com*
[B] *Estudiante del Internado Rotatorio. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Corrientes. Argentina. cynthiarvelazquezr@gmail.com*
[C] *Estudiante del Internado Rotatorio. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Corrientes. Argentina. agostina.b.r.19@gmail.com*

Se contó con el aval del Comité de Bioética en Investigación de la Facultad de Medicina UNNE y con la autorización de la institución educativa donde se llevó a cabo el trabajo de investigación, resguardando la confidencialidad de la misma y la identidad de los encuestados. El instrumento de recolección de datos fue un formulario anónimo de diseño propio, distribuido vía web, previo control de validez mediante prueba piloto.

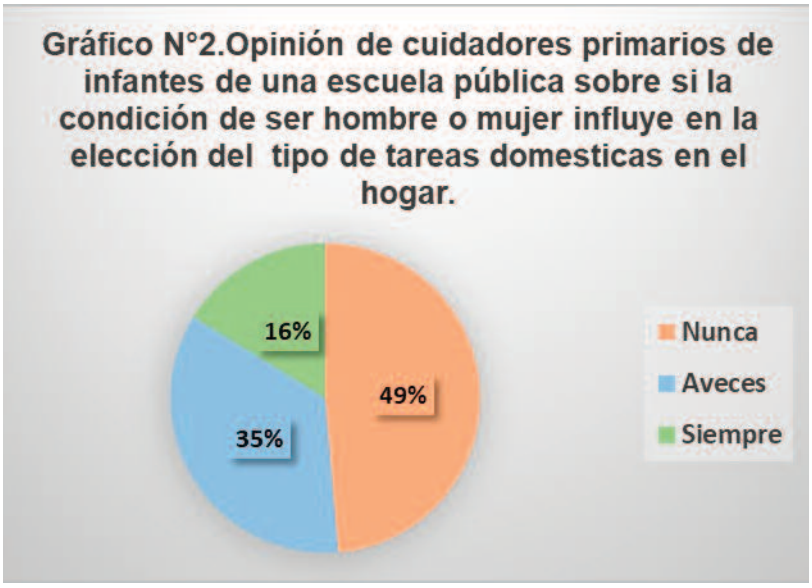
RESULTADOS

Se encuestaron 73 cuidadores primarios, el 89% eran mujeres y el 11% hombres, las edades oscilaron entre 23 y 55 años, con un promedio de 34 años. El 42% se encontraba casado/a, 27% en unión estable, el 25% eran solteros/as y el 6% separados/as. En cuanto al nivel académico el 47% había concluido una formación terciaria, el 43% finalizó la secundaria y el 10% la primaria. Con respecto a la profesión u ocupación el 37% eran amas de casa, el 12% estudiantes, 11% docentes, 10% empleadas domésticas, 6% personal administrativo, 4% trabajadores independientes, 4% médicos, 4% abogados y el 12% restante se distribuyó entre otras profesiones varias. La relación de parentesco con el niño/niña mostró que el 82% eran madres, el 10% padres y el 8% restante se distribuyó entre tías/os, hermanas/os o empleadas/os. GráficoN°1.Con respecto al sexo del infante el 55% eran varones y el 45% mujeres, el 67% de 6 a 10 años de edad y el 33% de 3 a 5 años de edad.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos mediante encuestas.

En cuanto al concepto de género el 51% lo asoció al rol del hombre o de mujer dentro de la sociedad, el 27% a características biológicas asignadas al nacer, y el 22% consideró que se trataba de las características físicas de un hombre y una mujer. El 79% de los encuestados refirió que ambos por igual, tanto el hombre como la mujer, eran los encargados de realizar los quehaceres domésticos del hogar, mientras que el 21% mencionó que era la mujer la que los hacía siempre. El 49% de los encuestados respondió que la condición de ser hombre o mujer nunca influía en el tipo de tarea realizada en el hogar, el 35% contestó que eso a veces influía, en cambio para el 16% siempre. GráficoN°2



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos mediante encuestas.

En cuanto a quien era el encargado principal del ingreso económico del hogar el 73% contestó que ambos por igual, el 16% la mujer a veces, el 8% que el hombre siempre y un 3% que la mujer siempre.

El 92% estaban de acuerdo en que los infantes necesitaban aprender a realizar las tareas del hogar, mientras que el 8% pensaba que no era necesario. El 92% estaba de acuerdo con que los niños y las niñas jueguen juntos y el 8% no.

En cuanto a juegos de muñeca, maquillaje, cocina, peluquería, cochecito de bebé el 34% los pensaban como exclusivos de niñas. En juguetes como autos, camiones, helicópteros, pelotas, videojuegos el 27% los consideraban exclusivos de niños. Para el 12% los colores rosa y azul eran exclusivos de nenas y nenes respectivamente. En los deportes como como fútbol, básquetbol, rugby, artes marciales, boxeo, sólo el 7% los identificó a como exclusivamente masculinos. TablaN°1

Tabla N° 1. Respuestas de cuidadores primarios de niños y niñas de una institución escolar con respecto a estereotipos de género. Corrientes capital año 2020

	De acuerdo/Muy de acuerdo	En desacuerdo/Muy en desacuerdo	Total
Los juguetes como autos, camiones, helicópteros, pelotas, video juegos son propios de los niños	27%	73%	100%
Los juguetes como muñecas, cochecito de bebes, juego de cocina, maquillaje y peluquería son propios de las niñas.	34%	66%	100%
El color rosa se usa solamente en las niñas y el color azul se usa solamente en los varones.	12%	88%	100%
Los deportes como fútbol, básquetbol, rugby, artes marciales, boxeo son solo para los niños.	7%	93%	100%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos mediante encuestas.

DISCUSIÓN

La población estudiada está constituida mayoritariamente por mujeres con una media de 34 años de edad entre ambos sexos, con un nivel académico entre secundario y terciario.

Se observa que el 49% no pudo identificar el correcto significado de la palabra género, resultado similar se halla en el trabajo de investigación denominado Concepciones en relación a sexo y género que poseen los cuidadores de infantes menores de 4 años, realizado en la ciudad de Corrientes Capital en el año 2016, publicado en la revista de la Asociación Argentina de Salud Mental año 2017.[9]

La mitad de la población estudiada (51%) considera que de alguna u otra manera el hecho de ser hombre o mujer influye en el tipo de tarea doméstica que se realiza dentro del hogar, pudiendo observarse que aún se reproducen patrones tradicionales de conducta que todavía dependen de cuestiones de género, es decir, de los roles en los que se ubican a hombres y mujeres dentro del hogar. Por otra parte, la encuesta arrojó que no hay diferencia entre quien es el principal encargado del ingreso económico familiar y quien el encargado principal de los quehaceres domésticos, ya que más del 70% de los encuestados refiere que ambas tareas o actividades las realizan ambos por igual; discrepancias se encuentran con el trabajo anteriormente nombrado que revela que el

hombre sigue siendo el principal encargado del ingreso económico del hogar y la mujer la principal encargada de la crianza y cuidado de los hijos.[9]

El 88% de los encuestados piensa que el color rosa y azul lo pueden usar indistintamente mujeres u hombres, hallazgo similar a otros estudios [9]. En cuanto a juegos de muñeca, maquillaje, de cocina, peluquería, cochecito de bebé un 66% piensa que no son exclusivos de niñas; sin embargo el 34% de la población considera lo contrario. Lo mismo sucede con juguetes como autos, camiones, helicópteros, pelotas, videojuegos donde el 73% de los encuestados considera que no son exclusivos de los niños, pero el 27% opina lo contrario, lo que en parte sigue reeditando patrones tradicionales de creencias, comportamientos y conductas.

Con respecto a los deportes el 93% de los encuestados opinan que tanto fútbol, básquetbol, rugby, artes marciales, como boxeo no son áreas exclusivas de los varones; solo el 7% que no está de acuerdo.

CONCLUSIÓN

La mayoría de la población estudiada era mujer y además la madre de los niños y niñas, con un promedio etario de 34 años. De ellas 6 de cada 10 estaban en pareja, casi 4 de cada 10 eran ama de casa con un nivel académico entre secundario y terciario. Se observaron en las respuestas tanto de las mujeres como de los hombres cierta flexibilidad en las concepciones respecto a la distribución de funciones entre hombres y mujeres dentro del hogar.

Sin embargo, más de la mitad opinaba que el ser hombre o mujer influía en el tipo de tareas que realizaban en el hogar, aunque consideraban que ambos sexos debían cumplir con tareas domésticas. Esto es importante destacar ya que la mayoría opinaba que el sustento económico debía provenir de ambos progenitores por igual.

Se identificó la persistencia de estereotipos de género en juguetes, juegos, colores, deportes, con un número no menor de cuidadores que se expresaron rígidos en estas ideas. Esta situación podría enlentecer avances en los procesos destinados a generar igualdad y equidad de género; no obstante ello, los resultados reflejan una sociedad que acepta la participación indistinta de hombres y mujeres en los deportes a diferencia de otros tiempos.

BIBLIOGRAFÍA

1 *Ortega M, Guzmán L, Torres R. Niños y Niñas perspectiva de género. [Internet] (2005). [Citado 25 de abril 2020] Disponible en; https://www.iimas.unam.mx/EquidadGenero/papers/Ninos_ninas_y_perspectiva_de_genero_ml_ortega_vargas_et_al_dif_jalisco.pdf*

2. *Las perspectivas de género en los primeros años. Programa Nacional de Desarrollo Infantil. Primeros Años. Documento de asistencia técnica. [Internet]. Repositorio.cepal.org. 2012 [citado 11 Abril 2020]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/26112/1/M20120047_es.pdf*

3. *Ramírez M. Padres y desarrollo de los hijos: Practicas de crianza [Internet]. Scielo. 2005 [citado 12 April 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052005000200011*

4. *Rodríguez D, Inzunza A, Madrigal F, Álvarez J. El género en la niñez: la percepción de género en niños y niñas de primaria superior en Monterrey [Internet]. Intersticios.es. 2013 [citado 22 abril 2020]. Disponible en: https://www.intersticios.es/article/view/11258*

5. *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Objetivos, metas e indicadores mundiales [Internet]. Cepal.org. 2015 [citado 10 Abril 2020]. Disponible en: https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe*

6. *Plan de Acción para la Igualdad entre los Géneros para 2018-2021 [Internet]. Unicef.org. 2017 [citado 26 Abril 2020]. Disponible en: https://www.unicef.org/es/igualdad-de-genero/plan-de-accion-para-igualdad-entre-los-generos-2018-2021*

7. *Programa Nacional de Desarrollo Infantil Primeros Años. La perspectiva de género en los primeros años [Internet]. Siteal.iiep.unesco.org. 2018 [citado 29 Abril 2020]. Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_argentina_1008.pdf 7*

8. *Mosteiro M, Porto A. Vista de La interiorización de los estereotipos de género en jóvenes y adolescentes [Internet]. Revistas.um.es. 2017 [citado 28 April 2021]. Disponible en: http://revistas.um.es/rie/article/view/96421/92631.*

9. *Auchter M, Servín R, Roux G. Concepciones en relación a sexo y género que poseen los cuidadores de infantes menores de 4 años. Corrientes capital. Año 2016. Libro Nuevas Familias. Nuevas Infancias. La clínica hoy. Compiladores. Diponible en: AASM Serie Conexiones. 2017, pp 492-494. ISBN 978-987-45937 2-*

10. *Torres J, Lescanon A, Rodríguez N. Formación de promotores por la equidad de género desde la infancia. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba. 2013[Internet] [citado 3 mayo 2020] Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S086434662013000500008&script=sci_arttext&tlng=p*

VÍNCULOS VIOLENTOS, APROXIMACIONES DESDE UN DISPOSITIVO DE SALUD MENTAL

Pablo Emanuel Castore Bergioli [A]

Introducción:

En el siguiente texto, pretendo abordar un tema discutido y trabajado en la actualidad.

Pero que a pesar de su difusión, incluso legislativamente, suele escaparse de los manuales instructivos de muchos de nosotrxs, en tanto agentes sanitarios. Tendemos a simplificar los mecanismos que operan en dicha problemática, quizás por considerarlos demasiado obvios y ajenos a nuestras disciplinas. Nos privamos así de la posibilidad de intervenir en uno de los condicionantes sociales y de salud más pertinentes de nuestro tiempo. A través de viñetas clínicas sobre el paso de Ely por el servicio de salud mental del Hospital Piñero, intentaré ampliar un poco la mirada al respecto.

I.

Ely tenía 41 años cuando hizo una re-admisión en los consultorios externos de salud mental del hospital Piñero. Digo readmisión, porque ya había realizado varios tratamientos en ese servicio, también había transitado por los consultorios de clínica médica, neurología y nutrición. Los motivos de su consulta habían sido diversos, como: "*problemas alimenticios, insomnio, crisis de angustia, tics y ansiedad".* Asimismo, en su presentación hospitalaria se agregaba: "querellante y con abandonos de tratamientos". Supongo que este había sido el motivo del cambio en sus equipos tratantes y del transcurrir constante por los distintos efectores de salud. Esta "querella" no sólo consistía en una actitud hacia el servicio de salud mental particularmente, sino que se acompañaba de amenazas de denuncias por mala praxis y firmas en los libros de quejas del hospital.

No es extraño que las puertas de entrada al sistema de salud de las mujeres que sufren violencia de género sean diversas. Suelen tener trayectorias muy largas en los dispositivos sanitarios. En general van realizando múltiples consultas y refiriendo un gran variopinto de síntomas. Pueden concurrir a diario o ausentarse por largos períodos de tiempo. Tampoco resulta raro que hayan cambiado varias veces de profesionales tratantes, generando frustración en sus equipos. Algunas veces, obteniendo la desacertada descripción de "paciente difícil" (Pombo, 2020).

Este estigma por parte de lxs profesionales, demora y entorpece el acceso de las mujeres a una red de contención adecuada. En la ley 26.485 se tipifican estas conductas como "violencia institucional". Menciono esto a fin de advertir nuestras dificultades, así como nuestro rol de perpetradores de las mismas violencias que debemos intentar erradicar.

II.

Mi primer encuentro con Ely fue bastante sorpresivo y violento, no por parte de ella cómo hubiera esperado, sino por parte de su pareja. Luego de irrumpir en el consultorio de la jefa a los gritos y de hacer notar su descontento en todo el servicio, finalmente pude escuchar lo que tenían para decir: no eran más que quejas e injurias hacia la institución y a todo aquel que estuviera dentro. Además, él se mostraba sabedor de todo lo que le sucedía a Ely y de cuáles eran las indicaciones terapéuticas adecuadas. En un momento de la entrevista, pretendió conversar a solas conmigo, por lo que le dijo a Ely que se alejara. Inútilmente traté de sancionar que eso no era necesario, ya que ella parecía aceptar y obedecer cualquier cosa que él dijera. Después de alojar su demanda y al mismo tiempo de intentar correrme de los "fracasos" previos, en una especie de "borrón y cuenta nueva", finalmente ambos se retiraron tranquilos, en vistas a un nuevo tratamiento.

[A] Médico residente de 4° del Hospital General de Agudos Dr. Parmenio Piñero. CABA. Argentina. pabloecastore@gmail.com

Es fundamental intentar alojar y propiciar lazos con la institución que se sostengan en el tiempo, ya que como efectores de salud tenemos altas probabilidades de ser los primeros y a veces los únicos agentes públicos que tienen contacto con las víctimas de violencia de género (si bien el término "víctima" tiene cierta controversia, la utilizaré en el sentido de alguien que sufre un daño que no es accidental). La OMS/OPS (2011)[1] no recomienda que los servicios apliquen el método de detección universal, por lo que creo que es fundamental el ejercicio constante de repensar nuestras prácticas con una perspectiva de género para poder precisar nuestra pesquisa.

III.

Que no haya mencionado prácticamente a Ely durante este primer acercamiento no es casualidad. La realidad es que durante esa primera entrevista tuvo muy poca participación. En ningún momento pudo tomar la palabra, ni aunque me dirigiera a ella directamente. No realizaba contacto visual y su timia se encontraba totalmente aplanada. Solo repetía algunas frases, dichas en general previamente por su pareja como: *"necesito tratamiento (...) Me pongo nerviosa y no me puedo explicar, por eso mi pareja me tiene que acompañar siempre (...) tengo problemas de aprendizaje".*

Con el correr de las entrevistas, me asombró darme cuenta que Ely no registraba situaciones de violencia en su hogar. Por el contrario, refería lo que parecían ideas

paranoides en relación a su familia y prácticamente hacia cualquier persona: "*mi familia se aprovecha de mí. Todos me manipulan menos mi pareja"*. Asimismo repetía que él era el único que realmente se preocupaba por ella, sosteniendo dicho discurso de una manera extremadamente rígida y persistente.

Un día durante una consulta, me comentó: "*Mi pareja me pidió que comprara pan, y yo conozco una panadería que un día regalan lo que les quedó sin vender. Cuando volví a mi casa, mi pareja lo tiró todo y me dijo que era una inútil y una retrasada mental, que cómo iba a andar pidiendo pan viejo como una mendiga. Pero ni lo probó, el pan se podía comer".* Si bien Ely era la dueña de su hogar y la única de la relación que tenía un ingreso económico regular, su pareja era quien disponía de todos sus bienes. En ese momento intenté validar su conducta, comentando que "era muy buena consiguiendo pan y ahorrando a la vez". Intentando generar una "segunda opinión" acerca de lo ocurrido, pretendía así generar alguna distancia del discurso de su pareja.

Los sentimientos de indefensión, devaluación personal, falta de capacidad y otros más están presentes en la gran mayoría de víctimas de violencia de género. Por eso mismo son tan importantes los programas [2] destinados a conseguir el llamado empoderamiento de quienes han vivido creyéndose inferiores y sujetas al desprecio por parte de quien se suponía debían recibir afecto y amor.

Antes de seguir, consideremos qué se entiende como violencia contra la mujer según nuestro marco jurídico actual; nuevamente en palabras de la ley 26.485 [3]: "Toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes." Asimismo aclara que violencia indirecta es: "toda conducta, acción, omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón."

Ely era víctima de muchos tipos de violencia: psicológica, económica y simbólica en específico.

---

1 *"Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género: Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo" OMS. Sarah Bott, Et al. 2011.*

2 *Guía para la prevención e intervención de situaciones de violencia contra las mujeres en las organizaciones. Instituto Nacional de las Mujeres Dirección Nacional de Asistencia Técnica 2018. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Lic. Carolina Stanley Instituto Nacional de las Mujeres Sra. María Fabiana Tuñez Dirección Nacional de Asistencia Técnica Dra. Heidi Canzobre. 2018*

3 *Ley 26.485 Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Art. 9; Art. 28. (Sancionada: Marzo 11 de 2009.Promulgada de Hecho: Abril 1 de 2009)*

Sobre esta última la ley dice: "Se vale de patrones estereotipados, valores, íconos o signos para transmitir y reproducir dominación, desigualdad y discriminación.

Naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad". En el caso de Ely, bastante tiempo después, relataría que su padre y sus hermanos las habían tratado (a ella y a su madre) como "enfermas mentales" durante toda su vida.

IV.

Desde distintas disciplinas se han propuesto modelos explicativos para dar cuenta del funcionamiento de relaciones como las de Ely. Entre ellos se encuentran conceptos que fueron evolucionando como: el "masoquismo"; el "lavado de cerebro"; el "modelo de indefensión aprendida"; "ciclo de la violencia"; y el "modelo de persuasión coercitiva". Complejizando más o menos, en general pretenden integrar las diversas estrategias utilizadas por el "agresor" para dominar y perpetuar ese control sobre su víctima. Estas actúan a niveles distintos, tanto cognitivo, emocional y social. Modulando a lo largo del tiempo las personalidades e identidades de quienes las padecen.

Utilizan métodos de aislamiento, con el fin de privar a sus víctimas de sus soportes sociales, debilitando así su capacidad de resistir y aumentando su dependencia.

Monopolizan la percepción, controlando la mayoría de la información y estímulos que sus parejas reciben. Generan debilidad por agotamiento de las capacidades físicas/psíquicas para resistir, mediante el hostigamiento y las amenazas constantes. Actúan con el fin de generar estados, emociones e ideas tales como el miedo, la culpa y la ansiedad, a través de la aplicación selectiva de "premios y castigos". Se muestran omnipotentes y a la vez indulgentes por momentos, a fin de menoscabar la posibilidad de escape e impedir adaptaciones a la privación, generando también actitudes positivas para la sumisión.

Desarrollan hábitos para la misma, a través de demandas triviales cotidianas. También atentan contra el autoestima y la subjetividad de sus víctimas, a fin de denigrar el pensamiento crítico y reducir sus preocupaciones a un "estado animal"(Caballeira, 1992; Biderman, 1975).

No es el propósito de este texto, ni tampoco podría saber cuales fueron todos los mecanismos de control ejercidos en Ely. Sin embargo, no puedo dejar pasar la oportunidad de resaltar la existencia de patrones, y el carácter sistemático de los vínculos violentos. No para clasificarlos y estereotiparlos, sino para pensarlos como un proceso en el tiempo, más que como hechos aislados.

Nuestro marco jurídico se manifiesta en contra de las políticas de mediación y/o conciliación, y aclara que se deben garantizar modelos de abordaje tendientes a empoderar a las mujeres. En mi caso había decidido no volver a realizar entrevistas en conjunto con su pareja, en principio por el rechazo que me generaba tener que ser testigo de tanto maltrato, y en segundo lugar porque recrear las dinámicas violentas en el consultorio, no me parecía ético. Su pareja dejaría de acompañarla a las consultas luego de indicarle en reiteradas ocasiones que no era necesaria su presencia en las mismas.

IV.

Me detendré en este momento para analizar algunas cuestiones clínicas de Ely. Por un lado había realizado un despliegue de ideas que parecían ser delirantes o sobrevaloradas al menos, que podrían haber hecho pensar en un posible cuadro psicótico (que bien podría haberse atenuado con el uso de algún neuroléptico). Además, en su presentación había características que sugerían un trastorno del neurodesarrollo: dificultades para la interacción social; supuestos problemas de aprendizaje junto con el secundario incompleto; recursos discursivos y expresivos escuetos; e incluso posibles antecedentes de hipoxia perinatal. Por otro lado si consideramos los eventos traumáticos sufridos a lo largo de toda su vida, su retraimiento anímico y social, la sintomatología ansiosa y los fenómenos disociativos; podríamos decir que Ely, posiblemente configuraba un trastorno de estrés postraumático (TEPT) según el DSM-V [4]. Este texto incorporó la palabra "violencia

4 *Suplemento del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE TRASTORNOS MENTALES, QUINTA EDICIÓN DSM-5® octubre 2018. Copyright © 2018 American Psychiatric Association.*

sexual" al conjunto de criterios que pueden definir este síndrome. También aclara que el trauma y los trastornos relacionados con factores de estrés, son trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece, de manera explícita, como un criterio diagnóstico.

Asimismo, refiere que el TEPT es más frecuente en mujeres que en hombres. Parte de este aumento en la incidencia pareciera ser atribuible, entre otras causas, a una mayor probabilidad de exposición a eventos traumáticos, como la violación y otras formas de violencia interpersonal.

Nuevamente, el propósito de este trabajo no es enfocarse en el diagnóstico de Ely, sin embargo considero que la bibliografía es más que suficiente como para que algunxsespecialistas en salud mental continúen afirmando que la violencia de género es solo una problemática social, ajena y por fuera de nuestras competencias y especificidades.

V.

En este punto voy a intentar analizar lo que probablemente fuera una de las intervenciones más decisivas en este caso: la postura de no comunicar un diagnóstico psiquiátrico, ni la implementación de un plan farmacológico en los comienzos del tratamiento. Aclaro que esto, de ninguna manera fue parte de una estrategia premeditada, y en ese momento por supuesto que no sabía cuál sería el curso del tratamiento.

Si bien el cuadro clínico podría haber ameritado la utilización de algún fármaco, también hubiera dejado nuevamente a Ely a merced de una demanda específica de su pareja. Cortando quizás de raíz la posibilidad de elaborar un discurso propio, que representara sus verdaderos padecimientos. Más adelante Ely comentaría que se ponía nerviosa ante situaciones de exposición social, que se volverían más problemáticas al momento de rendir los exámenes para terminar sus estudios. A partir de eso, temporalmente le indiqué Clonazepam a dosis de 0,25 mg. para lidiar con las mismas. En otro momento, me refirió alucinaciones auditivas injuriantes por parte de sus vecinos, que la angustiaban mucho. Por lo que temporalmente utilizamos Risperidona 0,5 mg/d. para disminuir la carga afectiva de las mismas. Semanas después de haberla discontinuado, me diría que su pareja escuchaba siempre a sus vecinos insultarlos, pero que ella nunca los había escuchado previamente. Es importante no dejar de pensar en los posibles condicionantes de la aparición de sintomatología psicótica positiva // delirios y/o alucinaciones. Asimismo, creo que si hubiera respondido con un diagnóstico precozmente, habría reforzado el lugar que había ocupado Ely toda su vida, el de "enferma mental".

VI.

Una cuestión a tener en cuenta, es la de cuándo denunciar. El artículo 18 de la ley 26.485 dice que las personas que se desempeñen en servicios asistenciales que tomaren conocimiento de un hecho de violencia contra las mujeres, estarán obligadas a formular las denuncias, aun en aquellos casos en que el hecho no configure delito. Y la denuncia deberá ser penal si los hechos pudieran constituir un delito.

Sin embargo en la misma ley, así como en las guías y protocolos [5] nacionales, se manifiesta como un principio rector el respeto a la voluntad de la mujer, especificando particularmente que es su decisión la de denunciar. También afirma que se debe evitar la revictimización siempre. Por esto, es importante no anteponer prejuicios e ideales propios de lxs profesionales, respetando los tiempos particulares de cada mujer para transitar estas situaciones. En el caso de Ely, llegado el momento recurriría a la vía judicial y a las fuerzas policiales para separarse de su pareja.

Debemos tener claros los objetivos de nuestras intervenciones y de los recursos legales, ya que algunas veces, se pretende como única respuesta armar un brazo vengador. Se considera como único camino el castigo del agresor y el amparo de la víctima, no se trata de sacar a la

5 *PROTOCOLO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS PARA LA ATENCION DE VICTIMAS DE VIOLENCIAS DE GÉNERO Dirección General de Coordinación de Políticas de Género Ministerio de Justicia y Seguridad de la Provincia de Buenos Aires. 2012. Boletín Informativo Nº 7 /RESOLUCIÓN Nº 058. Dr. RICARDO CASAL Ministro de Justicia y Seguridad de la Provincia de Buenos Aires.*

mujer de su posición, se trata, sobre todo, de vengarse. Los "hombres/instituciones" defienden a las mujeres de los mismos hombres; en todo caso continúan dependiendo de los hombres, y cuanto más agredidas, más se necesita de ellos para que las defiendan. (Izquierdo, 1998b: 65-66)

VII.

-"Estoy triste porque se escapó mi gata, la tengo hace 5 años, no entiendo por qué se fue. Hace unos días mi pareja me hizo que le pegara, para educarla. Él dice que así se les enseña a los animales, yo nunca le había pegado, no me gusta pegarle, pero dice que es por su bien. Después me dijo que iba a traer un perro, que no podía ponerme así de mal por un animal, pero yo no quiero otro animal, quiero a mi gata".

Este fue quizás uno de los relatos más difíciles de escuchar, principalmente por la angustia que Ely presentaba. Esta era la primera vez que expresaba un malestar con respecto a su pareja, y la primera vez que modificaba así su afecto. A partir de ese momento, Ely comenzó a cuestionarse durante las consultas algunas situaciones con respecto a su vínculo con él.

VIII.

A partir de estos cuestionamientos, y de esta nueva escucha de Ely hacia mis intervenciones, decido sugerirle que concurra al grupo de mujeres de ayuda mutua que funciona en la institución. El mismo está coordinado por trabajadoras sociales y responde a la lógica de ayuda mutua descripta en la ley.

Ely comienza a escuchar los relatos de otras mujeres que atravesaron situaciones similares, y se pone en contacto con un discurso feminista que la ayuda a ubicar y problematizar muchas situaciones de su vida. Asimismo es orientada y acompañada por agentes sanitarias y sus pares, durante el proceso de separación de su pareja, valiéndose de los recursos jurídicos disponibles.

Es importante destacar que al momento de la separación las agresiones suelen incrementarse y ser más violentas, ya que es el momento en que los abusadores pueden negarse a dar por perdido el control sobre sus víctimas. Aparecen una serie de conductas intimidatorias, y frecuentemente intentos claros de homicidio.

IX.

Ely logra separarse de su pareja, y retoma actividades de su interés que había abandonado previamente. No refiere dificultades para "poder expresarse", ni para cualquier otra actividad que se proponga hacer. No vuelven a aparecer quejas somáticas, conductas compulsivas, ni cualquier otra sintomatología que precisara tratamiento. Asimismo a través de relatos de las coordinadoras del grupo de mujeres, me entero que Ely toma un rol protagónico en los encuentros, comentando y aconsejando a sus compañeras, en base a sus experiencias vividas. Cierto día, al intentar programar un próximo turno, me comenta que me confirmará más adelante, cuando lo necesite. No fue hasta varias semanas después que me dí cuenta que Ely, se había dado de alta.

X.

Varios meses pasaron, sin tener noticias de Ely, hasta que un día concurrió nuevamente a la sala de internación, solicitando un turno. Durante el mismo me comentó que tenía una pareja nueva, que estaba en vías de instalarse en su hogar. Refería conductas bizarras por parte de este hombre, y episodios en los que había intentando "controlarla". También relataba haberse "peleado con su vecina". Este era el único vínculo de confianza que mantenía desde hacía años (tenía las llaves de su casa y le cuidaba las plantas cuando ella no estaba). El motivo de dicha conflictiva había sido que su pareja actual le había sugerido que esta mujer revisaba sus pertenencias cuando entraba en su casa, sin embargo Ely estaba segura que nunca le había robado nada.

Sin embargo, en esta oportunidad ya estaba advertida de estas formas de control y alejamiento de sus vínculos. Conocía las posibles intenciones y consecuencias de esos actos. Estas señales de alerta se habían trabajado durante las reuniones de su grupo. La experiencia demuestra que los casos de violencia son cíclicos, se repiten periódicamente y además las agresiones suelen producirse cada vez con mayor intensidad. Es por esto que es tan importante realizar un seguimiento

en el tiempo de estas personas, y no expulsarlas del sistema considerándolas como hechos aislados y resueltos.

En esta oportunidad, Ely había acudido a su espacio a solicitar medicación para dormir. Refería insomnio, sin embargo la motivación de su pedido era que le había dicho a su pareja actual que como necesitaba tomar medicación para dormir y esta la iba a sedar un poco, era preferible que durmiera sola. De esta manera, lograba que su pareja no durmiera en su casa, pudiendo poner un alto en las incursiones de esta persona en su hogar. Accedí a este pedido, indicando nuevamente Clonazepam 0,25 mg. temporalmente, esta vez reglado a diario. Semanas después Ely había logrado separarse de su pareja, dándose de alta nuevamente de su tratamiento por salud mental.

XI.

Al día de la fecha no tuvo la necesidad de recurrir a su espacio de psiquiatría de nuevo, sin embargo continúa asistiendo a su espacio de mujeres.

Consideraciones finales:

Del relato de Ely, me gustaría subrayar dos cuestiones. La primera, intentar transmitir de una manera práctica algunos conceptos y estrategias en relación a la violencia de género: La idea de violencia como proceso; no estereotipar a las víctimas, sino empoderarlas; la importancia de la primera entrevista y de generar lazos con la institución; así como algunas aproximaciones a la ley que nos enmarca. Pretendiendo mover el foco de los casos extremos (violencia física por ej.), es decir, de los que previamente se han definido como intolerables. Se visibiliza así, que la violencia es inmanente a las relaciones sociales, es estructural, por lo que requiere de un abordaje complejo y multidisciplinario para una mejor comprensión.

Finalmente, el segundo y principal motivo de este escrito, es mostrar una de las evoluciones clínicas más favorables que presencié durante mi residencia. Es por eso que considero fundamental el ejercicio de repensar nuestras prácticas con una perspectiva de género, debido al gran beneficio que puede representar para nuestra comunidad.

Bibliografía:

La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. I: Las estrategias de la violencia". Antonio Escudero Nafs; et al. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. no.95 Madrid jul./sep. 2005
DSM-5 Evolución conceptual.Copyright © 2011,Traducción de EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA S A . Efectuada por las doctoras Gabriela López y Adriana
Morando.Darrel A. Regien,William E. Narrow,Emily A. Kuhl,David J. Kupfer.
Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Naciones Unidas
2016. © CEPAL - Naciones Unidas | Observatorio de Igualdad de Género.
La Mujer y la Violencia en la República Argentina. Convenciones Internacionales. Legislación Nacional y Provincial. Desafíos. Dra. Gloria del Socorro Abán. Dra. Susana Sanz.Consejo Nacional de la Mujer.Ciudad de Buenos Aires, año 2002.
"Convención de Belem Do Pará"//"Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer". Asamblea General de los Estados
Americanos. 1994.
Cuestiones sin resolver en la Ley integral de medidas contra la violencia de género: las distinciones entre sexo y género, y entre violencia y agresión. Gerard Coll-Planas Gloria García-Romeral Moreno Carmen Mañas Rodríguez Lara Navarro-Varas.Papers 87, 2008 187-204.Universidad Autónoma de Barcelona.
IZQUIERDO, María Jesús, (1998b). «Los órdenes de la violencia: especie, sexo y género». En: FISAS, V. El sexo de la violencia: Género y cultura de la violencia. Barcelona: Icaria.
NUSSBAUM, Martha C. (2001). «Compassion: Tragic Predicaments». Upheavals of Thought. The Intelligence of Emotions. Cambridge: Cambridge University Press. YOUNG, Iris Marion (2000). La justicia y la política de la diferencia. Madrid: Cátedra.
Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra
la violencia de género (BOE 313, de 29 de diciembre 2004).
American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text rev. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
Rodríguez Carballeira, A. El lavado de cerebro. Psicología de la persuasión coercitiva, Barcelona, Editorial Boixareu Universitaria, 1992.
Amnesty Internacional, Report on torture, London: Gerald Duckworth & Co. 1975.
Terapia farmacológica para el trastorno por estrés postraumático.Dres. Zhang W y Davidson JRT Fuente: SIIC Expert Opinion on Pharmacotherapy 8(12):1861-1870, Ago 2007.
Revista Campo Psi-Revista de Información especializada" Año 3 , No 10 , Abril de 199, Rosario. Lic. Alicia Stolkiner.

MENOPAUSIA Y ESTADOS AFECTIVOS EMOCIONALES (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN)

Liliana Gòmez [A]

Marco teórico

Vivimos en una sociedad competitiva donde se sobrevalora la juventud, no se enseña a aceptar los cambios evolutivos desde una óptica positiva sino asociándolo a la idea de pérdida (Díaz Rodríguez, 2002). Asociar la menopausia con envejecimiento, con la pérdida de atractivo sexual, de la capacidad reproductiva y de roles significativos conduce a la mujer a experimentar consecuencias psicológicas adversas.

El término menopausia deriva de las palabras griegas "meno" (mes-mensual) "pausia" (pausacese). Es entendida como el cese definitivo de las menstruaciones, lo que supone el paso de la fase reproductiva de la mujer a la no reproductiva, como resultado de una serie de cambios evolutivos en distintos aspectos hormonales y metabólicos (Sánchez-Cánovas, 1996).

Castillo y cols (2007) postulan que algunos de los síntomas se inician cuando la mujer aún está ovulando, por lo que no es necesaria la ausencia de menstruaciones para que éstos aparezcan. A continuación se realizará una breve descripción de los síntomas presentados con mayor frecuencia: Síntomas Vasomotores: se produce un aumento de la presencia de estos. Implican: _Sensación de oleadas de calor: es el síntoma más común, aunque varían mucho en intensidad y frecuencia. El corazón palpita más rápido, la temperatura de la piel se eleva y con frecuencia hay sudoración. _Sudores nocturnos: son bochornos severos, que ocurren en la noche, ya que en esos momentos se encuentran cubiertas con ropa de dormir, es muy probable que despierten bañadas en sudor (Castillo y cols, 2007). Trastornos Sexuales: debido a la disminución de estrógenos el revestimiento de la vagina puede volverse más seca y delicada, por lo que las relaciones sexuales pueden resultar incómodas o incluso dolorosas, como así también se torna más susceptible a la infección. Secundariamente puede acompañarse de disminución del interés y del placer sexual (Castillo y cols, 2007). "Sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres que se encuentran atravesando el periodo de menopausia" . Síntomas Urinarios: La falta de estrógenos también puede provocar que el revestimiento de las vías urinarias sea más vulnerable a la infección, de modo que la vejiga se vuelve más sensible. También puede presentarse salida involuntaria de la orina durante el esfuerzo o la tos, esto se denomina incontinencia urinaria de esfuerzo (Castillo y cols, 2007). Sistema Óseo: Los estrógenos cumplen una importante función de preservación de la resistencia de los huesos. Después de la menopausia los huesos tienden a volverse más débiles, por esta razón las ancianas pierden estatura al envejecer y es mayor el riesgo de fractura (Castillo y cols, 2007).

Lugones Botell (2001) postula que en este periodo se pueden encontrar síntomas como irritabilidad, depresión, ansiedad, nerviosismo, insomnio. Otros autores precisan episodios frecuentes de llanto inmotivado, labilidad emocional, falta de paciencia, falta de motivación y de energía, dificultad de concentración y memorización. En la menopausia estas reacciones emocionales son variables, algunas mujeres pasan por ese período de forma totalmente asintomática o con algunos síntomas que llegan a ser inexpresivos y entienden ese período de sus vidas como el inicio de una nueva etapa, es decir, como maduración existencial, que les permitirá una vida con mayor seguridad y confianza. Sin embargo otras mujeres la vivencian de manera negativa y presentan varios síntomas y problemas psíquicos (Wanderley, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003 p.1) define a la depresión como un "trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse

[A] Licenciada en Psicología. Especialista en Psicoterapia Cognitiva- Integrativa. Docente e investigadora de la FAPSI- UNSL. Co- directora del PROICO 12-0420 , Directora de la Linea B del PROICO 12-0220. UNSL. San Luis, San Luis. Argentina. liligomez2265@gmail.com

y disfrutar de las cosas. Alteración que afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad". "La depresión es un estado complejo que transita con variedad de grados de severidad, cursos variables, manifestando diversidad sintomática y caracterizado por una alta reactividad a circunstancias de la vida actual. Una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan en la patogénesis de la depresión" (Sara Baringoltz, 2009).

Otro de los trastornos relacionados a la menopausia es la Ansiedad. Chappa (1994) menciona que desde el punto de vista psicoevolutivo, la teoría cognitiva sostiene que nuestras reacciones de ansiedad son la herencia filogenética de los mecanismos innatos de adaptación para enfrentar las situaciones de peligro. Las situaciones de cambio que se vivencian en esta etapa y que exigen adaptación y aceptación, pueden generar esta respuesta de ansiedad ocasionando malestar tanto físico como emocional. El estado de ansiedad se define como una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo (Spilberger, Pollans y Worden, 1984, citado en B. Sandín y P. Chorot, 1995).

El Manual Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión (DSM IV-TR, 2000) postula como característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y la preocupación excesiva observada durante un periodo superior a seis meses. El individuo tiene dificultad para controlar este estado de constante preocupación. Pueden presentarse también: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, y trastornos del sueño. Spielberger (1975, citado en Morales, Aldana y Cruceño, 2001) divide la ansiedad en dos dimensiones: Ansiedad-Estado: implica un estado emocional transitorio del organismo humano, caracterizado por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por una descarga del sistema nervioso autónomo. Ansiedad-Rasgo: refiere a las diferencias individuales, estables, en la propensión a la ansiedad.

La relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva se refleja en el hecho de que ambos cuadros comparten síntomas de malestar emocional como: irritabilidad, preocupación, baja concentración, insomnio, fatiga, agitación "Sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres que se encuentran atravesando el periodo de menopausia" 16 psicomotora, llanto, sentimientos de inferioridad, culpa y baja autoestima; es decir indicadores comunes de trastornos tanto de ansiedad como de depresión (Clark y Watson, 1991, citado en Sandin y Chorot, 1995).

No se dispone de datos que afirmen que la mujer menopáusica sea más vulnerable a padecer trastornos psiquiátricos como consecuencia de su situación hormonal, sin embargo, no puede negarse que existe un número variable de mujeres que presentan esta sintomatología (Montero y Ruiz, 1999). Estudios como los realizados por Lugones Botell y Navarro (2006) con una muestra clínica de 110 mujeres, concluyen que las manifestaciones del síndrome climatérico estuvieron presentes con mayor frecuencia en las perimenopáusicas predominando las oleadas de calor, ansiedad y depresión, como así también cambios en la libido. Morales, Aldana y Cruceño (2001) estudiaron 149 pacientes de la clínica de climaterio del Instituto Nacional de Perinatología de México y obtuvieron como resultado que el síntoma de tristeza se presentó en un 81,21% de los casos junto con una alta incidencia de reacciones y características de tipo ansioso.

OBJETIVO GENERAL

Indagar el modo en que las mujeres entrevistadas atraviesan el periodo de menopausia

OBJETIVO ESPECÍFICO

Determinar la presencia de sintomatología psicológica, en especial de tipo depresiva y ansiosa.

MUESTRA

Se trabajo con una muestra de tipo intencional, conformada por 70 mujeres de 45 a 60 años de edad (X=52.3 y D.E=5.01) provenientes de la población general que se encuentran atravesando el período de menopausia.

Instrumentos

Para la realización de las siguientes pruebas se solicito el consentimiento de cada una las mujeres que conformaron la muestra.

A) Entrevista ad hoc: Destinada a indagar aspectos psicosociales como edad, estado civil, ocupación, escolaridad, si son madres o no y lugar de procedencia; y estado físico general de las mujeres entrevistadas
B) Inventario de Depresión de Beck: BDI-IA (Beck, Rush, Shaw y Emery 1979). Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Cada ítem contiene varias frases autoevaluativas de las que el paciente selecciona la que mejor se adaptase a su situación.
C) Inventario de Ansiedad rasgo-estado: IDARE. Spielberger, Charles D.Díaz-Guerrero, Rogelio (1975). Su objetivo es medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento, indicador de ansiedad transitoria) y Rasgo (cómo se siente generalmente). Cada una de ellas tiene 20 ítems. En la escala de Ansiedad Estado, hay 10 ítems positivos de ansiedad y 10 ítems negativos. En la escala Ansiedad Rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. En la Escala de Ansiedad Estado, se le orienta al sujeto que debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados, y en el de Ansiedad Rasgo cómo se siente generalmente en relación a los ítem.

Esta investigación implico un estudio descriptivo e inferencial. Una vez recabado todos los datos se establecio comparaciones entre las distintas variables. Luego se procedio a buscar posibles correlaciones entre las mismas. Se trata de un estudio transversal ya que la evaluación se realizo en un momento específico de la vida de las mujeres

Análisis de los datos

Distribución de la muestra según el estado civil (N:70). En cuanto al estado civil un 43% está en pareja, un 27% se encuentran separadas, un 21% soltera y un 9% en estado de viudez

Según el nivel de escolaridad un 17% alcanzó un nivel primario, un 37% un nivel secundario, un 23 % nivel terciario y otro 23 % un nivel universitario.

Teniendo en cuenta la ocupación un 26 % trabaja en el hogar mientras un 74% trabaja fuera del mismo. En relación a si tienen o no hijos, un 10% no tiene y un 90% si.

En relación a los síntomas físicos presentado por el grupo total de mujeres entrevistadas se halló que un 29% presenta pérdida del deseo sexual; un 33% presenta dificultades para conciliar el sueño; un 51% presenta dolor en las articulaciones; un 20% presenta incontinencia urinaria; un 24% presenta aceleración cardíaca; un 23% presenta sudores, un 51% presenta aumento de peso; un 41% presenta oleadas de calor

A partir de la aplicación del BDI-IA y del IDARE en la muestra total (N:70) se obtuvieron los siguientes resultados, teniendo en cuenta los valores promedios. En lo que refiere al grupo completo el BDI-IA no arrojó valores indicadores de depresión (X=9.97 D.E=9.29), en la Ansiedad Estado el nivel hallado es medio (X=43.04 D.E=6.67) mientras que en la Ansiedad Rasgo es alto (X=45.23 D.E=5.67).

Conclusiones

Los síntomas mayormente presentados en el total de la muestra fueron las oleadas de calor (sofocones), aumento de peso y el dolor en las articulaciones. En cuanto a los resultados obtenidos a partir de la aplicación del BDI-IA y el IDARE no se encontraron indicadores de depresión al igual que de Ansiedad Estado, pero si se hallaron altos niveles Ansiedad Rasgo, es decir que se presenta una sensación de ansiedad generalizada a múltiples situaciones, independientemente de la situación de estudio en la que han decidido participar. Los valores de depresión debieran tomarse con cautela, ya que existe una gran heterogeneidad en el grupo.

Bibliografía

-Díaz Rodríguez, Mercedes (2002). Aspectos psicosociales de la menopausia. En: Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis (3º : 2002 : Madrid, España). Madrid, España. [En línea] Recuperado en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2001/1/interpsiquis_ 2002_5401.pdf [09/2012]
-Sánchez-Cánovas (1996). Sánchez Cánovas, J. (1996). Aspectos psicológicos de la menopausia. Barcelona: Ariel.
-Castillo y cols (2007) Síndrome Menopáusico. En: Revista Paceña de Medicina Familiar; 4(5): 67-75 [En línea] "Sintomatología

depresiva y ansiosa en mujeres que se encuentran atravesando el periodo de menopausia" 39 Recuperado en: http://es.scribd.com/doc/126087552/13-Sind-Menopausico [10/2012]
-Lugones Botell (2001) El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural. En revista Cubana de Medicina General Integral. Ciudad de la Habana, 17 (2). [En línea] Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000200017&scrip=sci_arttext [11/2012
-Wanderley,(2012). Menopausia y depresión. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
-Sara Baringoltz, (2009)Terapia Cognitiva y Depresión. Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina. Año II (2) julio. [En línea] Recuperado en: http://www.revistadeapra.org.ar/Articulos/Julio/Sara.pdf [11/2012
-Chappa (1994). Abordaje terapéutico de la ansiedad y el pánico. Simposio Internacional de ansiedad y pánico. Mendoza.
. Sandín y P. Chorot, (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, A. Sandín y F. Ramos (Eds). Manual de psicopatología. Vol II, (pp 54-77). Madrid: Mc.Graw Hill
- Lugones Botell, Miguel , Navarro Despaigne, Deysi. (2006). Síndrome climatérico y algunos factores socioculturales relacionados con esta etapa. En: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana, 32 (1). [En línea] Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2006000100002&script=sci_art text [11/2012]
-

SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA EN MUJERES ADULTAS EXPUESTAS A VIOLENCIA DE PAREJA. APLICACIÓN DEL MODELO DE PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA EN EL CONTEXTO COVID EN QUITO-ECUADOR

Graciela Ramírez [A]

Antecedentes

En el primer semestre del año 2020, durante la emergencia por COVID-19, según cifras de la Fiscalía General del Estado (2020), en el Ecuador se registraron 19.975 de violencia intrafamiliar, a pesar de que en Ecuador se vivieron drásticas restricciones para evitar la propagación del virus. Las cifras comparadas con años anteriores reportaron un 26 % de disminución de denuncias, reflejando que las mujeres quedaron en la indefensión dentro de un sistema de salud colapsado y un sistema de justicia cerrado. El espacio de escucha que sostenemos se mantuvo por ellas, migró a medios telefónicos y virtuales, por que, frente a la indiferencia de los Estados, las mujeres seguimos peleando por una vida libre de violencia. A pesar de que la mayoría de los datos reflejados en este estudio se recogieron antes de la pandemia, muchos procesos clínicos se continuaron durante la misma. A continuación, nuestras reflexiones teóricas y algunos datos preliminares.

La Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica (PBOP)

La (PBOP) se define operativamente como un método de tratamiento psicológico inspirado en el psicoanálisis que se enfoca en los conflictos relacionados con los síntomas actuales; la misma utiliza preferentemente intervenciones de soporte y de manera secundaria, las interpretaciones (Laverde-Rubio, 2008; Abbass, Kisely, & Kroenke, 2009; Abbass, y otros, 2014). Esta psicoterapia supone la interacción de un profesional que sigue procedimientos definidos por un modelo que lo antecede; y en base al cual ha sido formado gracias a la reflexión teórica, las preocupaciones técnicas, la supervisión de casos y el análisis personal. La suposición básica de la PBOP es que determinados tipos de intercambios verbales y no verbales en una relación transferencial, pueden lograr metas tales como: reducir un sintomatología específica o remitir una conducta peligrosa (Herrera Jiménez & García Medina, 2003).

[A] Psicóloga Clínica y Docente Universitaria. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Pichincha. Ecuador. graciela.ramirezi@gmail.com

Shedler (2010) afirma que hay una creencia de que la psicoterapia basada en el psicoanálisis carece de evidencia científica y que otras formas de tratamiento son más eficaces. Esta creencia parece sostenerse por sí misma y se transmite de unos profesionales a otros. Una de las razones, reside en el desagrado que ha quedado inscrito en los profesionales de la salud mental, debido a un supuesto autoritarismo del psicoanálisis de décadas pasadas y a la negación de la necesidad de adherirse a los nuevos métodos de análisis estadístico. Es por eso que, existe un sesgo basado en una tendencia a ponderar la eficacia de las diferentes psicoterapias, no sólo en base al número e impacto de los estudios de validación disponible, sino también en base a la inercia que sostiene estas creencias extendidas entre los profesionales *psi*. Debido a esto, cuando surgen hallazgos que avalan a los tratamientos no psicoanalíticos, éstos se afianzan en la evidencia científica y se difunden, mientras que cuando la evidencia se inclina hacia la validación de la PBOP, los resultados son pobremente socializados.

A pesar de lo antes mencionado, la PBOP se ha sumado a la tradición investigativa en psicoterapia, cuya evidencia científica las respalda. Gracias a esto, se ha establecido que estas formas de psicoterapia ponen en marcha procesos de cambio gracias al uso más efectivo de las propias capacidades; cambios que continúan incluso después de que la terapia haya terminado (Shedler, 2010; Abbass, Nowoweiski, Bernier, Tarzwell, & y Beutel, 2014).

La investigación en procesos psicoterapéuticos intenta identificar ingredientes activos en la psicoterapia y los mecanismos de cambio que en ella se suscitan, con el objetivo de aumentar la comprensión de los procesos de cambio y por tanto, de los resultados en psicoterapia (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986). A partir de diferentes estudios de procesos psicoterapéuticos, muchos investigadores llegaron a la conclusión de que el cambio del paciente en el proceso deriva de la acción de variables inespecíficas o factores comunes compartidos por los diferentes enfoques. Estas variables o factores serían entendidos como aquellos aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos y cada variable cumple un papel independiente en el efecto. Finalmente, la aplicación de instrumentos es necesaria evaluar los cambios producidos por la terapia en torno a modificaciones sintomatológicas; la selección del instrumento dependerá del equilibrio entre su extensión y el valor de sus propiedades psicométricas (Creswell & Zhang, 2009; Cazabat, 2014).

Características de la PBOP

Shedler (2010) afirmó que existen tantos modelos de psicoterapias psicoanalíticas como equipos de trabajo se han formado; sin embargo, propuso siete características comunes a considerar en todos ellos, estos se resumen en la tabla 1:

Tabla 1

Definición de las características de la Psicoterapia Psicoanalítica

1 - Énfasis en el afecto y la expresión de la emoción (AE)
2 - Exploración de los intentos de evitar pensamientos y sentimientos angustiantes (E)
3 - Identificación de temas y patrones recurrentes (PR)
4 - Discusión sobre experiencias del pasado (EP)
5 - Énfasis en las relaciones interpersonales (RI)
6 - Énfasis en la relación terapéutica (RT)
7 - Exploración del mundo de la fantasía (F)

Nota: Tomado de (Shedler, 2010)

La psicoterapia breve de orientación psicoanalítica (PBOP), al cumplir con estas características, se entendería como una relación de ayuda clínica que busca, con la participación del paciente, prevenir, contener, modificar o erradicar trastornos, alteraciones o disfunciones de la salud mental (Avlila & Poch, 1999).

La PBOP comparte con el psicoanálisis su base en el mecanismo de la proyección (transferencia)

de afectos sobre el terapeuta, fomentando en el paciente la resolución de problemáticas en la realidad efectiva gracias al apoyo que recibe para la tramitación de estos afectos (Laverde-Rubio, 2008). Esta proyección afectiva produce alianza terapéutica y otorga protagonismo a los factores relacionales representados en la misma, como un elemento técnico crucial, que determina el grado en que los terapeutas y pacientes se vuelven elementos activos en el proceso (Kendall & Ollendick, 2004). La alianza terapéutica involucra dos elementos fundamentales: el lazo entre el terapeuta y el paciente y las tareas que cada elemento debe cumplir dentro del proceso (Santibáñez-Fernández, Román-Mella, & Vinet, 2009). La PBOP, desde el punto de vista técnico, trabaja con menos frecuencia de sesiones semanales, cara a cara, con más intervenciones de tipo confrontación, clarificación y apoyo y menos interpretaciones (Kernberg, 2000). Una terapia más cercana al polo del *insight* o visión del sí mismo, se conoce como *expresiva* ya que buscará la expresión de los sentimientos no conscientes del paciente. En cambio, una terapia más cercana a la promoción sistemática del mejoramiento de la relación terapéutica la llamaremos de *apoyo*. Los terapeutas se mueven entre los dos polos del continuo expresión-apoyo, dependiendo de las necesidades del caso (Prada, 2008; Olivos, 2015; de-la-Parra, 2018)

Actualmente, las modificaciones técnicas de la PBOP, no solo incluyen elementos del encuadre, tales como la frecuencia de las sesiones de una vez por semana y la presencia institucional; sino también el modo en que se establece el dialogo terapéutico. La PBOP se dirige especialmente a la obtención del *insight*, a través de la interpretación transferencial y extra transferencial delimitada por un foco temático y está orientada a crear una relación contenedora y de fortalecimiento (apoyo) de las capacidades yoicas para la resolución o alivio de la situación problema (Krista de Burstein, Staornaiolo, & Rafo, 2003; Laguna, Camón, Requejo, & Romera, 2019).

En cuento al tiempo de duración de la misma, que suele se run factor altamente dicutido, Meyer (1981) indica que las psicoterapias breves, reciben este calificativo cuando son comparadas con el psicoanálisis clásico de tiempo indefinido, pero pueden llegar a durar varios meses y son igualmente efectivas en el corto plazo, de tal forma que , se puede considerar un perjuicio a la suposición de que la "brevedad" de la PBOP, resta la posibilidad de evidenciar cambios. Nada más lejos de la verdad, ya que la PBOP no es un tratamiento corto, sino un modelo especialmente diseñado para que, en un lapso determinado, se pueda alcanzar efectos de mejoría en distintas poblaciones (Crespo Suárez, 2000). Habrá que estudiar entonces en que poblaciones y situaciones es aplicable y como. A continuación, la tabla 2 detalla el modelo de PBOP, sistematizado por el Centro de Psicología aplicada de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador**.**

Tabla 2

Sistematización del modelo de PBOP CPA-PUCE.

Detalle	**Descripción**
Duración	50 minutos
Número total	16 sesiones
Sesión 1	Evaluación sintomatología postraumática
Sesión 2	Establecimiento de objetivos y del encuadre para inaugurar la relación terapéutica de apoyo Devolución de la primera evaluación
Sesión 3	Técnicas de soporte primarias: una vez que se han interiorizado las reglas de espacio en cuanto a seguridad y confidencialidad, se le invita a las consultantes a detectar las personas que conformarán su red de apoyo.
Sesión 4	Énfasis en la relación terapéutica (RT) Se promueve que las consultantes reconozcan la diferencia de esta relación con otras relaciones de apoyo y se ubiquen en un espacio seguro.
Sesión 5	Énfasis en el afecto y la expresión de la emoción (AE) Una vez que las consultantes consideran al espacio terapéutico como seguro se les invita a nombrar y reconocer sus sensaciones y sentimientos.

Sesión 6	Discusión sobre experiencias del pasado (DP) Se trabaja sobre el historial de violencia en la familia de origen o parejas anteriores.
Sesión 7	Identificación de temas y patrones recurrentes usando técnicas expresivas (PR) Se invita a las consultantes a reconocer su participación y responsabilidad en la recurrencia de situaciones de riesgo.
Sesión 8	Evaluación sintomatología postraumática.
Sesión 9	Devolución de la segunda evaluación.
Sesión 10-11	Énfasis en las relaciones interpersonales (RI) Se promueve la definición de relaciones interpersonales sin riesgo en base a los patrones recurrentes detectados.
Sesión 12	Exploración de los intentos de evitar pensamientos y sentimientos angustiantes (E) En base a los datos de las evaluaciones, las consultantes inician la descripción de pensamientos y sentimientos de riesgo que han evitado anteriormente
Sesión 13-14	Exploración del mundo de la fantasía (F) Se promueve que las participantes desarrollen un proyecto de vida futuro.
Sesión 15	Preparación para el cierre Revisión de los objetivos
Sesión 16	Evaluación posterior a la psicoterapia Cierre del proceso

Nota: Elaborado a partir de (Shedler 2010; Luborsky, 1984).

Primeros datos de la aplicación del modelo

Se trabajó con población clínica compuesta por (*N=20)* mujeres de nacionalidad ecuatoriana, que asistieron voluntariamente al CPsA-PUCE para solicitar apoyo psicológico y que fueron seleccionadas intencionalmente a través de una entrevista donde se determinaba si cumplían con los criterios de inclusión descritos en una ficha sociodemográfica previamente validada. El rango de edad de las participantes oscilaba entre 21 y 50 años, la media de edad de las participantes fue de 31 años *DE* =(*8.85*). Los 20 procesos estudiados tuvieron una duración de 8 a 40 sesiones (M = 17 sesiones; DT = 10 sesiones).

Las terapeutas aplicaron en la primera sesión una ficha sociodemográfica que recoge los criterios de inclusión y exclusión de la población y permite una descripción sociodemográfica detallada de las consultantes. Las características sociodemográficas más relevantes, recogidas en esta ficha, fueron las siguientes:

Tabla 3

Características sociodemográficas de la población

Identificación étnica	Frecuencia	Escolaridad	Frecuencia	Estado civil	Frecuencia	Tiene hijos	Frecuencia
Mestiza	15	**secundaria**	5	**soltera**	10	si	9
Indígena	2	**completa**	15	**casada**	7	no	11
Afro ecuatoriana	1	**superior**		**unión de hecho**	1		
Otra	2			**divorciada**	2		

Ahora bien, en la ficha sociodemográfica se recogió también elementos antecedentes del historial de violencia que configuran la variable antecedente "violencia ejercida por la pareja o ex pareja", los mismos se reflejan en la tabla 5:

Tabla 4
Historial de violencia de la población

	Si	No
Ha vivido violencia psicológica en la familia de origen	9	11
Ha vivido violencia física en la familia de origen	11	9
Ha vivido violencia sexual en la familia de origen	0	20
Ha vivido violencia psicológica con ex parejas	14	6
Ha vivido violencia física con ex parejas	13	7
Ha vivido violencia sexual con ex parejas	0	0
Pertenece al programa de protección de víctimas y testigos	3	17
Está dentro de un juicio de alimentos	0	20
Ha vivido violencia psicológica ejercida por pareja o ex pareja	*20*	*0*
Ha vivido violencia física ejercida por pareja o ex pareja	*12*	*8*
Ha vivido violencia sexual ejercida por pareja o ex pareja	*8*	*12*
La violencia ha durado más de un año	*5*	*15*
La violencia se ha presentado de forma reiterada	*20*	*0*
El último episodio se dio hace más de un mes	*10*	*10*
Ha presentado una denuncia	*9*	*11*

Discusión

Todas las participantes cumplieron con los siete criterios que determinan la presencia de sintomatología postraumática según el DSM-5, ya que todas estuvieron expuestas a amenazas de muerte (violencia psicológica), lesiones graves (violencia física) o violencia sexual; todas puntuaron >2 (moderado/umbral) en al menos 2 de 5 síntomas intrusivos, 1 de 2 síntomas evitativos, 2 de 7 síntomas cognitivos y del estado de ánimo y 2 de 6 síntomas de hiperactivación; además la duración de los síntomas en todos los casos fue mayor a seis meses y la alteración causó malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Sin embargo, posterior a la finalización de la PBOP, las participantes reportaron que sostener un espacio terapéutico basado en este modelo, les permitió afrontar los procesos penales en los que estaban envueltas, ya que este les ha permitido iniciar una reconstrucción paulatina de su proyecto de vida. A pesar de que el número de sesiones no permite evidenciar un cambio estructural, la sensación de seguridad que les transmite el vínculo terapéutico les devuelve la condición de sujetos deseantes, posición que resuena con la exigencia de sus derechos de ciudadanía. Se ha podido inferir una vez más que en el Ecuador la violencia psicológica es transversal a todas las otras formas de violencia y que las mujeres jóvenes en edad fértil son las más afectadas por la misma, ya que detrás de la violencia hay un discurso de control de la sexualidad, el cuerpo y la vida de las mujeres.

Bibliografía

Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. d. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Systematic review and meta-analysis of clinical trials. . Psychother Psychosom. 78(5) doi: 10.1159/000228247, 265-254.
Abbass, A., Kisely, S., Town, J., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., . . . Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database Syst Rev.CD004687. Published 2014 Jul 1. doi:10.1002/14651858.CD004687.pub4, 1-90.
Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., . . . Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 114-122.
Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
Ávila-Espada, A. (1991). La Psicoterapia Breve y la Intervensión en Crisis:dos estrategias de intervensión en salud mental comunitaria . Psiquiatría Pública, Vol 3. N.4, 174-186.
Avlila, A., & Poch, J. (1999). Investigación en psicoterapia: la contribución psicoanalítica. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
Braier, E. (1984). Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica. Buenos Aires: Nueva Visión.
Braier, E. (2009). La psicoterapia focal y breve. Rasgos distintivos. Traabajo presentado en el Simposio Bianual de la Sección

de Psicoterapia Psicoanalítica de la FEAP, «Nuevos abordajes en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: FEAP.
Cazabat, E. (2014). Diseño a Doble Ciego y el Uso de Placebos Psicológicos en Investigación de Resultados en Psicoterapia: ¿Es Posible? Un Estudio Piloto de Viabilidad. (tesis de doctorado) recuperada de http://eds.a.ebscohost.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:20.
Creswell, J., & Zhang, W. (2009). The application of mixed methods designs to trauma research. . En Journal of Traumatic Stress Volume 22, Issue 6, 612–621.
de-la-Parra, G. (2018). Terapia Dinámica Interpersonal Breve, Guía Clínica. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 56(3) https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000300201, 201-204.
Dutton, M. (1992). Empowering and healthing battered women. A model of assessment and intervention. Nueva York: Springer.
Fiorini, H. (1987). El Campo Teórico y Clínico de las Psicoterapias Psicoanalíticas. Buenos Aires: Terné.
Fiorini, H. (1997). Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas. Buenos Aires: Nueva visión.
Garfield, S. (1978). Research on Client on Variables in Psychotherapy. In A. G. (Eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (pp. 271-298). New York: Wiley and Sons.
Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Predictions of outcome from process variables. . Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1023-1035.
Gómez, C. (2015). Factores asociados a la violencia: revisión y posibilidades de abordaje. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología, 7(1), 115-124.
Gómez, M. M., & Crespo, M. (2012). Sintomatología postraumática y asociada en víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos. Acción Psicológica, 9(1) , 71-86.
Guarderas, M. (2014). La violencia de género en la intervención psicosocial en Quito. en Atenea Digital 1493, 79- 103.
Herrera Jiménez, L., & García Medina, N. (2003). La investigación en psicoterapia: en busca de senderos eficientes. Revista cubana de Psicología Vol. 20, No. 2., 111-116.
Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–response relationship in psychotherapy. American Psychologist, 41, 159 –164.
Kernberg, O. (2000). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas. Revista de Psiquiatría del Uruguay|Volumen 64 Nº 2 Agosto, 339.
Krista de Burstein, R., Staornaiolo, M., & Rafo, M. (2003). Desplegando alas, abriendo caminos sobre las huellas de la violencia. Barcelona: Gedisa.
Labrador, F., Rincón, P., De Luis, P., & Fernández-Velasco, R. (2004). Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Madrid. Madrid : Pirámide.
Luborsky, L., & DeRubeis, R. J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. Clinical Psychology Review, 4(1), 5-14.
Luborsky, L., Barber, J., & Siqueland, L. e. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAq-II) . Psychometric Properties. J Psychother Pract Res. , 260-271.
Maganto, C., & Ávila-Espada, A. (1999). El diagnóstico psicodinámico: aspectos conceptuales. Clínica y Salud, vol. 10, n.º 3 , 287-330.
Mascarell, M. (2008). Psicoterapia Breve. Revista de Psicoterapia y Psicosomática, ISSN 0211-0822, Vol. 28, Nº. 67, 95-109.
Olivos, P. (2015). Psicoterapia de apoyo. Historia y fundamentos. Estategia y técnicas. . Psiquiatía y Salud Mental, No.1. , 33-46.
Palazzesi, A. (2014). Tratamientos psicoterapéuticos brindados a víctimas de violencia sexual en Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines, vol. 11, núm. 1,, 69-77.
Prada, A. (2008). Fundamentos Técnicos de la Psicoterapia de Apoyo. . Revista colomniana de Psiquiatría. Vol.37, 1-14.
Prieto, M. (2014). Violencia de Pareja: repercuciones en la salud mental de la mujer. Revista Enfermería Castilla León Vol 6 N.2, 93-97.
Ramírez, G., Villarán, V., Gargurevich, R., & Quiroz, N. (2020). Escala de Trastorno de Estrés Post Traumático del DSM-V (CAPS-5): propiedades psicométricas en mujeres violentadas.
Sachs, J. S. (1983). Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 557-564.
Sahin, Z., Barber, J., & Luborsky, L. (2017). Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy. Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology, Elsevier, 2017. ISBN, 1-8.
Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. American Psychologist, 65, 98-109.
Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic Therapy As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? . The American Journal of Psychiatry, 943-953.
Strupp, A. (1978). Psychotherapy research and practice: an overview. In G. y. (Eds.), Book of Psychotherapy and behavior change. (pp. 143-189). New York: Wiley y Sons.
Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). Psychotherapy in a new key. New York: Basic Books.
Valverdi, P. (2014). La salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género: una realidad chilena (tesis doctoral). La salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género: una realidad chilena (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
Weiss, J., & Sampson, H. (1986). The Psychoanalytic Process.Theory, Clinical Observation, and Empirical Research. New York: Guildford Press.
World Health Organization. (2005). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: WHO Press.

REFLEXIONES ACERCA DEL CUIDADO Y SUS LÓGICAS

Ludmila Vazquez [A], Julieta Zucchelli [B]

Introducción: Una problematización del cuidar como concepto teórico

Cuidar es preservar, asistir, proteger. El cuidado es una partícula elemental de la subjetividad y la forma en que nuestra sociedad se ha organizado para su mantenimiento. Las tareas relacionadas a cuidar y ser cuidados son constitutivas de nuestra historia, desde que nacemos somos cuidados por otros, en el mejor de los casos y también descuidados en muchos otros, o en ciertos aspectos recibimos mayores cuidados que en otros. A su vez, aprendemos a cuidar de nosotros mismos y también a cuidar de los demás, a manifestar nuestra propio deseo de ser cuidados y a expresar de qué modo nos gustaría que lo hicieran, a descubrir cuando lxs otrxs nos demandan o nos piden cuidado. Vamos construyendo el significado del cuidado y las prácticas asociadas, y también aprehendemos estereotipos sobre cómo debería ser la forma y las características de la persona que cuida y qué hace a una persona pasible o necesitada de cuidado.

La mayor parte de las responsabilidades del cuidado se reparten en el seno de los hogares, la familia y los vínculos cercanos. Cuando nace un bebé, cuando un familiar se enferma, cuando los adolescentes se empiezan a independizar, cuando un amigo está triste, cuando alguien está haciendo un proceso de duelo, cuidamos de diferentes maneras: charlamos, llamamos, cocinamos, acariciamos. También seguramente hemos recibido cuidado para llegar a donde estamos: desde los más elementales para el recién nacido hasta los más diversos de la adultez. En este punto, no podemos desconocer que son las mujeres en su gran mayoría quienes se encargan del cuidado, tanto de los niñxs como de los familiares enfermos o mayores. Por fuera del hogar, también los trabajos que implican el cuidado de un otrx, históricamente han sido ocupados por mujeres. Paradójicamente, cuando analizamos los estereotipos sociales asociados a quiénes serían aquellxs sujetxs que requieren cuidados, aparecen las mujeres como quienes necesitarían de cuidados por ser débiles, sensibles y demandar contención.

También el cuidado se configura como un constructo complejo porque evidencia su condición paradojal, cuidar implica preservar para que otrx pueda ser autónomo, potenciar el crecimiento respetando la autonomía / singularidad.

A la vez, muchas veces se ignora la ambivalencia subyacente: el cuidado está estrechamente vinculado al amor y el apego, pero también implica hostilidad, cansancio, agotamiento, subordinación.

Las formas de cuidar son también aprendidas, imponen ciertas maneras de hacerlo e invisibilizan otras, borrando los matices, contradicciones y complejidades de un proceso que nos marca como sujetos. Si bien existen convenciones acerca de lo que significa cuidar y lo que ello implica (marcando taxativamente que sí y que no), formulando e imponiendo estereotipos sobre el ideal del cuidado, cada unx hace lo que puede, según sus propias necesidades y posibilidades. La matriz de cuidado que circula socialmente entra en tensión con lo que hacemos, con lo que nos pasa en el día a día.

A nivel más general, el "cuidar" (caring) es considerado como una actividad genérica que comprende todo aquello que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro "mundo", de forma tal que podamos vivir lo mejor posible. Ese mundo abarca nuestros cuerpos, a nosotros mismos y nuestro medio ambiente, todos ellos elementos que buscamos religar en una compleja red, como sostén de la vida. (Tronto, 1990).

[A] *Residente psicóloga. Hospital Ramos Mejia. CABA Argentina. .vazquezludmilay@gmail.*
[B] *Residente psicóloga. Hospital Ramos Mejia. CABA Argentina. julizucche@gmail.com*

El cuidado no puede ser simplificado a un mero sentimiento ni una disposición, y una serie de acciones prácticas. Se trata, en cambio, de un complejo conjunto de prácticas que se extienden desde sentimientos muy íntimos, como el "pensamiento materno" hasta acciones sumamente vastas, como la concepción de sistemas públicos de educación (Paperman, 2019). Tronto(1990) propone cuatro fases del cuidado, intentando acentuar que los procesos del cuidado son fenómenos complejos que requieren preocuparse (caring about), hacerse cargo (caring for), suministrar cuidados (care giving) y recibir cuidados (care receiving). El mismo autor también remarca aquellas cualidades morales que acompañan las tareas de cuidado, incorporando al constructo componentes como la atención, la responsabilidad, la competencia en el cuidado brindado (care giving) y la respuesta indicada que ha de ofrecerse tanto a quienes reciben (care receivers) como al proceso efectivo del propio cuidado (Tronto, 1990).

Otro aspecto estudiado respecto al cuidado es su carácter relacional ya que implica que las personas y el entorno en el que se desarrollan, sean interdependientes.

Tronto (1990) plantea también que el cuidado es contextual, y no esencialista. Si bien es cierto que todos los humanos tienen las mismas necesidades básicas, no hay dos personas, dos grupos, dos culturas o dos naciones que practiquen o conozcan del mismo modo las necesidades de cuidado (caring needs).

Consecuencia de ello es que la caracterización del cuidado demanda mucha atención en los detalles precisos de cada situación.

El cuidado como vector en las Instituciones de la Salud

Como planteamos en los párrafos anteriores, podemos decir que el cuidado forma parte de los valores humanos esenciales y permite una organización social estable.

En instituciones de la salud, el mismo ocupa un rol fundamental que no ha sido formalizado hasta hace poco tiempo. Podemos observar distintas formas de organización del cuidado que se conjugan simultáneamente en diversas situaciones vinculadas al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. Por su parte los profesionales de la salud, como médicxs y enfermerxs, realizan tareas de cuidado remuneradas en las que se puede observar un componente vinculado específicamente a la atención médica concreta y otro a todo aquello que acompaña la atención, como las formas y los tratos en la relación médicx paciente, mucho más relacionado al componente afectivo de la atención. Por otra parte, en el hospital también pueden observarse personas ejerciendo cuidado sin una remuneración específica a cambio, son los casos de voluntarixs, acompañantes y familiares que se encargan de una proporción muy significativa de las tareas necesarias para cursar un proceso de recuperación como una internación. Diversos autores (Paperman, 2019) han sostenido que generalmente las mujeres, pero también las mujeres y los hombres de los grupos marginalizados, llevan a cabo una desproporcionada cantidad del trabajo de cuidado (caring) en la sociedad, tanto en las formas del cuidado ligadas al desarrollo humano.

Por último, otra de las modalidades de cuidado que se ponen en juego dentro de una institución vinculada a la salud, tiene que ver con el autocuidado, con aquellas prácticas y tareas orientadas a mantener el estado de salud propio y registrar o poder accionar cuando un proceso patógeno se está desarrollando. En ese sentido, el paciente mismo desarrolla estrategias de cuidado propio durante todo el proceso de enfermedad y va aprendiendo e incorporando aquellas que le sean más útiles y funcionales para mejorar su experiencia.

Las diferencias de género en el cuidado

El cuidado siempre ha sido, y siempre será, parte de la vida humana. Pero, en su franja más importante y a lo largo de casi toda la historia humana, ese trabajo de cuidado ha sido dejado a las mujeres y demás poblaciones marginalizadas: criadas, esclavas, clases populares y castas bajas, muchos de ellos marcados como "otros" por motivos de raza, religión o lenguaje, también por su rol mismo de proveedores de cuidado (Paperman, 2019).

El género", categoría construida socialmente, refiere a todo aquello que nos hace hombres, mujeres, u otrxs, a un modo de ser, a un conjunto de creencias, rasgos de personalidad, actitudes,

valores, sentimientos, actividades y conductas que son socialmente distintas para mujeres y varones (Beneria y Roldan 1992). Desde que nacemos y a medida que nos vamos constituyendo como sujetos, la sociedad define roles y funciones a ocupar en función del género asignado. El género no refiere exclusivamente a las mujeres, idea muy impregnada aún en el sentido común, sino que es una categoría relacional de poder que involucra tanto a mujeres como a varones.

A su vez, el género, se cruza con otras características que incluyen etnia, clase, estado socioeconómico, discapacidad, edad, ubicación geográfica, orientación sexual e identidad sexual, entre otros, en un proceso que llamamos interseccionalidad, para dar lugar a la base de las desigualdades o inequidades, discriminación, marginación y exclusión social, que tienen efectos complejos sobre la salud y el bienestar.

Podemos decir que a partir de la modernidad y con la división sexual del trabajo, se produce un modo tradicional de subjetividad femenina en el cual las mujeres estructuran su vida en relación a los valores de la maternidad y el cuidado, en el espacio doméstico. Mientras que la subjetividad tradicional masculina, "masculinidad hegemónica" está atravesada por la desconexión afectiva y la función de proveedor económico, en el espacio público (Tajer, 2021).

Esta división generalizada del cuidado, no sólo trae consecuencias en la salud psicofísica de las mujeres sino que también afecta a la forma en la que los varones ejercen el cuidado sobre su propio cuerpo. Demora en las consultas, minimización de las alarmas corporales, interrupción y falta de adherencia a los tratamientos médicos para patologías crónicas que requieren atención y cuidados continuos, son algunas de las consecuencias que devienen de la subjetivación masculina en esta cultura que educa a los varones para "el aguante".

Es Luciano Fabri (2019) quien analiza en clave relacional este déficit en el autocuidado en los varones, al señalar que no sólo afecta su propia salud sino que impacta en la salud de las mujeres generando una sobrecarga en las tareas de cuidado: cuando los varones se exponen a situaciones de riesgo, descuidan su propia salud ¿quiénes son las encargadas de cuidarlos o asistirlos?.

Conclusión:

Entendemos al cuidado como aquellas actividades fundamentales para el mantenimiento de la vida y de una sociedad, pudiendo ser estas afectivas, cognitivas y prácticas. El cuidado como constructo sociocultural está atravesado por la variable de género: las formas de ser basadas en género, condicionan el modo en que cuidamos de nosotrxs mismxs y de lxs demás, las formas de expresión del padecimiento y también actúan como fuertes barreras de acceso a la salud.

En un contexto epidemiológico en que se pone en que se revaloriza y se pone en el centro de la cuestión la necesidad de cuidado, es parte de nuestro rol como profesionales de un hospital público revisar el concepto, las prácticas y los condicionantes, como un modo propiciar una mejor atención y una redistribución más equitativa y saludable en el acto cuidar-se.

Bibliografía:

Paperman, P. (2019) Cuidado y sentimientos. 1a ed . Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé Edita, 2019. Libro digital, PDF - (Horizontes del cuidado / Borgeaud-Garciandía, Natacha)

Fabri, L. (2019) Género, masculinidad(es) y salud de los varones. Tensiones epistemológicas y derivas políticas. Santa Fé: Universidad Nacional de Rosario.

Beneria, L., & Roldán, M. (1992) Las encrucijadas de clase y género: trabajo a domicilio, subcontratación y dinámica de la unidad doméstica en la ciudad de México/ L- Ciudad de México. D. F.: El Colegio de Mexico. doi:10.2307/j.ctvhn0dn5

Tajer, D. (2021) Psicoanálisis para todxs. Por una clínica pospatriarcal, posheteronormativa y poscolonial. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Topía.

Tronto, J. (2020) ¿Riesgo o cuidado? - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé Edita, 2020. Libro digital, EPUB - (Horizontes del cuidado / 4)

LA MUJER COMO SOPORTE DEL OBJETO A

Ariadna Eckerdt [A]

Introducción

Lacan, se pregunta qué es un agujero cuando nada lo bordea, es decir cuando no se puede tomar la consistencia imaginaria como límite que marca una superficie, ¿cómo se reconoce la intervención de lo simbólico que hace agujero cuando no hay campo definido a intervenir?, ahí es donde el soporte del *objeto a*, aparece como espacio donde lo real se localiza, es decir que es "en el a (...) que se juega (...) la suerte del nudo, que si el nudo tiene una ex-sistencia, es porque pertenece a este campo, y es por pertenecer a este campo (...) que la ex-sistencia es (...) del orden de lo Real" (Lacan, 1975, p 110)

Es por lo antes dicho que el verdadero agujero, va más allá de lo simbólico, lo imaginario y lo real; se presenta como el soporte del *"a"*, como centro agujereado de la realidad humana. Este verdadero agujero, le da consistencia a la realidad agujereada del ser vivo, marca de pérdida en el desencuentro fundamental del sujeto con el lenguaje, punto donde no hay relación sexual posible, ya que "al hacer la prueba de su desanudamiento, es que nunca se sostienen solo de a dos. Esa es la raíz de lo tocante al objeto a" (Lacan, 1972, p 90).

El *objeto a*, se presentará como eso que no es, en lo que se ofrece a la demanda, punto de resto que queda por la operatoria del intento de satisfacción que no colma, debido que se le pide al Otro que responda a nivel del "objeto capaz de satisfacer el goce, en el cual sería (…) la pulsión genital, aquella en la cual se supone que se inscribe una relación que sería la relación plena" (Lacan, 1973, p 152). Es decir que el sujeto espera hacer pareja no con el Otro en cuanto Otro, sino en cuanto poseedor del objeto; pero si este se presenta en un vacío no habría posibilidad de aprehenderlo en el encuentro intersubjetivo, por ende se deberá transformar en objeto causa, causa de deseo; forma esta última que adopta el *objeto a*, cuando se transforma por efecto de la metonimia en "lo que puede ser de un deseo del que ningún ser es soporte" (Lacan, 1973, p 15)

Así mismo en el seminario 22: R.S.I, Lacan propone que el sujeto está causado por un objeto, el objeto a, dice:

Si (...) el a (...) es lo que causa el deseo, eso quiere decir que no es su objeto, no es su complemento directo, ni indirecto, sino solamente esta causa (...) El sujeto es causado por un objeto que no es notable más que por una escritura (Lacan, 1975, p75)

De este modo, se presenta una doble vía, lo que causa a un sujeto, en el sentido de su constitución, bajo este resto, y por otro lado el sujeto causado por un objeto que se posiciona en el lugar del deseo, que es lo que lleva a los vericuetos del encuentro fallido entre sujetos.

La mujer, ¿un cuarto nudo?

Ahora bien, sabemos que el Otro no puede responder a ese nivel en que se le demanda, porque este se encuentra en falta, matema del significante de la falta en el Otro, porque en él se inscribe el lenguaje, implicando una marca fundante para él también. Este es el punto donde lo que se presenta es la creación por parte del sujeto de la existencia del Otro como soporte del *a*, como también el sujeto se hace soporte del *a* que se entrega a merced de completar al Otro; por eso el hombre crea a la mujer, ¿no es acaso este el punto donde se sostiene todo el mito de la costilla de Adan? pregunta que Freud formula al final de su obra: ¿Qué quiere una mujer?

Pero, ¿porque ese enigma la rodea a ella?, ¿porque no va por la vía del hombre, la pregunta en torno a su deseo?, justamente porque no se trata de la consistencia imaginaria que hace a un sujeto identificarse con el ser mujer, sino que se trata de La Mujer que se presenta como Otro soporte de la verdad, poseedora de la respuesta al enigma de la existencia, invención pura, donde

[A] Lic en psicología. Profesora. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Cosquín, Córdoba. Argentina. licariadnaeckerdt@gmail.com

se cree que se encuentra el objeto a, justamente porque Ella no necesita del significante falo que le ofrezca una causa, la lógica de La Mujer va por el lado inverso, proponiendo un elemento heterogéneo que rompe con la dimensión de encontrar un objeto que tapone la falta .

Es por la inexistencia del Otro sexo, por lo que Lacan remite al fuera de la naturaleza a partir de entrar en el registro del nombramiento, dando por sentado que no hay relación sexual natural, no es el acto de la copulación de lo que se trata cuando estamos en el campo de los sujetos, hay un desencuentro fundamental entre los seres hablantes. En este sentido, Lacan toma el mito de la creación, y se refiere a Eva como la que brinda el lenguaje a Adan, a partir de comer el fruto prohibido se revela la verdad del asunto, esa serpiente tentadora representante del falo, del falo como significante, le muestra a Eva que no hay significante que se remita a sí mismo, hay una falta originaria, el pecado original, que para ser significado necesitará de otro significante que permita hacer cadena (1975).

Entonces si hay un vacío de significación, hay imposibilidad de encuentro entre seres, ya que uno de los que deberían hacer dos no existe, La mujer no existe, Dios no existe, porque no poseen significantes que operen al nivel del metalenguaje, necesitan de otro significante que digan de su existencia, de ahí que la mujer entra dentro de la mortalidad como Sócrates, producto del ingreso al mundo del lenguaje, pasaje de la singularidad de la Una a la pluralidad de las mujeres; es por esto que la mujer se presenta como no-toda, es decir "implica una disimetría entre un objeto (...) A (...), y se trata de saber qué es, y un conjunto con un elemento" (Lacan, 1976, p 108), es decir que ella no se encuentra totalizada por un solo elemento que la significa.

Todo esto traducido al nudo borromeo, se produce en torno al cuarto redondel que entra en juego, el sinthome, que "es una forma arcaica de escribir lo que posteriormente se ha escrito symptôme [síntoma]" (Lacan, 1975, p 11) es decir, vendría a ser una forma de respuesta frente a la falta fundante. En la "conferencia en Ginebra sobre el síntoma" Lacan retoma a Freud en torno al sentido de los síntomas, y plantea que este sentido interpretado remite a la realidad sexual de los sujetos, es decir que el síntoma podría ser entendido como una forma de respuesta a lo que no anda de entrada, por presentar un vacío de significación. Podemos jugar con la idea que si tres remiten a la imposibilidad de hacer dos, el síntoma como cuarto intenta hacer pareja, pareja que falla porque en el centro de la unión sigue estando el *objeto* a como punto irreductible de la experiencia; por eso Lacan insiste en la concepción de un falso agujero partiendo de lo que hace consistencia entre dos.

Paradójicamente, el cuarto nudo rompe con la consistencia que hacen los tres nudos restantes por compartir borromeicamente elementos entre sí, "el hecho dominante es que los tres redondeles participan de lo imaginario como consistencia, de lo simbólico como agujero y de lo real como ex – sistente a ellos. Los tres redondeles, pues, se imitan" (Lacan, 1975, p 56). De esta manera, el registro de lo simbólico es, según Lacan, el agujero; el registro de lo imaginario será todo aquello que obtura en tanto que otorga posibilidad de consistencia a nivel tridimensional, podríamos pensar el cuerpo en su estatuto de carne, por su parte, el registro de lo real apuntará a la ex-sistencia, es decir, la posibilidad de existencia de imposibles a nivel lógico-matemático. Dice Lacan que pondrá en jaque esta superposición entre registros por medio del sinthome que "pone en juego una completa aplicación de su textura" (Lacan, 1975, p 56)

Ahora, volviendo al punto de la no relación sexual articulada dentro del nudo borromeo, tenemos que esta no relación sería el "síntoma principal" de cualquier sujeto, entendido como la base que conforma al mismo, después entraran las particularidades que cada sujeto hará con este en torno a su historia personal

Por esto hay que ir en contra del sentido que sutura lo imaginario con lo simbólico, que buscaría darle consistencia a la relación por medio del acto sexual, que conlleva a un conocimiento y al cuerpo que se presenta como adoración en torno al atributo sexual, porque esto mantiene la categoría de ficción de los vínculos humanos. No sería ilógico pensar que si esto funcionara no deberían producirse los síntomas, situación que aparece con Freud cuando se ve confrontado con sus

histéricas que se encontraban plagadas de conversiones que alteraban el orden médico de la época.

Lacan nos ofrece una orientación clínica frente a esto proponiendo un doble empalme de lo simbólico, por un lado con lo imaginario para apuntar al síntoma en su sentido inconsciente y por otro con lo real, es decir empalmar el síntoma del sujeto con su posición de objeto en el deseo del Otro, que se presenta como esa voz mortificante que no tiene codificación, y que implicara por parte del analista, en este empalme, hacerle oír un sentido al analizante (Lacan, 1976)

La mujer es un objeto a, pero ¿para quién?

Si la situación nos trae hasta este lugar donde no hay relación sexual posible, nos enfrentamos a la invención que cada sujeto realiza en torno a lo que considere el Otro sexo, que apuntaría a un Otro que hace del objeto a su complemento de la falta, por ende podremos pensar que haría un "hombre" o una "mujer", de lo que interprete como su Otro en el supuesto encuentro. En este punto Lacan hace de la Mujer el punto donde se manifiesta la no relación sexual, ya que esta "tiene domicilio desconocido, salvo (...) por las representaciones (...) La Mujer en su esencia, si es algo, y no sabemos nada al respecto, está tan reprimida para la mujer como para el hombre" (Lacan, 1969, p 208)

Es decir, que en el campo de La Mujer nos encontramos con un significante primordial que se encuentra reprimido, no hay acceso a el mismo, solo por el efecto de la cadena significante, que remite a armar en algun punto una representación de lo que es esta, una invención donde aparece La Otro sexo, que responde al engima del encuentro.

En el seminario 22, Lacan nos propone pensar a la mujer como *objeto* a para el hombre; pero ella, para ella misma, tiene su propio objeto a, es decir que "si no hay garante encontrable en el goce del cuerpo del Otro que haga que, gozar del Otro como tal, (...) exista (...) por confusión, una mujer, no más que el hombre, no es un objeto a; ella tiene lo suyo" (Lacan, 1975, p 79) y tal vez, el desafío sea encontrar la relación particular que los sujetos sexuados manifiestan con ese objeto particular para cada uno, que remite a ese agujero soportable solo por el objeto a.

Para el hombre, la mujer, se presenta como vasija contenedora del objeto a, en el fondo de la ausencia que cree que ella posee, espera encontrar el objeto que cause su deseo; pero a la vasija no le falta nada, esa es su "forma", la de presentar un vacío interior que contiene el objeto por añadidura (Lacan, 1963)

Entonces el hombre cree en ella, y es desde esta creencia que la crea, como un objeto hecho con el complemento de su falta, función de tapón de la inexistencia de la mujer y de la relación sexual, ahora desde este punto la mujer es un síntoma en sentido analítico para el hombre, porque si el síntoma es algo en lo que se cree, y que se cree que es capaz de decirnos algo y que solo habría que descifrarlo como analistas (Lacan, 1975), en el sentido que el síntoma viene a intentar colmar un falta, la mujer es una invención que obturaría la falta del hombre.

Es por lo antes dicho que Lacan se pregunta si una mujer tiene sentido para el hombre, entendiendo que el sentido, se encuentra como producción entre lo imaginario y lo simbólico, es lo que se presenta como lo verdadero, que no es la verdad; ahora bien lo real no tiene sentido, ya que queda por fuera del entrecruzamiento entre imaginario y simbólico, estaría referido a un imposible lógico, entonces se puede conjeturar que la mujer no tiene sentido para el hombre, es decir: "que en el sexo no hay nada más que (...) el ser del color, lo que sugiere (...) que puede haber mujeres color de hombre u hombres color de mujer" (Lacan, 1976, p 114)

Conclusión

Desde el psicoanálisis propuesto por Lacan se reconoce una posición diversa y paradójica en torno a lo que se entiende por La Mujer, las mujeres, lo femenino, etc. y entendemos que implica un recorrido más amplio y basto sobre la temática, por lo que este trabajo pretende ser el inicio de una indagación más profunda que permita pensar en torno a los debates actuales de que mujer estamos hablando en psicoanálisis.

En este sentido apuntamos a romper con la ontologización de los sujetos que se colocan en una posición femenina, para repensar la concepción de La Mujer como una función que tendrá

una doble acepción; por un lado presentarse desde el lugar de Otro absoluto poseedor de la verdad, y por el otro lado ser aquella que evidencia la no existencia de la relación sexual al ser inexistente desde el lugar de Otro garante.

Es por lo mismo, que consideramos pertinente continuar investigando en torno a esta temática, para poder dilucidar las consecuencias de tomar a La mujer como invención del objeto a, como así mismo ahondar en la especificidad de la constitución de La Mujer como elemento heterogéneo que aparece en la lógica fálica

Bibliografía

Lacan, J [2012] Seminario 10: la angustia. Editorial Paidós. Buenos Aires. (1962-1963)
Lacan, J (1968-1969) Clase XIV las dos vertientes de la sublimación en Seminario 16 de un Otro al otro. Editorial Paidós. Buenos Aires [2012]
Lacan, J (1971-1972) Clase VI: te demando que me rechaces lo que te ofrezco en Seminario 19: …o peor. Editorial Paidós. Buenos Aires [2012]
Lacan, J (1972-1973) Clase X: los redondeles de cuerda en Seminario 20: Aun. Editorial Paidós. Buenos Aires [2012]
Lacan, J (1974) La tercera en Intervención y texto 2. Editorial Manantial. Buenos Aires [2010]
Lacan, J (1975-1976) Clase 4: 21 de enero de 1975, Clase 6: 18 de febrero de 1975 en Seminario 22 R.S.I. Versión crítica. Buenos Aires

REPRESENTACIÓN DEL GÉNERO Y AUTOPERCEPCIÓN DE IDENTIDAD DE GÉNERO EN JÓVENES MARPLATENSES

Romina Colacci [A], Patricia Marín [B], Constanza Curado [C], Valeria Morgavi [D], Celia Iudica [E]

Introducción

Desde la antigüedad hasta nuestros días, las concepciones sobre las características de varones y mujeres se han transmitido de generación en generación, configurando los estereotipos de género que fueron generando efectos en los actuales sentimientos de identidad (Guil Bozal y Bascón Díaz, 2012). Si bien es un fenómeno que ha acompañado nuestra historia social, la identidad de género adopta nuevas formas y modelos ajustados a características epocales y a la diversidad cultural.

El objetivo de esta investigación procura indagar en la representación de género y la autopercepción de la identidad de género actual en una muestra de jóvenes de 16 a 22 años de la ciudad de Mar del Plata.

Metodología

La investigación se realizó utilizando metodología cuali-cuantitativa. Se utilizaron como instrumentos, en primer lugar, una encuesta flash diseñada para relevar los conocimientos, fuentes de información, opiniones, creencias, juicios y prejuicios que los jóvenes poseen acerca del género y su impacto en la autopercepción de la identidad de género; y, en segundo lugar, entrevistas semiestructuradas que permitieron profundizar los aspectos antes mencionados. Para el análisis e in-

[A] *Lic. en Psicología, docente e investigadora. Facultad de Psicología UNMdP. Mar del Plata, Buenos Aires. Argentina. rominacolacci@yahoo.com.ar*
[B] *Lic. en Psicología, docente e investigadora. Facultad de Psicología UNMDP. Mar del Plata, Buenos Aires. Argentina. paitemarin@hotmail.com*
[C] *Lic. en Psicología, docente e investigadora. Facultad de Psicología UNMDP. Mar del Plata, Buenos Aires. Argentina. coti737@gmail.com*
[D] *Lic. en Psicología, docente e investigadora. Facultad de Psicología UNMDP. Mar del Plata, Buenos Aires. Argentina. morgavivaleria@gmail.com*
[E] *Dra. en Cs. Biológicas, docente e investigadora. Facultad de Psicología UNMDP. Mar del Plata, Buenos Aires. Argentina. celiaiudica@gmail.com*

terpretación de la información recogida se utilizó como referencia la Teoría Fundamentada (Grounded Theory), que brinda un plan metodológico mediante el que se logra, por un lado el acercamiento a la experiencia social de personas y grupos, y por otra parte, da explicación a esas experiencias sociales (Strauss y Corbin, 2002).

Resultados

En la primera etapa, se realizaron 25 encuestas a jóvenes de entre 16 y 19 años.

Inicialmente, se indagó respecto de qué entendían por "género" cada uno de los encuestados. Algunos aludieron a que se trataba de una construcción social (64%), otros que era una manera de autopercibirse (16%), y por último, hubo quienes lo definieron en analogía a la identidad sexual o identidad biológica (20%). En segundo lugar, se preguntó respecto de cuáles son los géneros que conocen. Si bien la mayoría dio respuestas que coincidían con categorías no binarias (48%), en algunos casos daban cuenta de una confusión entre identidad de género y orientación sexual (16%). Asimismo, el 36% de los encuestados dijeron que únicamente, conocían las categorías femenino/masculino. En tercer lugar, al explorar qué características asociaban a las categorías identificadas anteriormente, el 36% respondió en relación al aspecto exterior/estético y a los estereotipos sociales, como la vestimenta o los colores utilizados. Otro grupo de encuestados (32%) enunció al tipo de comportamiento como aquello relativo a los distintos géneros, correspondiendo características como ser sensible, delicado, persuasivo con el género femenino, mientras que ser territorial, protector, caballero aparecía asociado al género masculino. Un porcentaje menor (16%) asoció características biológicas como lo distintivo entre los géneros. El 16% no supo qué responder. En el cuarto ítem, cuando se preguntó con cuál de las categorías se identificaban, la gran mayoría se ubicó dentro del binarismo. Solamente un 8% de encuestados se refirió a categorías no binarias, indicando identificarse "mayoritariamente con el género femenino, pero también con el masculino". Asimismo, destacamos la presencia de respuestas que vinculaban la categorías de género con la orientación sexual (4%).

En la quinta pregunta se consultó a los encuestados en relación a cuáles características propias consideraban que les permiten expresar su género. La respuesta más frecuente (48%) se relacionó con la imagen, en ocasiones vinculadas a los estereotípos tradicionales (femenino/masculino) pero también con las características fisicas de cada sexo. Asimismo, se identificaron recurrencias en las respuestas que consideraban la forma de actuar, de vincularse y relacionarse con los demás (44%). Por último, se puede apreciar el modo de sentir (8%) relacionado con su género, pudiendo encontrar respuestas tales como: "me siento mujer".

Finalmente, se les consultó respecto de qué situaciones creían que habían influenciado en la construcción de su identidad de género. El dato más frecuente (48%) se vinculó directamente con la construcción social. Aquí se incluyen las experiencias de vida e influencia de la familia, amigos, la escuela y entornos cercanos en los cuales se estableció la crianza. Un 28% refiere no haberse cuestionado nunca nada atinente a la influencia y elección del género. Por último, se encuentran en menor proporción (12%) aquellos que no supieron contestar o contestaron no saber y quienes refirieron como determinantes a la presencia de los caracteres sexuales (genitales, por ejemplo).

En un segundo momento de la investigación se llevaron a cabo 8 (ocho) entrevistas en profundidad. Al explorar la definición de género se observó una alta referencia al mismo como algo que se elige, ligado principalmente a la libre elección, a la construcción propia, a la percepción que cada uno tiene de sí mismo: En la mayoría de los casos se asocia inmediatamente a una construcción social, diferenciada de lo biológico. En un mínimo porcentaje aparece como libre elección, pero "basada" en diferencias biológicas. La totalidad de los/as entrevistados/das hacen una primera referencia a lo masculino/femenino como géneros que conocen. Más del 80% incluye otras categorías como transgénero, pangénero, agénero, bi y tri género, transexual, pansexual, fluído, cis, queer, intergénero. Las características atribuidas a los géneros se centralizan principalmente en rasgos físicos y en la vestimenta. Hay una referencia menor pero no por eso menos significativa, relacionada con conductas y actitudes adjudicadas a lo femenino y lo masculino: suavidad/com-

prensión/paciencia; caballerosidad/fortaleza; y a los roles sociales: el primero, cuidado de la familia, lo segundo, al sostén económico. Un dato que surge como interesante es el efecto de información, influencia y sugestión o fuentes secundarias de identificación que generan las redes sociales (twitter, youtubers, influencers).

Cuando en las entrevistas se profundiza acerca de lo que los entrevistados creen que definió su identidad de género, no se encuentra ninguna respuesta que retome la "libre elección", sino que aparecen referencias principalmente a la crianza, al otorgamiento de identidad por parte de las figuras parentales, a las influencias instituciones recibidas de las familias y escuelas. Se alude a la definición desde la vestimenta, los juegos, los nombres, los colores, o deportes adjudicados culturalmente a varones y mujeres. Las referencias a las características biológicas son mínimas. Es significativa la persistencia de la dificultad en nombrar "otros géneros" a pesar de que se declara saber que existen diversos: "hay un montón","de todo", "son muchos". Pero también dicen "no acordarse cómo se llaman".

Discusión

En esta investigación nos basamos en la noción de «representación social» (Moscovici, 1961; Abric, 1994). La representación es «una forma de conocimiento, elaborada socialmente y compartida con un objetivo práctico que concurre a la construcción de una realidad común para un conjunto social» (Jodelet, 1984:36), en la que aparece un núcleo central, que es el elemento fundamental de la representación puesto que a la vez determina la significación y la organización de la misma, y un sistema periférico que funciona como sistema de defensa. La transformación de una representación se opera en la mayoría de los casos mediante la transformación de sus elementos periféricos. Tomando este marco de referencia, podemos identificar en el análisis de la representación de género, un núcleo central de contenido binario, que muestra una división biológica y heteronormativa, mientras que en un sistema periférico se instalan las transformaciones en curso, como síntoma indiscutible de procesos de transformación en el que se encuentra el género, y que se revelan como indicadores de posibles modificaciones de su representación.

Los resultados de esta investigación dan cuenta que la construcción de la identidad de género en estos jóvenes se define como una elección que se caracteriza por ser producto de cierta libertad ligada a una decisión autónoma, influenciada por el entorno social, y que por eso responde a las construcciones e imposiciones sociales como los estereotipos tradicionales. Esta influencia también se observó en la expresión de las características propias que, según estos jóvenes se relacionaban con su género. Por otro lado, se encontraron definiciones de género emparentadas con la presencia de caracteres físicos que relacionan el sexo al género (órganos genitales), dando cuenta aún del peso que el binarismo heteronormativo sigue teniendo en la representación (Fausto-Sterling, 2006). Resulta llamativo que, si bien hablan de construcción social propia no dejan de vincularlo a observables externos, que refieren a estereotipos.

Conclusión

La identidad de género ha ido adoptando nuevas formas y modelos ajustados a los tiempos y a sus peculiaridades, dando lugar a todo un sistema de representaciones que continuamente confirman y refuerzan una partición, situándonos socialmente en la dimensión hombre o la dimensión mujer. Si bien se identifican singularidades en los discursos de los entrevistados, que evidencian fuertes movimientos de deconstrucción de los modelos instituidos, persiste una fuerte impronta del modelo patriarcal y heteronormativo constituyendo el núcleo de las representaciones sociales de género. Es en las significaciones que se ubican en la periferia donde se comienzan a ver modificaciones progresivas respecto de las concepciones establecidas. ¿Podrán estos cambios llegar a localizarse en el núcleo de las representaciones sociales? ¿De qué dependerá tal proceso?

Por último, esta investigación ha dejado abierto el interrogante sobre los efectos de la imagen en la era virtual, que parecen tener incidencia en la construcción de la identidad de género. Nos preguntamos en ese sentido, por la influencia de la estética heteronormativa en la organización de esa construcción identitaria.

Bibliografía
Abric J.C. (1994) Las representaciones sociales: aspectos teóricos. En Abric, J. C. Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán.
Fausto-Sterling A. (2006) Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad. Barcelona: Melucina.
Guil Bozal, A. y Bascón Díaz, M.J. (2012) La construcción de la identidad de género, de la misoginia histórica a las nuevas perspectivas psicológicas de análisis. I Congreso Internacional de Comunicación y Género. Universidad de Sevilla. España. https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/33222
Jodelet D. (1984). La representación social: fenómeno, concepto y teoría. En: Serge Moscovici (compilador). Psicología social II. España: Paidós.
Moscovici, S. (1981). Representaciones sociales. Universidad Complutense de Madrid.
Strauss A y Corbin J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia
Uriarte Arciniega, J D D. (2007). Autopercepción de la identidad en la transición a la edad adulta

PENSAR EL ROL DE LA MUJER CON CUENTOS INFANTILES DE AYER Y HOY: BLANCANIEVES, ¿Y COMIERON PERDICES?

Cintia Candelaria Romano [A], Claudia Sabrina Romano [B]

Introducción

Uno de los aspectos más transparentes de la función educativa de la literatura infantil a lo largo de su historia ha sido el de la transmisión cultural de los modelos femeninos y masculinos. El cambio social experimentado por la mujer en las últimas décadas ha sido notable, y ello se ha reflejado en la literatura infantil. Sin embargo, hay que señalar como dice Colomer, T (1994) "la existencia de la discriminación de género presente en los libros infantiles" (p.08), mientras que, desde otro punto de vista, encontramos narraciones que se complementan mayoritariamente con una figura materna que satisface las necesidades físicas y la seguridad afectiva en los niños, es decir, la maternidad como función por excelencia de la mujer.

En otras obras sorprende ver como las mujeres continúan dedicándose a los quehaceres domésticos, incluso en el caso de mencionarse algún trabajo, éste aparece siempre como secundario en relación con el trabajo del hogar que realizan. Asimismo, niñas que se ven adoctrinadas en la postergación y la conformidad, siguiendo mandatos que las mantienen en roles como el de mujer sufriente y abandonada, siempre en un lugar dependiente, a la espera de un hombre que la salve y de sentido a su existencia.

En este sentido, los cuentos tradicionales no escapan del análisis y son estudiados por su papel fundamental en la conformación de la subjetividad femenina junto a nuevas versiones que posibilita mostrar cambios sociales y logros en pos de la igualdad de género. Nos preguntamos, ¿De qué hablamos cuando hablamos de género? ¿Qué nos sugiere y propone la categoría de género? ¿Por qué es importante hablar del rol de la mujer a través de la literatura infantil con las infancias hoy?

A partir de este trabajo nos proponemos reflexionar sobre los cambios que ha tenido en estos útimos tiempos el rol de la mujer y reivindicar el protagonismo de los personajes femeninos que históricamente se les ha quitado y le dan un nuevo giro a los cuentos infantiles.

[A] Licenciada en Psicopedagogía, Docente Investigadora (UNPA-UARG). Unidad Académica Río Gallegos. Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Río Gallegos. Santa Cruz. Argentina. cromano@uarg.unpa.edu.ar
[B] Licenciada en Psicopedagogía. Docente Investigadora (UNPA-UARG). Unidad Académica Río Gallegos. Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Río Gallegos. Santa Cruz. Argentina. sabrina_@live.com.ar

Sobre el género y la literatura infantil con perspectiva de género

El genéro como una construcción social se refiere a las estructuras que sostienen los sistemas de poder y control que operan sobre las relaciones entre las personas en nuestra sociedad. En ese marco, el género tiene una expresión en dichos sistemas y estructuras. Un ejemplo de ello ha sido la desigualdad económica que las mujeres han vivido históricamente.

Asimismo en las relaciones entre hombres y mujeres se producen prácticas que muchas veces se naturalizan como sostienen Maillard Mancilla, Ochoa Sotomayor, Solar Arranz, y Sutherland (2012) cuando dicen que "las mujeres son aptas solo para ciertos trabajos y no tienen capacidad para otros" (p.25). De esta forma, y a pesar de su creciente inserción laboral, las mujeres siguen siendo las principales encargadas de las tareas domésticas, y la brecha en ingresos persiste, como lo señala el Informe de Desarrollo Humano 2008 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo[1] (PNUD). Desafios para la igualdad de género en la Argentina.

Desde esa perspectiva, las mujeres y los hombres ocupan roles y posiciones particulares dentro del orden social que son convenidos y aceptados socialmente. Como sostiene Maillard Mansilla et al. (2008) "el rol de género se entiende como un conjunto de normas que rigen la sociedad y la cultura en la configuración de lo femenino y lo masculino" (p.25). Estas expresiones pueden tomar diferentes particularidades a través de lo generacional, la clase social, grupo étnicos y expresiones culturales locales y diversas.

Lo que entendemos como masculino y femenino estaría en el ámbito de las expresiones sociales y simbólicas del sistema sexo- género que adquiere diferentes dimensiones y genera una serie de estereotipos ya naturalizados en la cultura, por ejemplo "los hombres no lloran", "las mujeres deben quedarse en casa con los hijos", etc. Estas fijaciones en los comportamientos humanos limitan las potencialidades que tienen todas las personas. De lo anteriormente expuesto, surge como interrogante ¿qué nos sugiere y propone la categoría de género?. Podemos pensar en una nueva forma de interrogar los comportamientos humanos y plantear los problemas sociales. O bien, "una nueva forma de cuestionarse los problemas de desigualdad entre mujeres y hombres" (Maillard Mansilla et al. 2008, p.26).

Es interesante la visión de la autora Lamas., M. (1986) quien define la categoría de género como diferencia y desigualdad y sostiene:

> La categoría de género permite delimitar con mayor claridad y precisión cómo la diferencia cobra dimensión de desigualdad. Aunque ciertos autores consideran que dicha transformación se da en el terreno del parentesco; otros, señalan, que es en la asimétrica distribución de tareas donde se funda la desigualdad; poco más, que en el territorio simbólico, especialmente en las estructuras de prestigio, es donde surge la subordinación. (p.173)

La autora indica que existen diferentes posibilidades desde donde entender la categoría de género, no sólo desde el aspecto simbólico. Por otro lado, Butler, J. (2006) se refiere al género como performance, una definición muy debatida en la teoría feminista.

Al respecto dice:

> Los comportamientos de los roles de género se encuentran reglamentados a través de una serie de pautas culturales históricas y lingúísticamente construidas. Son performativas aquellas expresiones de habla que no tienen validez, sino que simplemente marcan actuaciones. Es decir, el sujeto actuaría desde un discurso que lo antecede y que lo configura como persona con una determinada categoría genérica y sexual. (p.35)

---

1 *PNUD. El programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo es el organismo mundial de las Naciones Unidas en materia de desarrollo que promueve el cambio y conecta a los países con los conocimientos, la experiencia y los recursos necesarios para ayudar a los pueblos a forjar una vida mejor. Está presente en unos 170 países y territorios, al apoyar sus propias soluciones ante los desafíos relativos al desarrollo y al crear capacidades a nivel nacional y local, que les ayudarán a lograr el desarrollo humano y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El PNUD ayuda a los países a obtener y utilizar la asistencia efectivamente. En todas las actividades, promueve la igualdad de género y la protección de los derechos humanos. También, refuerza la acción conjunta en materia de desarrollo en foros como el Consejo Económico y Social y la Asamblea General de las Naciones Unidas. Ver en: https://www1.undp.org/content/undp/es/home/about-us/faqs.html#undp*

Este enfoque ha entendido que los roles de género responden a una serie de actos de habla que estarían construyendo realidades como normas culturales, históricamente legitimadas a través del lenguaje. En este sentido, es importante pensar la literatura como una práctica social que debe leerse desde una perspectiva contextual, que se encuentran situadas histórica y socialmente.

Del mismo modo, Perriconi, G.(2015) analiza en término históricos cómo los roles de niñas y mujeres en los cuentos tradicionales construyen las subjetividades de lo femenino. De esta manera seleccionó los primeros cuentos conocidos por vía oral y transcriptos en letra impresa a partir del siglo XVII por Charles Perrault y los hermanos Grimm en el siglo XIX, como Caperucita, Blancanieves y Barbazul.

En ese sentido, la autora explica que:

> Las protagonistas principales son "heroínas" que suelen conocerse y consumirse en la escuela media por decisión propia o mandato formativo. El héroe, el protagonista por excelencia, será quien ejemplifique los comportamientos socialmente aceptados. Así se promueve que se sigan construyendo dos mundos dicotómicos que asignan funciones diferentes según lo femenino asociado a lo amable, bueno y paciente, al cuidado y la responsabilidad, y lo masculino unido a la baja emocionalidad y al trabajo remunerado. (p.77)

Se puede señalar que la importancia de abordar la literatura infantil con perspectiva de género de los cuentos infantiles, se demanda desde una sociedad más sensible e implica una forma particular de observar el mundo y nuestras experiencias cotidianas. Es por esto, que la educación contribuye a desarrollar capacidades y actitudes para valorar y respetar también la diversidad de sexualidades.

Erase una vez: Blancanieves de ayer ¿Y la igualdad de género?

Blancanieves es un cuento tradicional que tiene muchas versiones. La más conocida es la que recopilaron y adaptaron los hermanos Grimm hace casi doscientos años. En la historia de los Grimm, Blancanieves es una hermosa princesa que se ve obligada a huir del palacio de su padre perseguida por los celos de su madrastra, una bruja que envidia su belleza.

La princesa escapa a través del bosque y se refugia en una casa pequeña donde viven siete enanitos que trabajaban en una mina cercana, conmovidos con la historia de Blancanieves, le pidieron que se quedara con ellos para protegerla de la malvada reina, ella a cambio, se encargaría de limpiar la casa y hacerles de comer después de que volvieran del trabajo.

La madrastra disfrazada de vendedora, mediante engaños la convence de probar una manzana envenenada. Con el primer bocado, Blancanieves se desploma y la bruja vuelve a su palacio feliz por haber logrado su propósito. Luego, los siete enanitos la encuentran helada en el suelo y la dan por muerta, la colocan en una caja de cristal transparente y la llevan a la cima de una montaña. Hasta allí, llega el hijo del rey. Los enanos lo dejaron pasar y el joven no pudo evitar besarla en los labios. Al instante siguiente, Blancanieves abrió los ojos, los enanos contentos, comenzaron a celebrar. Después, ella también se enamora del príncipe y deciden casarse y todos vivieron felices para siempre.

La historia contada por los hermanos Grimm nos muestra que existe la tendencia de ver a las mujeres solo en el ámbito doméstico, dejando de lado su participación en la esfera pública y su autonomía en la toma de decisiones. En este caso, Blancanieves, una joven que realizaba los trabajos más serviles a los siete enanitos mineros, subordinada a la figura del "hombre". Y también al príncipe, quien además había sido besada por él sin su consentimiento para salvarla supuestamente de la maldición de la madrastra, mientras ella se encontraba inconsciente.

Por lo cual, hablar hoy de igualdad[2] de género significa tomar conciencia y transformar la po-

2 *Ley Nº. 26485. Ley de Protección Integral a las Mujeres. Esta ley garantiza todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y, en especial, el referido a: la igualdad real de derechos, oportunidades y de trato entre varones y mujeres, Artículo 3º inciso j). Ver en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm*

sición de desigualdad y subordinación que las mujeres han vivenciado a través de los siglos de historia en relación a los hombres en la esfera familiar, económica, social, política, cultural y en la misma historia. Acordamos con García, Jimenez y Martínez (2005) cuando se refieren a las estrategias más adecuadas para lograr la igualdad de género y el buen trato.

Al respecto sostienen:

> Aplicar la perspectiva de género permitiendo integrar la igualdad en las estructuras, organizaciones, políticas y acciones, y dotar a las mujeres de un papel protagónico de sus propias vidas mediante el fortalecimiento en la participación de la toma de decisiones de todos los ámbitos de la vida social posibilita corregir las desigualdades. (García et al. 2005, párrafo 6)

De lo anterior, podemos decir que en los cuentos tradicionales infantiles como es el caso de Blancanieves, se visualiza claramente las imágenes de lo femenino y lo masculino con las que aprendieron a identificarse generaciones de niñas y niños de la época. Asimismo, trasmite segmentos de la cultura patriarcal, en donde los personajes que representan lo femenino y lo masculino reproducen la realidad social desigual en la que estamos inmersos.

Erase una vez: Blancanieves de hoy

Como decíamos en un inicio del trabajo, se seleccionó el cuento infantil "Comieron perdices… ¡todos los días!" de María Inés Falconi, quíen presenta una novedosa perspectiva en materia de género. El cuento que ha sido seleccionado pertenece a una literatura infantil que pretende desafiar los estereotipos propios de género. Por lo tanto, sus personajes adoptan conductas que no son esperables con las típicas que se desprenden de la mayoría de los cuentos tradicionales para niños y niñas.

A los fines de analizar el texto, se optó por escoger dos aspectos en los que claramente se observa la diferenciación de las historias respecto del libro más tradicional. Ellos son el trabajo y ocupación, y el matrimonio.

• Trabajo/ocupaciones:

Se observa en esta historia que, Blancanieves intenta superar la limitación a la que una y otra vez hace referencia el principe, en el sentido que el personaje femenino realice una actividad del dominio femenino: "Blancanieves le dijo: - Pupi… me aburro. - No sea burra – le contestó el principe, festejando el chiste que a Blancanieves no le hizo ninguna gracia. Sali de compras, andá a la peluquería o invitá a tus amigas a tomar el té. Podrías hacerte la planchita. ¿Por qué no haces un curso de manualidades?. ¿Por qué no haces un curso de pintura?. ¿Cerámica? fue la siguiente propuesta del prínicipe". Actividades que tradicionalmente, encuadran en el mundo femenino. Tradicionalmente, aprender manualidades, cerámica, pintura, ir a la peluquería, entre otras, son actividades que encuadran en el mundo femenino.

Dentro del mundo femenino recaen las tareas domésticas y todos aquellos trabajos que impliquen escasa visibilidad y que responden a un mundo interior, tal como se formula en el Informe de Desarrollo Humano 2008 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), "las mujeres participan en trabajos, ocupaciones o profesiones consideradas femeninas, con menor valoración social. Su participación siempre está atravesada por el lugar que ocupan en el ámbito privado y sus roles de cuidadoras y trabajadoras domésticas". Mientras que a los hombres se les asignan los actos propios de la vida exterior y de trascendencia. El Príncipe dijo: "Y yo estoy todo el día trabajando y no me puedo quedar en el palacio para entrenerte. Tengo cosas importantes que hacer". Pues bien, esta historia significa un paso adelante en ese punto, cuando Blancanieves dice: "- ¿Y por qué los principes pueden trabajar y las princesas no?. - Porque…¡Que se yo por qué! porque es así y listo. Y no me discutas mas (responde el Príncipe)".

Blancanieves no discutió mas, pero enfermó de aburrimiento. Y se fue del palacio, al bosque con los siete enanitos, donde luego de una semana estaba tan contenta como antes. "Pero entonces llegó a la casa un enviado del principe. – Dice su majestad que quiere que vuelva al palacio cuanto antes. Y se subió a la carroza con el lacayo. La carroza arrancó a todo galope y esa noche, Blancanieves se encontró sentada otra vez frente al principe y al plato de perdices. – Asi que

fuiste a visitar a tus amigos – preguntó el principe. - Si estuve ahí una semana, por si no te diste cuenta. – ¿Una semana…? No, no me di cuenta. ¿Y qué hiciste durante una semana en el medio del bosque? – Trabajé. - ¿Trabajaste? No deberias haberlo hecho, las princesas no trabajan (dijo el principe)". Concluyendo en el fin del matrimonio.

Por lo que a los oficios y tareas se refiere atribuidas al género, se remarca que el rol de la mujer en la sociedad se liga al de permanecer en casa y el del hombre, ser el sustento económico y trabajar afuera exclusivamente. Lo vemos con Blancanieves, que al casarse con el príncipe "debe cumplir" y desempeñar tal rol, e igualmente cuando vuelve a la casa de los siete enanitos donde se encargaba de llevar a cabo las tareas del hogar.

Tal como se formula en la Colección Derechos Humanos, Género y ESI en la escuela (2021) del Ministerio de Educación de la Nación Argentina:

> Implica una distribución sexual binaria, donde quienes sean biologicamente varones se esperarán de ellos atributos tales como la competitividad, la racionalidad y la agresividad. Mientras que quienes sean consideradas como mujeres, tendrán caracteríisticas tales como la pasividad, la irracionalidad y la inclinación hacia el cuidado de las y los demás. Amparándose en estos atributos, se establecen funciones y roles sociales para unas y para otros. Para los varones, el espacio público: el mundo del empleo, la política, la calle. Para las mujeres, el espacio doméstico: la maternidad, las tareas de la casa, el cuidado y la crianza. De este modo, se establece una distribución sexual binaria de caracteríisticas anatómicas, rasgos de personalidad, formas de desear y espacios de lo social.

Como vemos, en el relato de la princesa analizada, refleja que debe cumplir con unos ideales y una ideología tradicional y conservadora que se identifican en algunos estereotipos de géneros y valores concretos enmarcada por una línea argumental en que la abocará a vivir (o sufrir) un amor romántico que la relegará a una posición sumisa y que espacialmente estará situado en el ámbito privado y a su rol de permanecer en el hogar realizando actividades que se encuadran dentro del mundo femenino. Sin embargo, en esta historia, blancanieves se manifiesta con cierta suspicacia basada en el disconformismo de unos patrones tradicionales de conducta.

Como princesa, en aquel papel que "debía cumplir", se aprecian ciertos tintes de rebeldía que se hacen presentes en la intención de tener sus propios sueños, más allá de lo establecido. Además, se observa que, Blancanieves se enfrenta a algunas de las situaciones presentadas, y si algo no le parece bien se rebela, como por ejemplo, no quedar relegada a los deseos del principe azul, en este caso, ya no tan azul, en cuanto a asumir los deberes desde la perspectiva del principe, y animada a vivir un nuevo amor de pareja "felices pero, esta vez, no comieron perdices".

• Matrimonio.

La institución matrimonial es un tema en la historia seleccionada que no puede desconocer la importancia de esta institución.

En este cuento "Blancanieves y el principe se casaron, comieron perdices, pero no fueron felicez". La vivencia del matrimonio se presenta en Blancanieves a "quién las perdices la tenian harta" con la particularidad de que aquí se muestra cómo es la vida del personaje principal junto a quien, en el imaginario social, asoma como la pareja ideal. Los comentarios que provienen de algunos personajes secundarios refuerzan ese ideal: "Todos opinaban que era el principe mas lindo que se podia encontrar a muchos kilometros a la redonda", "Todos los veian y pensaban: qué pareja tan feliz, que suerte esta Blancanieves, se consiguió un principe que la tiene como a una princesa". "Es que es una princesa aclaraba otro". "Ah … es cierto…ella si que no tiene problemas…".

Se describe una realidad por la que atraviesa Blancanieves, que lejos está de ser lo que ella esperaba en su vida de casada.

El punto distintivo del cuento radica en romper con la arbitraria asociación de la felicidad a través del matrimonio y plantear un mensaje revitalizador para la mujer. La propia princesa reconoce: "¿Que no tenía problemas? Si que los tenía, tres problemas: uno, que se aburria cuando estaba sola; dos, que había resultado que el príncipe tenia muy mal carácter y se enojaba por

cualquier cosa y tres, que el prinicipe estaba tan ocupado que no le daba ni cinco de bolilla. Ademas de aburrida, Blancanieves empezó a estar triste…"

Vive una cotidianeidad donde aparecen el malestar, la decepción, y una vida que no cumple las expectativas de sus personajes. Tanto que Blancanieves decide poner fin a esa atadura: "Pupi… -dijo por fin-. Quiero pedirte algo. – y ahora que queres? (dijo el principe). – El divorcio (dijo Blancanieves). El principe se atragantó con la perdiz, pero por mucho que discutió y argumentó y dijo y gritó, Blancanieves estaba decidida. Habia descubierto que no le gustaba la vida de princesa ni un principe tan ocupado que no tuviera tiempo para estar con ella, ni andar sola por el palacio aunque no tuviera que levantar ni un papelito". Se abre la posibilidad de introducir modificaciones acerca del concepto de un amor tradicional, que denote un estado de sumisión y de figura estática de la mujer que acata las ordenes de su principe, o como una historia de amor elevada a la perfección. Si muestra, a una mujer capaz de tomar sus propias decisiones y con capacidad para ello.

Conclusiones

La literatura infantil es un factor de transmisión cultural que permite inculcar valores diversos. La literatura ejerce influencias en niños y niñas creando pautas de conducta determinadas basadas en la información recibida, y que serán a su vez trasmitidas, nuevamente, a una siguiente generación.

Frente a este escenario, en los cuentos aquí presentados interesó reflexionar acerca de la importancia de fomentar valores de igualdad. En el análisis del cuento tradicional infantil, se observa que el protagonista masculino ejerce un rol activo sirviéndose de un estereotipo marcado por características patriarcales. Y la protagonista femenina, con un rol pasivo, sirviéndose de un estereotipo de mujer sumisa y objeto. Así, el patriarcado se refleja en un conjunto de prácticas generadoras de desigualdad y sometimiento hacia las mujeres.

La reescritura del cuento tradicional infantil muestra cierta necesidad de cambio, e incluye una propuesta de valores de igualdad. Los mitos del amor romántico e idealización del amor reflejada en los estereotipos y roles de los personajes, se traza de otra forma en este cuento. Ya no se trata una historia de pareja perfecta, de enamoramiento que dura toda la vida, cuya perdurabilidad es eterna, como se deja entrever a lo largo del relato.

Se aprecia que se intenta mostrar un rol de la mujer que no está tan conforme con las aspiraciones del cuento tradicional, incluyendo valores más actuales de la sociedad. En este cuento, a Blancanieves ya no le gustaba la vida de princesa ni aquel principe, y preferia vivir en el bosque, trabajando y riendo con sus amigos. Vemos que, Blancanieves se cuestionara el amor romantico tradicional y que se aleja del inmovilismo determinista que marcaba la vida (y el destino) de la princesa para dotar a la misma de un cierto margen de libertad, para decidir que quiere o que no quiere hacer con su vida. Como lo hace notar Butler Judith (2006) cuando dice que "cualquiera que sea la libertad por la que luchamos, debe ser una libertad basada en la igualdad. En efecto, no podemos encontrar la una sin la otra. La libertad es una condición que depende de la libertad para realizarse" (p.46).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Butler, J.(2006). Deshacer el género. Barcelona: Paidós.
Caballero del Moral, S. (2016). Texto adaptación del original de los hermanos Grimm. Editorial Gribaudo.
Colomer, T. (1994). A favor de las niñas: el sexismo en la literatura infantil. CLIJ: Cuadernos de Literatura Infantil y juvenil, (57), pp.7-23. https://www.academia.edu/38052063/A_favor_de_las_ni%C3%B1as_El_sexismo_en_la_literatura_infantil
Falconi, M.I., y Drennen, O. (2013). Había una vez…¿Y después?. Blancanieves y comieron perdices…¡Todos los días! 4ª. Ed. Buenos Aires: Quipu.
García, C., Jiménez, L., y Martínez, E. (2005). Políticas de investigación en salud, en Guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género. Observatorio de salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.
http://habitat.aq.upm.es/boletin/n41/acmen.html
Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría de "género", Nueva Antropología. El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. Vol. VIII, (30), pp. 173-198. Distrito Federal México.
https://www.redalyc.org/pdf/159/15903009.pdf

Perriconi, G. (2015). La construcción del género en la literatura infantil y juvenil. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Lugar Editorial.
Marco Normativo:
Ley Nº 26485 de 2009. Ley de Protección Integral a las Mujeres. Abril 1º de 2009. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación. Recuperado de: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm
Colección Derechos Humanos, Género y ESI en la escuela. (2021). 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Educación de la Nación Argentina.

AFECTIVIDAD Y CONFINAMIENTO EN LA PROVINCIA DE SAN LUIS

Liliana Gómez [A], Eliana Zárate [B], Graciela Baldi López [C]

Introducción

El presente trabajo se enmarca dentro del proyecto PROICO 12-04/20 de la UNSL. Desde el 2020, el mundo está viviendo una pandemia por COVID 19, lo cual llevó a los estados a aplicar medidas de confinamiento para proteger a la población. En Argentina, el día 19 de marzo se decretó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Esta medida preventiva es una situación sin precedentes y se supone que ha generado el exacerbamiento de ciertas emociones como ansiedad, miedo, tristeza, incertidumbre, desesperación, etc. Estas respuestas resultan esperables e incluso necesarias en este contexto ya que nos permiten mantenernos en un estado de atención y de alerta; sin embargo, cuando estas respuestas se prolongan en el tiempo, pueden afectar nuestro bienestar y salud mental (Ministerio de Salud de Chile, 2020).

Esta investigación, se realizó durante la fase 3 de cuarentena, en la cual comienza a darse el contagio comunitario, los contagiados no han tenido necesariamente contacto estrecho con alguien que ha estado en zonas de riesgo, cualquier persona puede propagar el virus. a población, en este momento, veía el confinamiento como una oportunidad para afianzar vínculos, aprender nuevas aficiones, leer, liberarse de ciertas responsabilidades, etc.

Por su parte, la emoción se define como:

> Un fenómeno humano con componentes tanto fisiológicos como psicológicos y conductuales, que tiene bases evolutivas (se desarrollan y se vuelven más complejas conforme la persona crece, independientemente de la cultura), adaptativas (le ayudan a sobrevivir y a funcionar adecuadamente) y funcionales (dependen del entorno y le permiten modificarlo), y que requieren de una interpretación de objetos, personas o situaciones (elicitadores), que la preparan para realizar determinadas acciones y comunicar su estado a quienes la rodean (Gómez Pérez y Calleja Bello, 2016, p. 98).

Teniendo en cuenta la función de las emociones, podríamos considerar que las mismas, preparan al cuerpo para la acción adaptativa. Cuando experimentamos una emoción, el cuerpo entra en estado de activación y responde según el estímulo y la intensidad de la emoción. Son consideradas funcionales porque preparan a la persona para responder, luchar o huir y son fenómenos sociales, que provocan expresiones faciales y corporales, comunicando experiencias emocionales

[A] *Licenciada en Psicología. Especialista en Psicoterapia Cognitiva Integrativa. Docente e Investigadora de la Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. liligomez2265@gmail.com*
[B] *Licenciada en Psicología. Docente e Investigadora de la Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. Psicóloga Clínica, Cognitivo Integrativa. San Luis, San Luis. Argentina. eliana.c.zarate@gmail.com*
[C] *Dra. en Psicología. Docente e Investigadora. Co Directora de Proyecto de Investigación PROICO N° 12-0520. Co Directora del Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología. UNSL. San Luis, San Luis. Argentina. gbaldilopez@gmail.com*

internas que elicitan respuestas en los demás. En esta situación de aislamiento en la cual nos encontramos inmersos, las emociones pueden vivenciarse extremadamente intensas. En consecuencia, es de gran importancia el desarrollo de la regulación emocional para evitar o atenuar la aparición de psicopatologías, dificultades sociales y/o enfermedades.

Hemos definido la variable convivencia como el acto de convivir. Es una palabra de origen latino que significa acto de existir en forma respetuosa con las demás personas. En la vida del ser humano es fundamental la socialización entre los individuos, es imprescindible la interacción con otros seres humanos para la salud mental e integridad física de la persona y de quienes la rodean, para lograr un equilibrio del individuo y su desenvolvimiento en su vida. La convivencia se puede referir a distintos ámbitos como el laboral, hogar, espacios públicos, etc. En este trabajo hacemos mención a si la persona convive con otros o está sola.

Con respecto al concepto rutina se hace referencia a aquella actividad que se realiza en forma regular y periódica. En esta investigación se ha seleccionado al trabajo y el estudio como partes de la rutina de las personas, teniendo en cuenta el cambio de presencial a virtual que produjeron las medidas de prevención frente a la pandemia por Covid 19. El aislamiento generalizado implicó la masificación del home office como modalidad, produciendo una cantidad de dificultades para las y los trabajadores del mundo (Giniger, 2020). El trabajo remoto no ha sido una opción, sino una obligación, una imposición de la modalidad; que se agrava frente al encierro domiciliar, la situación sanitaria del COVID-19 y la incertidumbre (Molina, 2020).

Por otro lado, la suspensión de las actividades docentes presenciales para dar paso a la virtualización ha supuesto que el profesorado y el alumnado tengan una elevada presión, tanto en su trabajo como en adaptación al nuevo escenario. La mayoría de los estudiantes ha considerado este cambio como algo negativo (Tejedor, Cervi, Tusa y Parola, 2020).

Objetivo: Explorar los estados afectivos teniendo en cuenta la convivencia y la rutina (laboral/educativa) en un grupo de sujetos de la provincia de San Luis.

Metodología

Diseño: Se trabajó con un diseño cuantitativo, de tipo exploratorio, transversal y descriptivo de poblaciones mediante encuesta.

Muestra: no probabilística, de tipo accidental y estuvo conformada por 291 sujetos mayores de 18 años. La edad promedio fue de 39,53 (DS 12,77). El 86,3% de quienes contestaron (n=251) estaban con compañía familiar durante el mes en que se distribuyó la encuesta, mientras que el 13,7% (n=40) estaba sin dicha compañía. Además, el 50,5 (n=147) informó estar trabajando desde casa y el 54,3% (n=158) estar estudiando de modo virtual.

Instrumento: Se utilizó una encuesta ad-hoc que incluía preguntas sociodemográficas, sobre las emociones y sensaciones predominantes en las últimas dos semanas y la intensidad de éstas (Nada, Poco, Más/ Menos, Mucho)

Procedimiento: la encuesta fue implementada como formulario de Google y distribuida por las redes sociales durante el mes de abril de 2020. Se tuvieron en cuenta las pertinentes consideraciones éticas que rigen las prácticas investigativas.

Análisis de los datos: Los datos se analizaron con un software estadístico computarizado. Se realizó análisis de medias, desviación estándar y porcentaje de los atributos. Además, se aplicó las pruebas de Kolmogorov-Smirnov (distribución no normal de la muestra: p = .000) y U de Mann-Whitney.

Resultados

A partir del análisis de los datos se pudo observar que aquellas personas que al comienzo del confinamiento estaban sin compañía de algún familiar (Rango Promedio=196,90) sentían mucho más la soledad (p=.000) que aquellos/as que estaban acompañados (Rango Promedio=140,15).

Además, aquellos/as que señalaron no estar realizando Home office expresaron mayor desgano (p=.000), soledad (p=.002) y desesperanza (p=.034) que quienes si lo estaban realizando (Tabla 1).

Tabla 1
Análisis de los estados afectivos según sí trabajaban o no desde el hogar

Estado Afectivo	Trabajo desde el Hogar	N	RP	p
Desgano	Si	147	128,54	.000
	No	144	163,82	
Soledad	Si	147	132,17	.002
	No	144	160,12	
Desesperanza	Si	147	136,71	.034
	No	144	155,48	

Nota: RP = Rango Promedio; p < .05

Por último, en la Tabla 2, se observa que quienes estaban estudiando de manera virtual manifestaron mayor desgano (p=.007) e irritabilidad (p=.006) que quienes no lo hacían. Sin embargo, estos últimos señalaron mayor limitación (p=.021)

Tabla 2
Análisis de los estados afectivos según sí estaban estudiando o no de manera virtual (N=291)

Estado Afectivo	Estudia virtual	N	RP	p
Desgano	Si	158	157,61	.007
	No	133	132,21	
Limitación	Si	158	136,03	.021
	No	133	157,85	
Irritabilidad	Si	158	157,86	.006
	No	133	131,91	

Nota: RP = Rango Promedio; p < .05

Discusión y Conclusión

A partir de los resultados obtenidos se puede observar que el haber estado acompañado durante los primeros meses del confinamiento favoreció la contención disminuyendo el sentimiento de soledad. Esto coincide con el estudio realizado por Rodríguez Quiroga et al. (2020) quienes informaron la presencia de mayor soledad en los adultos que vivían solos.

El estar estudiando durante el periodo señalado anteriormente generó desgano e irritabilidad producto, quizás, de la acelerada adaptación que tuvo lugar el paso de la enseñanza presencial a la virtual. Resultados similares fueron encontrados en la investigación realizada por Tejedor et al. (2020), en donde los estudiantes percibieron al entorno virtual como menos estimulante y motivante, además de una sobrecarga de actividad y tareas y sensación de aprender menos. Sin embargo, el estar realizando alguna tarea de tipo cognitiva (educativa), y en contacto con otros (docentes, estudiantes) disminuyó la sensación de estar limitado, es decir, sin la libertad para hacer lo que se desea.

Por último, el trabajar de manera virtual (home office) disminuyó el desgano, el sentimiento de soledad y la desesperanza, siendo, en ese momento, un factor protector de la salud mental frente a la incertidumbre de la pandemia y la duración del confinamiento.

En definitiva, podemos concluir que, en este grupo, la convivencia y el trabajo virtual en la casa amortiguaron el impacto emocional del confinamiento en pandemia.

Referencias Bibliográficas
Giniger, N. (enero-junio, 2020). Teletrabajo. Modalidad de trabajo en pandemia. Revista Observatorio Latinoamericano y Caribeño, 4 (1), 24-39
Gómez Pérez, O., & Calleja Bello, N. (2016). Regulación emocional: Definición, red nomológica y medición. Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 8(1), 96-117.
Molina, J. (2020). Trabajo y salud mental en tiempos de pandemia. Realidad Empresarial, 9,52-55
Rodríguez Quiroga, A., Bongiardino, L., Borensztein, L., Aufenacker, S.I., Crawley, A., Botero, C., Scavone, K. y Vazquez, N. (Julio-Diciembre, 2020). Sentimientos de soledad y problemas internalizantes frente al distanciamiento social y confinamiento preventivo por el coronavirus COVID-19. Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos, 24 (2), 57-84.
Sandín, B., Valiente, R.M., García Escalera, J. & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. Rev Psicopatol Psicol Clín, 25(1):1-22.
Tejedor, S., Cervi, L., Tusa, F. y Parola, A. (2020). Educación en tiempos de pandemia: reflexiones de alumnos y profesores sobre la enseñanza virtual universitaria en España, Italia y Ecuador. Revista Latina de Comunicación Social, 78, 1-21.

"CON LA PANDEMIA SE DESMADRÓ TODO…" JÓVENES MADRES, CONSUMOS EN PANDEMIA, SALUD Y EL PATRULLAJE MORAL COMUNITARIO

Belén Ardiles [A], Sol del Carpio [B], Paula González [C], Sofia Lamanuzzi [D], Nahir Abraham [E], Santiago Rebollo [F], Victoria Volando [G]

INTRODUCCIÓN

En esta presentación compartiremos el tratamiento analítico de procesos conflictivos comunitarios protagonizados por madres jóvenes consumidoras de barrios pobres del conurbano cordobés. La investigación de la que se desprende esta ponencia indaga las significaciones diferenciales sobre la vida y la muerte que se configuran según la adscripción de género, en jóvenes de sectores empobrecidos de la ciudad de Córdoba[1]. El campo diverso[2], desde el cual se desprenden las claves analíticas de este trabajo, nos fue mostrando, por un lado que en estos contextos la pandemia por el COVID-19 no sólo había profundizado la desigualdad en múltiples dimensiones, sino que además tenía otras condiciones de ser tramitada y significada por parte de los actores comunitarios. Y por otro, "con la pandemia se desmadró todo…"**.** Esta frase síntesis da cuenta un relato

1 *"Géneros como clave analítica en relación a las significaciones juveniles en torno a los campos de vida y muerte." Proyecto de Investigación, línea Formar, de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Psicología. Dirigido por el Dr. Rebollo Santiago.*

2 *El corpus empírico se compone de entrevistas y registros de campo donde convergen diversas territorialidades, espacios y modalidades de encuentro con las juventudes. Desde abordajes que se dan en organizaciones comunitarias a partir de las demandas, inserción en organizaciones civiles en espacios de salud, en políticas laborales y educativas, hasta espacios de tratamiento específico de problemáticas asociadas al consumo de sustancias.*

[A] *Licenciada en Psicología. Instituto de Investigaciones Psicológicas Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Córdoba. Argentina. mbafunkytown@hotmail.com*
[B] *Licenciada y Profesora en Psicología. Facultad de Psicología UNC. Córdoba, Córdoba, Argentina. soldelcarpio@gmail.com*
[C] *Lic. en Psicología - Magíster - SECyT UNC. Villa Allende, Córdoba. Argentina. lic.gonzalezpauladaniela@gmail.com*
[D] *Licenciada en Psicología - estudiante de la Maestría en Investigación Psicosocial UNC. Villa Allende, Córdoba. Argentina. sofialamanuzzi@gmail.com*
[E] *Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología UNC. Córdoba, Córdoba, Argentina. nahir.abr@hotmail.com*
[F] *Licenciado en Psicología, Doctor en Antropología. CIECS CONICET. Unquillo, Córdoba. Argentina. psantirebollo@gmail.com*
[G] *Licenciada y Profesora en Psicología. Facultad de Psicología Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Córdoba. Argentina. victoriavolando@gmail.com*

comunitario que comenzó a imponerse en tiempos de pandemia. Una mirada moralizante sobre las jóvenes consumidoras madres circulaba por referentes, actores comunitarios y centros de salud con los que articulamos.

Las directrices metodológicas se basan en el paradigma de investigación interpretativa-cualitativa (Vasilachis, 2009), ya que se busca reconstruir sentidos y significados atribuidos a la experiencia, privilegiando el estudio de casos por sobre las generalizaciones. Nuestro corpus empírico consta de entrevistas semi-estructuradas y notas de campo realizadas durante 2018-2021 a jóvenes de entre 17 y 25 años y actores comunitarios en diferentes territorios e instituciones en las que se encuentran insertos quienes integran el equipo de investigación. Para el análisis se combinó de manera dialéctica, comparaciones sucesivas entre el trabajo de campo, la información recolectada, fuentes secundarias (estadísticas, investigaciones y documentos institucionales) y el corpus teórico.

En este marco, nos proponemos plasmar claves analíticas (parciales) en relación a cómo el estado público de estos conflictos protagonizadas por mujeres jóvenes consumidoras surge a partir de la movilidad moral comunitaria ante situaciones donde se advertía que el consumo vulneraba los derechos de sus hijes y se las reconocía en falta dado el mandato de cuidadoras, responsables directas y únicas del "abandono". Veremos que en el relato comunitario el patrullaje moral no aparece la protección de estos niñes ante el "abandono", ni el de esas mujeres madres por su consumo pero sí el consumo como una práctica moralmente incompatible con el rol indisociable asignado de madres/cuidadoras.

CONTEXTO SITIADO-SITUADO

En términos generales la pandemia implementó medidas con el propósito de disminuir la circulación de la población y preparar el sistema sanitario. Esto implicó la suspensión de la presencialidad en actividades laborales, escolares y en el acceso a la salud. La virtualidad en estas prácticas desatendió las brechas digitales.

"¿Se dieron cambios en las dinámicas familiares? Sí. Se intensificaron ciertos problemas al tener que convivir… personas que no estaban acostumbradas…terminaron todas en una casa por la cuestión económica...terminaron viviendo como hacinados... dejando de alquilar y trajo aparejado conflictos familiares…" (NC, junio 2021), *"Muchas familias se fueron del barrio por esta situación de crisis y terminaron viviendo con otras familias…"* (Entrevista 3 - médica centro de salud- julio 2021). Salanueva (2020) sostiene que con el aislamiento la familia emerge como único espacio de socialización, se rigidizan lazos sociales y disminuye el horizonte de posibilidades.

"Y ni hablar de lo que es la falta económica para subsistir, lo necesario desde la limpieza, alimentación, vestimenta"..."se quedaron sin trabajo, quienes hacen changas y no podían salir o tenían carros…" (NC, Julio 2021). En les jóvenes empobrecidos se identifican inserciones laborales tempranas, precarizadas y se intercalan con el desempleo. Luego del inicio del ASPO, el Gobierno de la provincia de Córdoba dejó sin efecto las prácticas laborales del Programa Primer Paso[3]. Medida que desconoce la importancia de estos ingresos para el sustento familiar. A nivel nacional, el programa Jóvenes con más y mejor trabajo[4] continuó vigente durante la pandemia, con readecuaciones en la modalidad. El sector privado se retrajo desvinculando a jóvenes trabajadores de la economía informal.

3 *El Programa Primer Paso del Ministerio de Promoción del Empleo y de la Economía Familiar del Gobierno de Córdoba tiene por objetivo brindar más oportunidades de empleo y una primera experiencia de entrenamiento laboral a jóvenes entre 16 a 24 años de edad inclusive, desempleados, sin experiencia laboral relevante y con domicilio registrado en la Provincia. Como contraparte de las experiencias laborales realizadas en distintos comercios, empresas e industrias de la Prov. de Córdoba, los y las jóvenes reciben un incentivo económico.*

4 *Es un programa de empleo dependiente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, destinado a la formación y ocupación de jóvenes entre 18 y 24 años de edad. El objetivo del programa es generar oportunidades de inclusión social y laboral a partir de un conjunto de prestaciones integradas que buscan construir su perfil profesional.*

En estos sectores, el 55% de los hogares manifestó que la falta de conectividad fue la principal dificultad para la continuidad educativa (Informe FCS, UNC, 2021).

Estudios realizados en pandemia afirman que el contexto ASPO, afectó la salud mental de jóvenes particularmente: manifestaron mayor tristeza y disminución en la energía desde que inició el confinamiento (Peloche, et al. 2020) y los estados de ánimo predominantes fueron aburrimiento, cansancio y ansiedad (Andrada, et al. 2020). Además, se incrementó en un 41% de les jóvenes la frecuencia de consumo de drogas y un 33% admitió consumir mayor cantidad (Gómez, et al., 2020).

Cuando hacemos foco en mujeres jóvenes advertimos que se incrementan los marcadores de vulneración, más tareas de cuidado (domésticas y escolares), menos acceso a salud y al trabajo, aumento de judicialización de violencias domésticas, etc. En año 2020, según indican fuentes del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad[5], las llamadas a la Línea 144, crecieron un 39% durante el ASPO. Desde el comienzo de la pandemia a marzo de 2021 hubo 279 femicidios en argentina[6].

ENCLAVES TEÓRICOS: GÉNEROS, CUIDADOS Y MORALIDADES

En este apartado presentamos las líneas teóricas que se desprenden de las lecturas realizadas sobre significaciones diferenciales sobre la vida y la muerte que se configuran

según la adscripción de género. En este caso haciendo foco en conflictivos comunitarios protagonizados por mujeres jóvenes consumidoras y madres. Si bien, esta problemática ya había sido registrada en casos aislados, advertimos un cambio en la demanda, en el relato comunitario, el centro no eran los jóvenes, sus consumos y violencias, el patrullaje moral puso su mirada sobre este emergente comunitario.

Cuidados, antes y durante la pandemia: Existe una división sexual del trabajo donde se ha invisibilizado la relación histórica de las mujeres vinculadas al escenario doméstico y a las prácticas de cuidado[7], imprescindibles para la reproducción de la vida (Lenta, Longo y Zaldúa, 2020). En occidente, el cuidado ha sido un proceso desvalorizado socialmente asociado a las emociones, a la intimidad y a las poblaciones de mujeres, pobres y minorías étnicas (Held 2006; Tronto 1994, en Epele, 2012). Destinan al menos dos veces y media más a tareas no remuneradas de cuidado, reproducción de la vida y tareas de cuidado profesionales (OIT, 2016). Siendo las mujeres jóvenes quienes tienen más dificultades de acceder al mercado laboral, profundizando la dependencia económica y la reclusión doméstica.

Según Ramacciotti (2020), con la pandemia se agudizó la crisis del cuidado, donde las mujeres sumaron actividades vinculadas a la reproducción como la organización y el seguimiento de clases, recargando al ámbito privado con la educación.

Feminización de la pobreza y marcadores sociales: Las mujeres y disidencias sexo-genéricas son quienes más padecen los efectos de las desigualdades. El término feminización de la pobreza refiere a que la mayoría de las personas pobres son mujeres, y que dichas proporciones se encuentran en aumento (Aguilar, 2011). El resguardo con el término remite a que puede ocultar las causas de la pobreza o la tendencia a homogeneizar las situaciones de padecimiento. Por eso, resulta necesario hablar de marcadores de vulneración donde se entrecruzan y acumulan múltiples opresiones: de raza, género, clase, sexualidad, entre otras. Marcadores en mujeres jóvenes de sectores empobrecidos que se acumulan, y en el caso de mujeres madres que consumen sustancias el acceso y la receptividad en los servicios de salud se vuelve dificultoso.

Sobre moralidades: El encuentro con estas situaciones de conflicto a nivel de trama comunitaria expresaría procesos de descomposición moral (Zigon, 2007). Entendiendo este autor que

---

5 *https://www.argentina.gob.ar/generos/linea-144/datos-publicos-de-la-linea-144-ano-2020. Brinda orientación, asesoramiento y contención a mujeres en situación de violencia*

6 *Según el informe del Observatorio de Femicidios en Argentina - http://www.lacasadelencuentro.org/index.html*

7 *Entendemos al cuidado como "un conjunto de tecnologías corporales, vinculares, subjetivas y políticas", donde se involucran saberes, tiempo, energía, recursos económicos y cuerpos (Epele, 2012).*

la posibilidad de que se actúe conscientemente en el plano moral sólo surge en los momentos donde la cotidianidad es sacudida y los diferentes actores movilizan sus recursos morales respecto a la ruptura o no de los repertorios que constituyen la vida cotidiana. El análisis de este emergente comunitario en clave moral nos permitió poner la atención en las disposiciones morales espontáneas de la vida cotidiana y en las tácticas éticas que movilizan los sujetos en los momentos de crisis, de avería moral. Estas se caracterizan por una exigencia ética y movimientos de reconfiguración moral que habilitan los modos de seguir adelante y volver a la cotidianidad de las disposiciones morales irreflexivas.

Aproximaciones analíticas

a) *Naturalización de la muerte*. En la pandemia advertimos una reducción del campo de vida al mismo tiempo que se expande el campo de muerte al profundizar la desigualdad en múltiples dimensiones. Esto no se limita a la amenaza evidente para la vida que es el COVID-19 sino a las transformaciones de la vida cotidiana para evitar la propagación del virus. Esto puso de manifiesto otras condiciones de ser tramitada y significada por parte de los diversos actores comunitarios. La muerte ya estaba naturalizada en estos contextos, el Covid 19 no era el centro de la preocupación, ni del cuidado.

b) *"Con la pandemia se desmadró todo…".* Esta frase síntesis de un relato comunitario que comenzó a imponerse en tiempos de pandemia. Una mirada sobre las madres jóvenes consumidoras circulaba por referentes, actores comunitarios y los centros de salud. En la frase se advierte un patrullaje comunitario moral (Noel, 2009), se alude a un "deber ser familiar materno", a una moral comunitaria tradicional con un sesgo heteronormativo de género. En ningún momento se hizo alusión a una situación "despadrada" o se responsabilizó a otros actores vinculados a la problemática.

c) *Ellas – el chivo expiatorio.* El análisis en clave moral de los modos en que emerge en la trama comunitaria el problema de estas jóvenes consumidoras y madres las sitúa como únicas responsables de la crisis que los conflictos comunitarios alojan en estas territorialidades (violencias-consumos-ejercicio masculino).

d) *Las morales en el cuidado.* Los puntos cardinales se dislocan cuando la comunidad de sentido no puede asimilar ciertas prácticas sexoafectivas y de consumo como viables dentro del estereotipo construido de mujer-madre, generando incertidumbre en torno a las propias prácticas de cuidado organizacionales y familiares. Ante la problemática, los actores comunitarios tendieron a actuar poniendo desde una mirada moralizante que impugna sus elecciones y culpabiliza individualmente el "desmadre", "el abandono" desprotegiendo (ellas - niñez) e incrementando los marcadores de vulneración (Judicialización del conflicto: Secretaría de niñez, adolescencia y familia SeNAF– justicia, impugnación moral: familia- comunidad).

Observamos, por tanto, que en los territorios nombrados la visibilidad de los consumos de las mujeres en pandemia se anuda a procesos de moralización comunitaria.

Bibliografía

- *Andrada, S. Arévalo, L. González, C. (2020) Ser joven(es) en tiempos de cuarentena. Las reconfiguraciones de lo juvenil en un contexto de aislamiento y (otras) restricciones sociales preexistentes. Equipo de Investigación sobre Juventudes - FCS UNC*
- *Aguilar, P. (2011). La feminización de la pobreza: conceptualizaciones actuales y potencialidades académicas. Revista Kátal, Florianópolis, 14, 1, p. 126-133.*
- *Epele, M. (2012). Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. En Mana, Estudos de Antropologia Social 18(2): 247-268.*
- *Informe ¿QUÉ PASA EN CÓRDOBA? Acceso a derechos y desigualdades, impacto de la pandemia y estrategias para afrontarla (2021) Facultad de Ciencias Sociales, UNC.*
- *Gomez, R., Serena, F., Colasanti, E., Santillán, A. (2020) Encuesta nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas en cuarentena. Unidad de Estudios Epidemiológicos en Salud Mental. Facultad de Psicología – Universidad Nacional de Córdoba.*
- *Noel, G D (2014) "Antropología de las Moralidades. Cuestiones Teóricas, Metodológicas y Éticas." Secretaria de postgrado del doctorado en Ciencias Antropológicas, FF y UNC.*
- *Lenta, M.; Longo, R. y Zaldúa, G. (2020) El trabajo de cuidado en contextos críticos. En Territorios de precarización, feminismos y políticas de cuidado. Teseo: Buenos Aires.*

- *Peloche, S., Gagliardi, G,, Somers, M. y Alomo, M. (2020). Actitudes y temores ante la pandemia COVID-19 en Argentina. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII. Facultad de Psicología - UBA, Buenos Aires.*
- *Ramacciotti, K. (2020). Cuidar en tiempos de pandemia. Descentrada, 4 (2),2545-7284*
- *Salanueva, O. (2020). Primer y segundo informe del OAJ-IIGG-UBA. Derecho y Ciencias Sociales, 23, p. 133-138-ISNN 1852-2971. Instituto de Cultura Jurídica y Maestría en Sociología Jurídica. FCJ y S. UNLP.*
-Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2016). Informe: las mujeres en el trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- *Vasilachis, I. (2009). Estrategias de investigación Cualitativa. España. Gedisa.*
- *Zigon, J (2007) "Moral Breakdown and the Ethical Demand. A Theoretical Framework for an Anthropology of Moralities" in Anthropological Theory, 7(2): 131-15.*

LO QUE PAUL PRECIADO TESTIMONIA DE LA ÉPOCA

Jorge Ricardo Rodríguez [A]

"Dicen ideología como mi padre decia ´un marido´.
No necesitamos ni ideología ni marido."
Paul Preciado, *Un apartamento en Urano*, p. 40.

Introducción

Este trabajo se servirá del trabajo teórico – político de Paul Preciado, con el objetivo de ubicar en su enunciación no solo un decir sinthomático singular, sino que éste cristaliza una de las formas privilegiadas que adquiere el síntoma de nuestro malestar en la cultura, en el que se conjugan el estallido de las identidades sexuales, el apogeo del discurso científico y la evaporación del padre.

Tomar su derrotero intelectual como testimonio nos acerca al trabajo que Freud hiciera con el texto de Schreber, no en tren de psicopatologizar al autor sino con el objetivo de extraer de su obra el grano de verdad que conlleva: la sexualidad no se deja ordenar más bajo el semblante del Edipo, y ella hoy empuja a un gozar sin límites. En Preciado esto se conjuga como el esfuerzo personal de desligadura de la ley y el elogio la fuerza acéfala de la pulsión. Partiendo de la figura de PP y su decir, arribare a las conclusiones más generalizables de su enunciación.

Como epitome de lo trans, Preciado nos muestra lo trans en tanto paradigma que abarca toda la queerización del sexo, y como este movimiento apoyado en el discurso de la ciencia está produciendo cambios a nivel de las prácticas médicas y de la legislación en varios países occidentales.

Por último, y a nivel de las instituciones analíticas de la orientación lacaniana, la presentación de Preciado en la ECF permitió abrir una interrogación sobre la práctica institucional del pase, y le recordó al discurso analítico la necesidad de estar a la altura de la época.

Preciado: su decir singular y su decir de la época

Una serie de artículos escritos por psicoanalistas ya han intentado un ajuste de cuentas con los aportes de Preciado, en especial luego de su intervención en las jornadas de clausura de la ECF de 2019.[1] De los numerosos comentarios que esa intervención suscitó, en este trabajo me voy a

1 *Preciado, P., "Intervención en las Jornadas No 49 de la École de la Cause Freudienne": Mujeres en Psicoanálisis, París, 17 - Noviembre 2019. En linea: https://www.youtube.com/watch?v=vqNJbZR_QZ4. Publicado como "Yo soy el monstruo que os habla. Informe para una academia de psicoanalistas", Anagrama, 2020.*

[A] *Lic. en Psicología. Docente. Universidad Nacional de San Luis. Villa Mercedes, San Luis. Argentina. jorgericardorodriguez@gmail.com*

servir de las exposiciones de J.C. Maleval (2019)[2] y Ana C. González (2020),[3] en las cuales encuentro algunas resonancias con mis ideas. También me interesa recuperar el artículo de E. Derezensky: "Cuerpos trans-géneros" (2015),[4] quien fue el primero de los textos que me acercó a la producción de Preciado.

¿Quién es PP? Es un filósofo transgénero y curador de arte, y se destaca en la escena contemporánea actual por sus aportes a la teoría *queer* y la filosofía del género. Prolífico escritor, ha publicado: "Manifiesto contrasexual"; "Pornotopia. Arquitectura y sexualidad en Playboy durante la guerra fría"; "Testo yonqui. Sexo, drogas y biopolítica", además de una gran cantidad de artículos y ensayos que circulan en revistas especializadas y medios de comunicación. Su libro "Un apartamento en Urano. Crónicas del cruce" (2019),[5] -libro que constituye una recopilación de columnas periodísticas publicadas entre 2010 y 2018 en el diario francés *Libération*- aunque aborde diversos temas de su interés: la sexualidad, los movimientos políticos disidentes, las migraciones, la tecnociencia, entre otros, está surcado por un hilo que recorre en tensión esas líneas: la transformación operada en su autor, que pasa de llamarse Beatriz Preciado a nombrarse civilmente PP.

Es a partir de su texto "Testo yonqui..." que E. Derezensky lee la propuesta de PP (por entonces Beatriz Preciado) como una apuesta a ir hacia una *"apertura al campo de todos los goces posibles"* (p.110), intentando demostrar *"que todos los nombres que buscan identificar son solo semblantes que buscan dominar el plus de gozar a partir de un saber para obtener como resultado un sujeto no identificado. Podemos considerar que es efectivamente una realización del discurso universitario"* (p. 111). Tesis esta última que encuentra una íntima sintonía con la lectura que Ana Cecilia González realiza de la intervención de PP en la ECF.[6]

PP se presenta no sólo en una lucha política por derrumbar lo que llama el régimen héteropatriarcal y necropolítico, régimen en el cual inscribe al psicoanálisis, sino como alguien que encarna un más allá de las identidades establecidas (hombre, mujer, español, europeo, entre otras) como alguien por fuera de ellas, más no sin ellas -paradójicamente. No por nada en su intervención en las jornadas de la ECF se identifica a Pedro el rojo, el mono kafkiano de "Informe para una academia",[7] o en su libro ya citado se presenta como el habitante de un apartamento en Urano.[8] Es decir, va contras las identificaciones quedando posicionado en un lugar de excepción respecto de ellas.

Como bien ubica Maleval (2019), PP *"postula un cuerpo gozante "capaz de zafarse de la toma del significante", lo que lo incita a "apuntar la correlación de la verdad y del goce", en una búsqueda de "desalienación total""*. En su decir se juega su apuesta: la de un goce ilimitado, no apresado por las redes del significante, un goce no cercenado por lo simbólico.

Si nos dejamos guiar por la enseñanza de Lacan, al menos la presente en su *Seminario 17*, que es cuando produce la separación entre el padre y la castración, operación esta última adjudicada a la inmersión del viviente en el lenguaje, deberíamos concluir que la apuesta de PP es la de convertirse verdaderamente en un mono, es decir un ser vivo no afectado del virus del lenguaje. PP no necesita ni ideología ni marido. Acusar al padre (o al régimen héteropatriarcal) de ser el agente de la castración no es más *"que la racionalización de un fenómeno de entropía"* (Miller, p. 259).[9]

---

2 *Maleval, J. C., "Cuando Preciado Interpela al Psicoanálisis", en Lacan Quotidien, no 856, 2019. En línea: https://www.lacan-quotidien.fr/blog/wp-content/uploads/2019/12/LQ-856.pdf*

3 *González, A., "¿Qué es lo que (se) aplaude?", en Lacan Quotidien, no Nº 864, 2020. En línea: http://www.eol.org.ar/biblioteca/lacancotidiano/LC-cero-864.pdf*

4 *Derezensky, E., "Cuerpos trans-género", en Resonancias, revista de psicoanálisis del Nuevo Cuyo, n2, Grama, San Luis, 2015.*

5 *Preciado, P. Un apartamento en Urano. Crónicas del cruce. Anagrama, 2019.*

6 *De la exposición de PP en las jornadas de clausura en la ECF dirá que muestra que "la yocracia universitaria puede tomar los ropajes menos esperados y más seductores".*

7 *Kafka, F., Informe para una academia y otros escritos, Akal, España, 2015.*

8 *Preciado, P., Un apartamento en Urano. Crónicas del cruce, Anagrama, Barcelona, 2019.*

9 *Miller, J.-A., Un esfuerzo de poesía, Paidós, Bs. As., 2016.*

Si el psicoanálisis nació de la mano de ese genio llamado S. Freud, en una época en la que proliferaba la neurosis, y de la que Freud se sirvió para hacer de ella el paradigma de la subjetividad de su tiempo, no fue otro que J. Lacan quien nos enseñó -y de forma muy temprana, incluso antes de convertirse en psicoanalista-,[10] que ese modelo quedaba caduco frente al que avizoraba ocupando el cenit de nuestra época. La psicosis se convertiría así en el relevo de la neurosis, y la brújula a partir de la cual pensar el psicoanálisis mismo. Y es la psicosis, al menos si la pensamos desde los aportes de la llamada etapa doctrinaria de la enseñanza de Lacan, la que mejor nos vislumbra lo que es el no funcionamiento del Nombre-del-Padre.

Massimo Recalcati ha escrito un claro y certero ensayo sobre el ocaso de la función paterna. Lo llamo "el complejo de Telémaco",[11] y en él señala que el complejo de Telémaco supone un cambio radical de lo que era el complejo de Edipo. Telémaco se aleja de la figura del padre como rival y obstáculo, pasa de Edipo como figura trágica que transgrede la ley a posicionarse como el hijo que espera el retorno del padre buscando en éste un presagio, una esperanza. Es una demanda a que se haga presente un padre:

"La demanda del padre no es ya demanda de modelos ideales, de dogmas, de héroes legendarios e invencibles, de jerarquías inmodificables, de una autoridad meramente represiva y disciplinaria, sino de actos, de decisiones, de pasiones capaces de testimoniar, precisamente, cómo se puede estar en este mundo con deseo y, al mismo tiempo, con responsabilidad. El padre que es invocado hoy no puede ser ya el padre poseedor de la última palabra sobre la vida y la muerte, sobre el sentido del bien y del mal, sino sólo un padre radicalmente humanizado, vulnerable, incapaz de decir cuál es el sentido último de la vida, aunque si capaz de mostrar, **a través del testimonio de su propia vida, que la vida puede tener sentido***"* (p.14, el resaltado es nuestro).

De la lectura que realiza Recalcatti voy a quedarme con una única vía de las múltiples posibles que su reflexión abre.

En un capítulo de su libro desbroza cuatro figuras paradigmáticas de hijo: el hijo Edipo, el anti-Edipo, el hijo Narciso y Telémaco. Quiero explayarme sobre la segunda figura que recorta, porque entiendo que tiene una gran cercanía con el modelo que nos presenta PP.

Esta figura del hijo anti-Edipo se sirve de la referencia al texto de 1972 de Deleuze y Guattari: "El anti Edipo". Los reproches que los autores le hacen al psicoanálisis hacen base en que éste está al servicio *"del poder y el orden establecido"*, que el culto a Edipo no hace más que recubrir el sostenimiento a una obediencia ciega a *"la ley represiva y mortificadora del padre"* (p. 112).

¿Qué características le adjudica a este hijo anti-Edipo? Las que se desprenden de la lectura deleuzeana – guattariana del psicoanálisis. Es alguien que elogia la fuerza acéfala de la pulsión y que desea erradicar términos como ley, castración, falta, Nombre-del-Padre. Si en los mencionados autores hay una recuperación del concepto del freudiano del Ello, para el hijo anti – Edipo el Ello es *"una expresión anárquica del cuerpo que goza por doquier, más allá de todo limite, más allá de cualquier ley.*[ ] *En la perspectiva planteada, la ley de castración solo funcionaria como un escudo protector e inevitablemente represivo en contra de esta energía libre de las pulsiones del cuerpo"* (p. 114).

Podemos reconocer en este hijo anti-Edipo a PP, a pesar de que esta operación vaya contra su gusto por la desidentificación. Además de haberse formado con A. Heller y J. Derrida, uno encuentra en los textos de PP la marca indeleble de ser un gran lector de G. Deleuze. ¿Podría sostenerse que se deuda teórica va de la mano de su posición frente al goce?

¿De qué testimonia entonces PP en sus diversas elaboraciones?:

A. que su lectura del psicoanálisis se detiene en una concepción religiosa del mismo, y no avanza en el periodo último de la enseñanza de Lacan, donde el Nombre-del-Padre pasa a multi-

10 *Lacan, J., "La familia", En Otros Escritos, Paidós, Bs. As., 2012.*
11 *Recalcatti, M., El complejo de Telémaco. Padres e hijos tras el ocaso del progenitor, Anagrama, Barcelona, 2014.*

plicarse y es coordinado con el síntoma, donde la lógica de la sexuación reemplaza a las identificaciones de los sujetos al *"tipo ideal de su sexo",*[12] y donde el nudo borromeo resulta el instrumento por excelencia para pensar la clínica. En ese sentido PP forma filas con Freud y mantienen el mismo sueño: el del padre y el del Edipo, sólo que PP lo sostiene para rechazarlo. El primer epígrafe por nosotros elegido (*"no necesitamos ni ideología ni marido"*) se complemente con: ni padre.

B. que su discurso se enmarca en lo que en el *Seminario 17* Lacan desbroza como el discurso universitario. Sería necesario entonces releer éste para captar con precisión la posición de enunciación de PP.

Ahora bien, el decir de PP muestra a cielo abierto una conclusión que solo en filigrana se captaba en el discurso analítico: la sexualidad no se deja ordenar más bajo el semblante del Edipo, y ella hoy empuja a un gozar sin límites.

Si como enseño Lacan la verdad que el inconsciente revela es que no hay relación sexual, *"cada ser humano es 'trans', ya sea transfuga o transhumante, en tránsito o en transferencia de un lugar a otro"*[13]. Ergo, lo trans se vuelve paradigma que, al decir de E. Laurent, abarca toda la *queerización* del sexo. Bassols nos dice que *queer* es lo extraño, lo poco usual, lo raro y excéntrico, lo que es sin par, lo que está torcido, lo que se desvía siempre de una supuesta normalidad (p. 65). No hay mejor manera de definir la sexualidad del *parletre*, independiente de los avatares de sus elecciones.

Este paradigma trans demanda a nivel social una atención especial a los fuertes pedidos de despatologización, y exige del clínico una aproximación que atienda más a los modos de anudamiento de RSI para cada quien que a la atención de las categorías que aporta la psiquiatría (aunque sin despreciarlas).

Una interpelación a recoger

3. Maleval ha sido quien mejor subrayo la importancia de la intervención de Preciado en la ECF como instancia de interpelación al modo actual del dispositivo institucional del pase. Interrogado por como inciden los modos de goce a la hora de que un analizante se presente al pase, no dejo por fuera la pregunta por cómo un anudamiento subjetivo no borromeo podría presentarse a esta experiencia, ya que hasta el momento contasta que todos los pasantes muestran una articulación entre el sinthome e inconsciente. ¿Podrían presentarse sujetos en donde el sinthome se muestra "desabonado del inconsciente"? Por último, Maleval resalto la advertencia bien ubicada por PP de las persistentes imbricaciones entre el psicoanálisis y el discurso de la psiquiatría, y cómo ella produce el uso de ciertos significantes (neurosis, psicosis, perversión) incluso en el uso actual del pase.

Nos parece crucial –siguiendo a Maleval- poder despejar aquellas críticas que de forma infundada catalogan al psicoanálisis en tanto praxis como formando parte del régimen heteropatriarcal, de aquellas otras que tocan "puntos ciegos" de su práctica institucional. En esto último el discurso de PP resulta un apoyo vivaz. Creo que ahí está la apuesta en ser "dócil a lo trans".[14]

---

12 *Lacan, J., "La significación del falo", en Escritos 1, siglo XX, México, 1995.*

13 *Bassols, M., La diferencia de los sexos no existe en el inconsciente. Sobre un informe de Paul B. Preciado dirigido a los psicoanalistas, Grama edic, Bs. As., 2021, pg. 26.*

14 *Este sintagma fue acuñado por J.A. Miller.. Disponible en: https://laregledujeu.org/2021/04/22/37014/transsexuel-docile-au-trans/*

GÉNERO Y PANDEMIA: ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LA POBLACIÓN ASISTIDA, ENTRE ABRIL DE 2020 Y ABRIL DE 2021, EN UN PROGRAMA DE TELESALUD MENTAL.

Humberto Persano [A], David Gutnisky [B], María Victoria Kugler [C], Florencia Alul [D], Ana Azrilevich [E], Eva Cángaro [F], Natalia Iarussi [G], Ignacio Mosquera [H], Rafael Pozo Gowland [I]

INTRODUCCIÓN

El Programa Salud Mental Responde (SMR) es un dispositivo dependiente de la Dirección General de Salud Mental, del Ministerio de Salud de la CABA, que brinda orientación y atención interdisciplinaria telefónica a personas de CABA que requieran asistencia o acompañamiento por salud mental, los siete días de la semana, las veinticuatro horas del día. La línea es atendida por psicólogos y psiquiatras que realizan una evaluación integral a partir del motivo de consulta referido. Los datos recabados y las intervenciones realizadas en cada llamado son registrados en la Historia Integral de Salud (HIS 2.0) del Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGEHOS), lo cual permite la comunicación y el trabajo articulado con otros efectores y profesionales del sistema de salud. Los datos son almacenados en archivos digitales anónimos y confidenciales (Gonzalez, C.B. et al. 2019).

El presente trabajo tiene como propósito realizar un análisis sociodemográfico de la población asistida entre abril de 2020 y abril de 2021 analizando diferencias que pueden encontrarse en las diferentes variables en función del género.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente trabajo la metodología de análisis de datos fue descriptiva y retrospectiva. Los registros fueron almacenados en archivos digitales. Los datos obtenidos a partir de dichos registros fueron tratados anónimamente, respetando la confidencialidad de los usuarios. La muestra se conformó por un registro longitudinal de 13.301 llamados, registrados por el Programa SMR durante el período comprendido entre abril de 2020 y abril de 2021 (n=13.301).

Para el análisis descriptivo se utilizó la planilla de datos Excel y el SPSS.15 para los análisis comparativos. Se fija el valor de significación en (p=< 0.05).

RESULTADOS

Del total de 13.301 llamados, el 72,2% correspondió al género femenino (9.607 llamados), el 27,4% correspondió al masculino (3.644 llamados), el 0,1% al género "otros" (14 llamados), con 36 llamados sin datos respecto el género (0,3%).

Franja Horaria de los Llamados

En la distribución de los llamados según el rango horario en el que se establecieron, se observó en el total de los 13301 llamados recibidos la siguiente distribución: el 8,1% (1079 llamados) se produjeron entre las 2 y las 8 hs, el 31,9% (4237 llamados) se produjeron entre las 8 y las 14hs, el 40,4% (5373 llamados) entre las 14 y las 20 hs, el 19,6% (2612 llamados) se produjeron entre las 20 y las 2 hs. La proporción de llamados entre las 8 y 14 hs es significativamente mayor en personas del género masculino (33,7% de 3644 llamados) que en personas del género femenino

[A] *Psiquiatra. Dirección General de Salud Mental. CABA. Argentina. hpersano@gmail.com*
[B] *Psiquiatra. Dirección General de Salud Mental. CABA. Argentina. davidgutnisky@gmail.com*
[C] *Psicóloga. Dirección General de Salud Mental. CABA. Argentina. lic.victoriakugler@gmail.com*
[D] *Psiquiatra. Dirección General de Salud Mental. CABA. Argentina. florencia.alul@gmail.com*
[E] *Psicóloga. Dirección General de Salud Mental. CABA. Argentina. anaazrilevich@gmail.com*
[F] *Psicóloga. Dirección General de Salud Mental. CABA. Argentina. evacangaro@gmail.com*
[G] *Psicóloga. Dirección General de Salud Mental. CABA. Argentina. natalia.iarussi@gmail.com*
[H] *Psicólogo. Dirección General de Salud Mental. CABA. Argentina. ignacio.j.mosquera@gmail.com*
[I] *Psicólogo. Dirección General de Salud Mental. CABA. Argentina. rafael_pg@hotmail.com*

(31,1% de 9607 llamados). Mientras que la proporción de llamados entre las 20 y 2 hs es significativamente mayor en personas del género femenino (20,2% de 9607 llamados). Por su parte, los llamados provenientes de los géneros consignados bajo la categoría "otros" ocurren en una proporción significativamente menor entre 14 y 20 hs respecto la población general (14,3% de 14 llamados).

Grupos Etarios

Se realizaron cortes de edad cada 10 años (esto es: 0 a 9 años, 10 a 19 años, progresivamente hasta la categoría "80 años o más").

Considerando que en la muestra global el 72,2% de los llamados provinieron de femeninos y el 27,4% de masculinos, en todos los grupos menores a 50 años se observó un aumento significativo en la proporción de llamados de masculinos (61,3% de 62 llamados, para 0 a 9 años; 34,1% de 484, para 10 a 19 años; 36,7% de 1.478, para 20 a 29 años; 39,3% de 1.918, para 30 a 39 años; 38,3% de 2.272, para 40 a 49 años) y un consecuente descenso en los provenientes de femeninos en esos mismos grupos (38,7%, 64,3%, 63,1%, 60,2% y 61,4%, respectivamente).

Esta tendencia se vio invertida a partir de los 50 años, donde se registró un aumento significativo en la proporción de llamados de femeninos (79,9% de 2.743 llamados, para 50 a 59 años; 82,6% de 2.041 llamados, para 60 a 69 años; 86,6% de 1.285 llamados, para 70 a 79 años; 89,3% de 450 llamados, en 80 años o más) y un correspondiente descenso de la proporción de llamados masculinos para los mismos grupos (19,8%, 17,2%, 13,2% y 10,7%, respectivamente).

Se identificó, por otro lado, un aumento significativo de la proporción de llamados de otro género para el grupo etario de 10 a 19 años (8 llamados, representando el 1,7% de ese grupo).

Comunicaciones Previas a la Línea SMR

El género femenino presentó un aumento significativo de llamadas previas a la línea, representando un 40,5% sobre un total de 9607 llamados femenino, esta tendencia se ve invertida en el género masculino que resulta significativamente mayor en cifra que no consultaron previamente a la línea siendo un 69,8 % sobre un total de 3644 llamados masculinos.

Antecedentes de Tratamiento por Salud Mental

Se observó un aumento significativo en género femenino que presentaban antecedentes de tratamiento por Salud Mental representado un 70,5 % de los llamado femeninos (sobre un total de 9607 llamados femeninos), mientras que el género masculino presentó un aumento significativamente mayor de personas que no contaban con antecedentes de tratamientos previos por salud mental, siendo un 34,1 % (sobre un total de 3644 llamados masculinos).

Problemáticas Prevalentes

En la Tabla 1 se presenta la distribución de Problemáticas Prevalentes registradas en función del género. Se observó para el género femenino un aumento significativo para las siguientes problemáticas: angustia, duelo, trastorno del estado de ánimo, violencia familiar y de género. Mientras que el género masculino presentó un aumento significativo para las siguientes problemáticas: síntomas psicóticos y consumo problemático de sustancias. Se verificó un aumento significativo en la prevalencia de ideación suicida en llamados de otros géneros respecto el universo de llamados.

Motivos de Consulta

En la Tabla 2 se presenta la distribución de Motivos de Consulta registrados en función del género. Los llamados del género femenino presentaron un aumento significativo en búsqueda de apoyo psicosocial, contención verbal y/o evaluación por salud mental. Los llamados del género masculino presentaron un aumento significativo en la búsqueda de información e interrupción del tratamiento por salud mental. En otros géneros respecto la población general, se destaca un aumento significativo en llamados por situación de crisis o urgencia.

Conclusión del llamado

En la Tabla 3 se presenta la distribución de la categoría Conclusión del llamado registrada en función del género. Se observó que la proporción de llamados que se pudieron resolver en la

misma comunicación es significativamente mayor en el género femenino. Por su parte, el género masculino presentó un aumento significativo de llamados que se resolvieron orientándose a tratamiento según su área programática. Se observa asimismo un aumento de llamados provenientes del género masculino que requirieron activar el dispositivo de urgencia.

Tabla 1. ***Distribución de problemáticas prevalentes según género***

Entre las problemáticas detectadas en el llamado se incluye:	Género								
	Femenino		Masculino		Otro		Sin datos	Suma total	%
	Casos	%	Casos	%	Casos	%			
Ansiedad y/o Temor	4.401	45,8	1.615	44,3	1	7,1	15	6.032	45,3
Angustia	1.315	13,7	367	10,1	3	21,4	0	1.685	12,7
Trastorno del estado de ánimo	2.469	25,7	795	21,8	6	42,9	8	3.278	24,6
Síntomas psicóticos	932	9,7	416	11,4	1	7,1	3	1.352	10,2
Ideación suicida	43	0,4	26	0,7	1	7,1	0	70	0,5
Consumo problemático de sustancias	230	2,4	235	6,4	0	0	1	466	3,5
Violencia familiar y/o de género	233	2,4	51	1,4	1	7,1	1	286	2,2
Duelo	205	2,1	46	1,3	0	0	0	251	1,9
Total de llamadas	9.607		3.644		14		36	13.301	

Tabla 2. ***Distribución de motivos de consulta según género***

Motivo de consulta	Género								
	Femenino		Masculino		Otro		Sin datos	Suma total	%
	Casos	%	Casos	%	Casos	%			
Búsqueda de información y/o orientación	3.149	32,8	1.568	43,0	5	35,7	8	4.730	35,6
Situación de crisis y/o urgencia	84	0,9	39	1,1	1	7,1	0	124	0,9
Contención verbal, apoyo psicosocial y/o evaluación por Salud Mental	5.978	62,2	1.839	50,5	8	57,1	19	7.844	59,0
Interrupción de tratamiento de Salud Mental	320	3,3	162	4,4	0	0	3	485	3,6
Sin datos	76	0,8	36	1,0	0	0	6	118	0,9
Total de llamadas	9.607		3.644		14		36	13.301	

Tabla 3. ***Conclusión del llamado***

Conclusión del Llamado	Género									
	Femenino		Masculino		Otro		Sin datos		Suma	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%			Total	%
Se activa dispositivo de Urgencia	28	0.3	21	0.6	0	0	1	2.8	50	0.4
Se acuerda un llamado posterior desde SMR	469	4.9	185	5.1	1	0	2	5.6	657	4.9
Se completa planilla seguimiento para derivar	243	2.5	106	2.9	0	0	1	2.8	350	2.6
Se orienta por área programática	2727	28.4	1224	33.6	3	21.4	11	30.6	3.965	29.8
Se resuelve en el mismo llamado	6063	63.1	2079	57.1	10	71.4	20	55.6	8172	61.4
Sin datos	77	0.8	29	0.8	0	0	1	2.8	107	0.8
Total de llamadas	9607	3644	14	36	13301	100				

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El uso significativamente mayor de la línea por parte del género femenino, coincide con los resultados obtenidos en diversas investigaciones que demuestran que las mujeres "consultan más" o "hacen más uso" del sistema formal de salud. Al respecto Ballesteros señala, siguiendo a Gómez Gómez (2002), algunas hipótesis explicativas de tal fenómeno: "por la socialización de género, las expectativas culturales y los ejercicios concretos de las mujeres del rol de "cuidadoras" de la salud, hace que estén más familiarizadas con el reconocimiento de los síntomas y predispuestas a la búsqueda de atención. Además, distintas investigaciones han encontrado que los hombres tienden a ver a la enfermedad y a la atención como símbolos de debilidad" (2014, 47), de ahí que consulten menos al sistema de salud y recurran a otras formas de tratamiento de su malestar. En línea con este planteo la Organización Panamericana de la Salud (2009) señala que "los patrones sociales y culturales determinan que los hombres y mujeres reaccionen de manera diferente. Por ejemplo, los hombres tienden a reprimir las emociones dolorosas y expresarlas se interpreta como una debilidad. Su respuesta emocional puede ser la ingesta exagerada de alcohol o las conductas violentas. Las mujeres tienden a comunicarse más fácilmente entre sí, a expresar sus temores, así como buscar apoyo y comprensión para sí misma y sus hijos". Este dato muestra diferencias en el acceso vinculadas a dimensiones simbólicas y culturales que atraviesan los procesos de atención en salud.

También se ha señalado que las mujeres utilizan los servicios en mayor proporción de forma preventiva, mientras que los hombres lo hacen más frecuentemente de forma curativa (Checa, 2000; López et al., 2005). Por todo lo anterior entendemos que el género y la edad, además de ser factores demográficos, deben ser consideradas variables vinculadas con la estructura social para explicar el acceso y la utilización de los servicios de salud.

En función de los resultados obtenidos, y en línea con otros trabajos y estudios publicados, se destaca la importancia de incorporar un enfoque de gènero en el análisis de las variables de salud, a fin de comprender y visibilizar las diferencias que pueden encontrarse tanto en las presentaciones clínicas como en los modos de circulación dentro del sistema de salud. Contar con estadisticas desagregadas por sexo, si bien es condicion mínima, no implica que se haya realizado un estudio

con enfoque de género. Esto implica un posicionamiento frente a todo el proceso, desde el diseño metodológico, la recolección de datos, hasta el análisis de los mismos. Es necesario entonces resaltar la distinción entre "enfoque de género en las estadísticas" y "estadísticas de género" (INE, 2015).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ballesteros, M. (2014). Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios. Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA Editorial/Editor.

CEPAL. (2013). Repositorio CEPAL. Obtenido de Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo.: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf

Gómez-Gómez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Revista Panamericana de Salud Pública, 11(5), 327-334.

González, C. B., Bordoni, M. V. G., Stieben, A., & Baum, A. J. (2019). Strategies in the implementation of standards for the identification of patients on legacy software in the Health System of Buenos Aires City. Electronic Journal of SADIO (EJS), 18(2): 21-38.

INE (2015). Guía metodológica para incorporar el enfoque de género en las estadísticas. Departamento de estudios sociales, Sección de estadísticas de género. Chile

OPS (2009). Protección de la Salud Mental en situaciones de epidemias.

Capitulo VI

Abordajes Interdisciplinarios

PROGRAMA SISTÉMICO DE ASISTENCIA INTEGRAL E INCLUSIÓN DIGITAL: REDES + REDES PARA PERSONAS MAYORES

Gabriela Salusso [A]

Introducción

Según el Censo de 2010, el partido de Vicente López tiene 274.082 habitantes, sobre una superficie de 33,77 Km2 . Es uno de los 135 partidos de la Provincia de Buenos Aires. La densidad poblacional es de 6.946,9 hab./ km², registrando una variación negativa de 4.662 respecto del anterior censo. La población de mujeres es de 143.628. El 27% de la población es de tercera edad. Se visualiza un cambio demográfico que va en línea con una "megatendencia" mundial e impone la implementación urgente de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, destacando los derechos humanos de las personas mayores. Los principios de universalidad y no discriminación que guían la Agenda 2030, ofrecen la posibilidad de utilizar los instrumentos internacionales de derechos humanos para el diseño de políticas públicas (CEPAL, 2018).

En los datos estadísticos generales del Censo de Vicente López, se observa que ha decrecido en cantidad la población del Municipio. Según sus barrios, adquiere diversas características: la zona cercana al Río de la Plata, en los barrios de Olivos, Vicente López, Florida y La Lucila posee muchos clubes y lugares de esparcimiento para personas mayores. En efecto, la densidad poblacional de personas mayores se destaca allí.

Antecedentes

Durante el año 2016, la Subsecretaría de Desarrollo Humano del Municipio de Vicente López efectuó un censo de población, hogares y viviendas en los asentamientos y villas de emergencia localizados en su territorio. El operativo se llevó a cabo en siete zonas del partido. Se censaron 2.763 viviendas, en cuanto a la población, el censo relevó información acerca de 11.247 personas que residen en las villas de emergencia y asentamientos de Vicente López. La población de tercera edad representa el 5,2%.

Respetando los requerimientos de gestión que demanda la aplicación de las políticas sociales y públicas en la actualidad, el Municipio encaró una reestructuración institucional, dándole estructura propia e independiente al área social con la creación de la Secretaría de Desarrollo Social, con la ahora Subsecretaría de Promoción y Protección, que realiza acciones descentralizadas en los barrios y programas específicos tendientes a la promoción y protección de derechos.

El PROGRAMA SISTEMICO DE ASISTENCIA INTEGRAL E INCLUSIÓN DIGITAL

A raíz de la pandemia registrada en nuestro país y la consiguiente cuarentena decretada por el Gobierno Nacional, se inicia el programa "Soy Parte", PROGRAMA SISTEMICO DE ASISTENCIA INTEGRAL, abocado a la contención y acompañamiento de los Personas Mayores con una perspectiva sistémica, tomando el modelo ecológico de U. Bronfenbrenner (Bronfenbrenner,1987) analizando desde un enfoque ambiental, los diferentes sistemas, la relación y la inserción de las personas mayores en los diferentes niveles : individual, familiar, comunitario y social, y las necesidades de acompañamiento psicosocial de las mismas.

De acuerdo a lo que señala M. Wainstein, la teoría sistémica constituye hoy el modelo predominante en el estudio de la familia, que la define como un sistema abierto con propiedades que están vinculadas a sus interacciones más que a sus elementos aislados (Waisntein 2016). Cada persona puede aportar al sistema familiar una multiplicidad de recursos que pueden ser muy variados (Gimeno Collado, 1999).

[A] Lic en Psicología. Subsecretaria de promoción y Protección de Derechos Municipalidad de Vicente López. Buenos Aires. Argentina. gabriela@salusso.com.ar

El gran desafío del programa fue no solo acompañar a las personas mayores, sobre todo a aquellas que estaban solas, sino intervenir para revincularlas con redes familiares.

La finalidad del programa: generar REDES vinculares e incluir digitalmente mediante REDES, da origen al subtítulo del presente trabajo: REDES + REDES PARA PERSONAS MAYORES.

Con una población objetivo de 7000 personas y 1600 voluntarios, el programa requirió de:

- La planificación estratégica para su diseño eficaz.
- El establecimiento de un organigrama.
- Establecimiento de un protocolo de derivaciones.
- Reuniones de trabajo, bajo la modalidad on line, que dieron inicio a las tareas de vinculación.
- La puesta en marcha y posterior ejecución del programa.
- La convocatoria a voluntarios.
- El armado del equipo de monitoreo permanente.
- El aprovechamiento de información disponible.

El 100 por ciento de los Adultos Mayores fueron asignados a voluntarios con el fin de ser contactados en forma telefónica. El principal objetivo del programa consistió en dar contención a las personas mayores que no tuvieran red de apoyo familiar o social, brindando un espacio vincular para el conocimiento de sus necesidades. Analizando los contextos y las posibilidades de accionar, tuvimos en cuenta que la realidad es la que nos modifica en nuestras prácticas y vínculos, es la que nos permite proyectar hasta donde llegaremos. (Wainstein,2016)

Las acciones fueron direccionadas para dar respuesta a las necesidades principales:

1. Recetas
2. Compra de medicamentos
3. Alimentos
4. Atención psicológica
5. Compras varias
6. Violencia
7. Vacunas y vacunas a domicilio (antigripal)
8. Consultas varias
9. INCLUSION DIGITAL

El monitoreo permanente permitió darle seguimiento a las necesidades expresadas y realizar derivaciones. El esfuerzo institucional tuvo como objetivo beneficiar a las Personas Mayores más vulnerables del municipio. La cobertura lograda fue del 100 por ciento de atención de la población objetivo.

De acuerdo a lo señalado por de Lellis, la situación de salud se vincula con la vida cotidiana de los individuos y las poblaciones, siendo este el espacio privilegiado de intervención de la salud pública. (Saforcada et al., 2010)

Para establecer un seguimiento y monitoreo diario, se completó un tablero de control que contempló los ingresos totales de cada fuente de derivación:

- Mails
- Ventanilla única
- Informes diarios
- Ingresos varios
- Ingresos telefónicos.

Se realizaron 180 acompañamientos psicológicos, talleres de estimulación cognitiva y 35 talleres recreativos de distinto tipo (culturales, deportivos, etc).

La investigación

Con el transcurrir del programa, se realizó una investigación para permitió obtener información respecto a:

Datos sociodemográficos, grados de vulnerabilidad social, perfil educativo, situación

habitacional, acceso a la salud, afectación a raíz del aislamiento, intereses, potencialidades, redes socio vinculares y acceso digital de las personas mayores.

Los items utilizados han sido propuestos por un equipo interdisciplinario de psicólogos y trabajadores sociales. El estudio es cuantitativo, transversal, descriptivo, comparativo con muestras no probabilísticas, intencionales. Se utilizaron muestras respecto a dos universos: A) 5616 personas mayores y B) 105 personas mayores.

Los datos resultantes fueron clasificados y direccionados para dar respuesta a las necesidades principales. El acceso a INTERNET fue la mayor dificultad observada.

Se tomó una población objetivo total en el programa de 7000 personas mayores, una muestra de 5616 personas activas en el programa y una muestra específica para estudios comparativos de 105 personas.

Se realizó una entrega de 829 Tablets al 15 por ciento de la población activa en programa (5616).

De la muestra para el análisis específico (105 personas) solo el 33 por ciento posee y usa internet. Sobre dicha muestra se analizó quienes recibieron la vacuna contra el COVID-19, resultando vacunada el 63 por ciento de la población en el mes de mayo de 2021.

A partir de la investigación se realizaron políticas públicas tendientes a minimizar las dificultades observadas y lo generado por el aislamiento social.

ACCIONES DE INCLUSION DIGITAL:

- Entrega de 829 Tablets
- Programa inmigrantes digitales (inclusión digital)
- Talleres de zoom
- Talleres wapp
- Capacitación en uso de UBER brindando los viajes de traslado gratuit para la vacunación contra el COVID-19.

Conclusiones:

Si bien las personas mayores son las más vulnerables desde el punto de vista biológico, lograron un buen nivel de adaptación. Se formula que para poder incluir totalmente a las personas mayores aisladas en un marco de pandemia, es necesario generar redes vinculares e implementar procesos de alfabetización digital que permitan su inclusión plena en la sociedad.

Hasta el momento hemos logrado vincular exitosamente generando REDES+REDES, revinculando a las personas mayores con familiares, amigos, vecinos, utilizando los medios digitales para efectivizar dichos vínculos.

Bibliografía:

Bateson, G. (1993) Pasos hacia una ecología de la mente. Gedisa.
Bateson, G. (1979) Espíritu y naturaleza. Buenos Aires: Amorrortu.
Bronfenbrenner, U. (1987). La ecología del desarrollo humano. Paidós.
Bruner J. (2004) Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia. Gedisa
CEPAL (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. México: Sandra Huenchuan. https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva
Dabove, M. I. (2018). Derecho de la vejez. Fundamentos y alcance. Astrea.
Dabove, M. I. (2017). Derechos humanos de las personas mayores. Acceso a la justicia y protección internacional (2a ed.). Astrea.
Dabove, M. I. (2013). Elder law: a need that emerges in the course of life. Ageing International, (40), 138-148. https://doi.org/10.1007/s12126-013-9193-4
Dabove, M. I. (2008). "Derecho y multigeneracionismo: o los nuevos desafíos de la responsabilidad jurídica familiar en la vejez" en Revista de Derecho de Familia, (40), 39-54.
Dabove, M. I. (2002). Los derechos de los ancianos. Ciudad Argentina.
Dabove, M. I. (1996). La condición de la mujer anciana desde la perspectiva del derecho. Bioética y Bioderecho, (1), pp. 49-54.
Di Tullio Budassi, R. G. (2008). El Derecho alimentario de los ancianos. Derecho de Familia. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia, (38), 64-82.
Fernández Savater, A. (2020). Habitar la excepción: pensamientos sin cuarentena https://www.filosofiapirata.net/habitar-la-excepcionpensamientos-sin-cuarentena-i/
Figueroba, Alex. Envejecimiento activo: ¿qué es? Definición y factores clave, viviendo la salud.

https://viviendolasalud.com/cuerpo-y-mente/envejecimiento-activo
Gimeno Collado, A. (1999). La familia: el desafío de la diversidad. Barcelona: Ariel Psicología.
Guerrini, M. (2010) " La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social" en Revista Margen. Edición Nro 57.
IntraMed (2021). Clínica de la soledad. ¿Por qué también es un problema médico? 2 de junio. https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=98270
Masa'deh R, (2020) "Influencia de las plataformas de redes sociales en la protección de la salud pública contra la pandemia COVID-19 a través de los efectos mediadores de la conciencia de la salud pública y los cambios de comportamiento: modelo integrado" en Revista electrónica de Psicología Social. 19 de agosto de 2020.
https://revista.fder.edu.uy/index.php/rfd/article/view/760
Saforcada, E; de Lellis, M; Mozobancyk, S. (2010). Psicología y Salud Pública. Buenos Aires: Paidós.
Wainstein, M. (2016) Escritos de Psicología Social. Buenos Aires: JCE Ediciones.
Walsh, F. (2004) . Strenghening Family Resilience. New York: Gilford Press

HACIA LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS REFLEXIVAS EN PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL. UNA PROPUESTA DE INNOVACIÓN DIDÁCTICA EN EL SEMINARIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y SALUD

Analía Adriana Uva [A]

El presente trabajo apunta a considerar la necesidad de realizar una propuesta de innovación pedagógico-didáctica en las prácticas de enseñanza de la asignatura Seminario de Educación Especial y Salud, la cual se dicta en 4to año de la Licenciatura en Educación Especial de la Universidad Nacional de Río Cuarto.

La temática a trabajar se vincula con el eje relacionado a una propuesta de innovación pedagógico-didáctica en las prácticas de enseñanza y los procesos de formación universitarios, correspondiente al trabajo final de la Especialidad en Docencia Universitaria de la Universidad Nacional de La Plata. La cátedra en la que se realiza la intervención es un seminario, que se dicta en 4to año, perteneciente a la carrera Lic. en Educación Especial de la Universidad Nacional de Río Cuarto.

Contextualización y justificación del tema

Para comenzar a trabajar se consideró relevante realizar una revisión de las incumbencias profesionales correspondiente al Plan de estudios 1998-versión 3 del Profesorado en Educación Especial, Resolución Nº442/2017. En relación a la Lic. en Educación Especial, su plan de estudios corresponde al año 2002 Resolución Nº414/2017. Contextualizar esas incumbencias en tiempo y espacio en relación al rol profesional permitirá poder analizar y a partir de allí intentar generar cambios significativos en la presentación de las actividades en el interior de la asignatura.

El poder situar la asignatura nos va a permitir conocer el conjunto de situaciones que pueden incidir en el análisis realizado, poder reconocerlas nos da la posibilidad de comprenderlas e intervenir en relación a ello. Se trata de la trama de fenómenos, acciones, interacciones y determinaciones que conforman un escenario.

En las revisiones realizadas, se advirtió que el estudiante del Profesorado y Lic. en Educación Especial llega a 4to año, sin poder establecer una vinculación específica de su formación académica con la salud (Uva, 2020).

Durante el 2019 y 2020 se realizaron entrevistas a profesionales de la Educación Especial donde se intentó visualizar la problemática. Se entrevistaron a profesionales que ejercen su actividad

[A] *Docente UNRC. en catedras de la Lic. en Educacion Especial y Lic. en Psicopedagogia. Lic. en Psicopedagogia. Mgter. en Educacion y Universidad. Diplomada en Nueroeducacion para el Aprendizaje. Rio Cuarto. Córdoba. Argentina. adrianauva@hotmail.com*

profesional en diferentes consultorios y centros de rehabilitación, públicos y privados de la Ciudad de Río Cuarto y la localidad de Las Higueras. Se aplicaron entrevistas abiertas, en las cuales los interrogantes apuntaban a conocer su accionar profesional y paradigmas que subyacen a la base de su actividad profesional. Los ejes analizados en las entrevistas apuntan a conocer sus posicionamientos en relación a la salud-enfermedad, campo de la salud, la concepción de sujeto y conceptos de salud-enfermedad-cuidado como eje transversal de las prácticas que llevan a cabo.

En la mayoría de la población entrevistada se observa que la salud y la enfermedad son consideradas categorías analizadas a-históricas, biológicas e individuales sin visualizarla como parte de un proceso con múltiples determinaciones que incluso trascienden al propio campo de salud.

"Comprender que la salud-enfermedad no es sólo un problema biológico ni tampoco sólo social, sino que su mera existencia se expresa y se manifiesta como resultado de un complejo entramado de relaciones, principalmente de poder, presentes en cada forma de organización política, económica y social" (Lopez, 2016, p.6).

En relación a ello, las respuestas obtenidas en las entrevistas y encuentros realizados con diferentes profesionales, se puede visualizar que si bien se hace hincapié en conceptos integrales y dinámicos, cuando hacen referencia a salud enfermedad, donde no se presentan como un estado permanente sino que se modifica en virtud de las condicionantes ambientales, se puede afirmar también, que en algunos puntos concibe a la salud como la mera ausencia de la enfermedad. Queda al descubierto la fragmentación por áreas de un sujeto en el tratamiento que se lleva a cabo, se dice trabajar de manera interdisciplinaria y al escuchar su relato se observa que no es así, donde la palabra del médico tratante, generalmente, es la orientadora y guía de los tratamientos que se realizan pero no hay una construcción conjunta, un diálogo abierto entre los profesionales para acordar diferentes criterios en relación a la situación particular de cada paciente.

Cuando se hace referencia al trabajo interdisciplinar, no solamente hay que pensar en los diferentes profesionales intervinientes en una situación, sino considerar un contexto amplio, acompañantes, profesionales, familiares, terapista y lograr construir conjuntamente la demanda para elaborar los objetivos de tratamiento con prioridades en la implementación acordes a las necesidades observadas. Los Profesores y Lic. en Educación Especial que forman parte de los equipos de trabajo, su participación en este proceso de trabajo con diferentes actores es de suma importancia. Si bien su rol está vinculado preferentemente al área educativa, el lugar que ocupa dentro del proceso de trabajo que realiza es significativo para el logro de resultados significativos en la salud integral de la persona con la que trabaja.

Quizás sea relevante considerar la posibilidad de construcciones analíticas a través de la relación de conceptos que creemos significativos y a la vez poder visualizar la realidad profesional desde otra perspectiva. Es decir, la posibilidad de plantear vías que permitan deconstruir ciertas estructuras fijas, para ser construidas o reconstruidas por el sujeto de aprendizaje, de carácter singular, que se genera en relación con un objeto de estudio específico y con sujetos particulares.

Para ello, se considera relevante pensar diferentes propuestas didácticas que permitan al estudiante deconstruir y re-construir reflexionando sobre ciertos paradigmas instalados en contextos de salud. Generar espacios de reflexión y discusión, en el cual el estudiante pueda ampliar las perspectivas y apostar a una visión integral de salud.

La enseñanza se conceptualiza como una práctica social que se expresa en el trabajo con el conocimiento, es decir cómo se comparte y construye con otros, aspecto importante a considerar en la práctica docente.

El objetivo prioritario de las prácticas de enseñanza, sería fortalecer capacidades para generar las mejores alternativas pedagógico - didácticas a los fines de la enseñanza, construir conocimientos desde y en las propias prácticas.

Se pretende trabajar realizando una construcción metodológica, donde no se considera un método único posible sino un abordaje integral cuya construcción requiere la articulación con los contenidos, los sujetos, el ámbito y los contextos donde se trabaje.

Marco conceptual de la propuesta.

Retomando lo expuesto hasta el momento, es necesario, realizar un trabajo con el conocimiento, con los contenidos a trabajar, demarcando la estructura conceptual de la disciplina y el enfoque de la misma por el que se opta, analizando los diferentes paradigmas vigentes. No es posible pensar nada en la enseñanza en términos metodológicos, si no se tiene claro primero aquello que va a constituirse en objeto de estudio y por tanto de enseñanza. Para iniciar esta construcción demanda en primer término recorrer la disciplina, la historia de su desarrollo, las principales preguntas que se formularon, los debates de mayor resonancia entre otros (Díaz Barriga, 1985).

Achilli (1990) afirma que es necesario desentrañar, descifrar, para no limitarnos sólo a aquello que aparece en la superficie, pero que demanda planos de problematización. En esta perspectiva, se invita al estudiante a realizar una reflexión sobre la relación teoría-empírica y sobre el papel de quien está indagando desde el lugar.

Gloria Edelstein (2007) concibe el análisis didáctico "como herramienta intelectual sustantiva orientada a la indagación, al estudio de las propias prácticas, no como estrategia coyuntural sino como una búsqueda sistemática de claves que permitan una mayor comprensión de sí y de la propia actuación" (p.57).

El análisis didáctico, implica abordar una acción interpretativa acerca de lo que identificamos en un comienzo en los registros de observación, respecto de la clase y las relaciones que se establecen. La práctica de la enseñanza supone "una buena configuración para la enseñanza de este campo disciplinar genera un espacio de construcción de conocimiento en donde se reflexiona acerca del quehacer de la clase (…) propone una suerte de distanciamiento en donde se analizan los acontecimientos vividos en base a las mismas dimensiones que componen el campo. La reconstrucción que se plantea, implica rever esas dimensiones desde perspectivas diferentes y con múltiples entrecruzamientos." (Litwin, 1993: 129 en Edelstein, 2007 p.56).

La clase pensada en términos didácticos, no es una mera sumatoria de contenidos, también se requiere darle forma de una estructura integrada, una configuración particular. De esta manera, el estudiante puede comprender ciertos saberes y conocimientos, y al mismo tiempo se apropia de las relaciones que se establecen con el saber (Edelstein, 2007).

En relación a la propuesta innovación se considera relevante realizar una revisión de las incumbencias profesionales del Lic. y Profesor en Educación Especial, contextualizarlas en tiempo y espacio en relación al rol profesional y a partir de allí intentar generar cambios significativos en el interior de la asignatura.

La misma, estaría relacionada con brindar contenido teórico/ práctico, permitiendo reflexionar sobre el concepto de salud y hacer especial hincapié en el paradigma de salud integral. Trabajar la relación entre salud y educación ya que se perciben por parte de los alumnos como conceptos dicotómicos con pocas posibilidades de relación. Para ello es necesario generar propuestas didácticas que permitan visualizar esta relación ubicándose al alumno en su futuro rol profesional y pueda reflexionar sobre el contenido presentado. Se pretende generar diferentes alternativas que le permitan al estudiante establecer relaciones entre su futuro rol profesional con el ámbito de la salud.

Como docente, se pretende a partir de esta propuesta, intervenir a nivel de las macro-decisiones, las cuales refieren a la elaboración de propuestas metodológicas, generando a partir de ellas un espacio de reflexión que permita al estudiante establecer relaciones sustantivas entre la Educación Especial y su vinculación con el campo de la salud.

Referencias bibliográficas

Achilli, E. (1990). Antropología e investigación educacional. Aproximación a un enfoque constructivista indiciario. CRICSO. Fac. de Humanidades y Artes. Rosario.

Díaz Barriga, A. (1985). Didáctica y curriculum. Ediciones Nuevomar. México.

Edelstein, G. (2007). Didáctica y orientaciones prácticas. ¿Una obstinación o un desafío? Aportes al debate. Itinerarios Educativos. 1(3), 38-59. UNL. Disponible en https://doi.org/10.14409/ie.v1i3.3913

López, S. (2016). De qué hablamos cuando decimos medicina social/colectiva. Conceptos y categorías de análisis.Cap.1 en Pro-

blematizando la salud. Aportes conceptuales y experiencias de trabajo en territorio desde la perspectiva de la Medicina Social /Salud Colectiva. Libro de cátedra.
Uva, A. (2020). Abordaje del Sujeto con Necesidades Especiales en el Campo de la Salud. ¿Qué es la Salud? ¿Quiénes se consideran trabajadores de la Salud? en Salud Pública y Salud Mental / Trimboli, A. et al.; compilado por Trimboli A. et al. 1a de volumen combinado. AASM. Buenos Aires: Libro digital, PDF

TRASTORNOS NEUROMOTORES DETERMINANTES DE REHABILITACIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN: TIPOS PREVALENTES, COMPLICACIONES, INICIO DE TRATAMIENTO

María Sol Torrano [A], Delia Noemí Burgos [B], Nora B Quaglia [C]

INTRODUCCIÓN

Según una estimación ampliamente utilizada, 1 de cada 20 niños menores de 14 años vive con alguna discapacidad moderada o grave (1) y en América Latina y el Caribe se encuentra que el 25% de las personas con discapacidad son niños y adolescentes. (2) Se ha descrito a la parálisis cerebral (PC) como la principal causa de discapacidad infantil, constituyendo un problema de salud pública a nivel mundial; y aunque la discapacidad de base es motora, es frecuente la discapacidad intelectual y sensorial asociada. (3, 4, 5, 6)

La intervención temprana del equipo de rehabilitación supone un abordaje interdisciplinario y un procedimiento de actuación basado en la complementariedad, globalidad y unificación del proceso de detección, diagnóstico e intervención desde el nacimiento del niño con deficiencias o alteraciones del desarrollo. Puede definirse como la atención que se da al niño en las primeras etapas de su vida con el fin de potenciar y desarrollar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales y afectivas, mediante programas sistemáticos y secuenciales que abarcan todas las áreas del desarrollo humano y sin forzar el curso lógico de la maduración, partiendo de la base de la plasticidad del sistema nervioso y de la importancia de los factores ambientales. (7, 8, 9)

En la ciudad de Rosario se encuentra el Centro de Rehabilitación Infantil CERIN para el diagnóstico y tratamiento de trastornos neuromotores, el cual es referencia en su tipo. (10)

Contar con información sobre los principales trastornos que demandan terapia de rehabilitación en nuestro medio así como también el tiempo en el cual es más frecuente el inicio de tratamiento, posibilitaría profundizar las medidas para concientizar sobre el valor de los recursos terapéuticos y contribuir a la integración de estos niños y adolescentes para la constitución de una sociedad más equitativa.

El objetivo del presente trabajo fue describir los trastornos neuromotores que determinan rehabilitación en los niños y adolescentes que asistieron a CERIN durante el año 2017; también, determinar la edad de comienzo de tratamiento y las complicaciones que con mayor frecuencia se asociaron a dichos trastornos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de corte transversal.

La población de estudio corresponde a la de niños con trastornos neuromotores que determinan rehabilitación y que asisten a terapia para este fin. Se trabajó a partir del relevamiento de datos

[A] Médica. Prof Adjunta de Fisiología y Biofísica en la Carrera de Medicina en la Fac de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Abierta Interamericana. Rosario. Santa Fé. Argentina. mariasoltorrano@hotmail.com
[B] Médica Fisiatra. Directora Medica del Centro de Rehabilitación Infantil (CERIN)- Directora del Curso de Postgrado de Rehabilitación Infantil de la Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Santa Fé. Argentina. noemiburgos@hotmail.com
[C] Medica- Bioquímica- Doctora en Cs Biomédicas- Prof Titular Fisiología y Biofísica en Fac de Medicina y Cs de la Salud (UAI)- Prof Ética y Legislación y docente de Bioética y Salud Pública (UNR)- Rosario. Santa Fé. Argentina. noraquaglia@gmail.com

obtenidos de las fichas asistenciales de los pacientes que estuvieron en tratamiento en CERIN durante el año 2017.

La información que se recogió de cada ficha fue: edad actual, edad del comienzo de la terapia, sexo, semanas de gestación, peso al nacer y trastorno determinante de la rehabilitación. También se relevó en cada caso, si hubo complicaciones asociadas (CA) al trastorno determinante de rehabilitación.

Esta información se volcó en una planilla Excel elaborada para tal fin.

Los resultados se presentan como frecuencias con sus intervalos de confianza al 95%. En el caso de la edad, peso al nacer y semanas de gestación se utilizaron como medida de resumen la media con sus errores estándar medio.

Las inferencias fueron realizadas a partir de la utilización de los test conforme a las variables utilizadas. Se hizo uso de comparación de promedios (ANOVA y t- Student; según corresponda); y de pruebas de asociación (Chi cuadrado y test de Fischer, según corresponda).

En todos los casos se consideraró significativa una probabilidad alfa menor al 5%.

RESULTADOS

En el tiempo estudiado, se registró información de 107 niños que se encontraban en tratamiento durante el año 2017. Se encontró que el 52,3% (IC 95%: 42,5 - 62,1%) fueron niñas mientras que los varones constituyeron el 47,7% (IC95%: 37,9 -57,5%).

Los trastornos prevalentes determinantes del tratamiento de rehabilitación fueron parálisis cerebral (PC), mielomeningocele (MM), síndrome de Down (Sme Down) y trastorno generalizado del desarrollo (TGD), acumulando el 80,4% del total.

Se encontró que los individuos con PC, a diferencia del resto, tuvieron un promedio de peso al nacer menor a los 2.500 gramos y de semana de gestación menor a 35; ambas diferente estadísticamente de los niños que presentaron otros trastornos.

El peso promedio de los niños con PC al nacer (media ± SEM; gramos) fue de 2.398,92 ± 139,64, mientras que el peso promedio del resto de los pacientes fue de 2878,89 ± 109,57; p = 0,05. La edad gestacional promedio de los niños con PC (media ± SEM; semanas) fue de 34,83 ± 0,67 y las del resto de los pacientes fue de 37 ± 0,67; p = 0,04.

Se calcularon las edades promedio de los niños en el año 2017 y sus edades promedio de inicio del tratamiento para cada uno de los diagnósticos. Se halló una diferencia estadísticamente significativa entre estas edades promedios. Se puede observar que, aun cuando difieren entre ellas para cada diagnóstico, la edad promedio de inicio de tratamiento es mayor a los 3 años (Tabla 1).

Entre los trastornos que fueron estudiados, la PC y el MM son los que presentan un componente motor más jerarquizado. Para cada una de estos trastornos se rastreó la presencia de CA. Entre las que llamamos CA se encuentran, entre otros, convulsiones, hidrocefalia, alteraciones de la deglución, alteraciones sensoriales tales como de la visión o de la audición.

Las convulsiones e hidrocefalia fueron las CA más frecuentes halladas en este estudio. Mientras que las convulsiones se asociaron significativamente a la PC (Gráfico 1A). La hidrocefalia lo hizo con la MM (Gráfico 1B)

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se estudiaron las fichas asistenciales correspondientes a 107 pacientes. La revisión bibliográfica realizada da cuenta de que, a diferencia de nuestro estudio, en la mayoría de los trabajos realizados predomina el género masculino entre los pacientes. [11, 12, 13]

Dentro de los trastornos neuromotores determinantes de rehabilitación en CERIN en el año 2017 se halló por orden de prevalencia, PC, MM, Sme Down y TGD, conformando el 80,4% de ellos. Si se revisa lo reportado, esta distribución encontrada en nuestro trabajo también tiene sus particularidades. Puede observarse que el modo de clasificación de los diferentes trastornos es muy propio de cada estudio e implican diferencias en el abordaje de situaciones de discapacidad infantil, discriminados según sean de base o asociados, primarios o secundarios, de afectación neuromotora o cognitiva. No obstante, entre estas diferentes clasificaciones, se evidencia que la

PC, aun cuando constituye el trastorno mayormente involucrado en la discapacidad infantil presenta en los distintos estudios una prevalencia variable [14]

En la bibliografía de Arroyo Riaño & Espinosa Jorge [3] se destaca que en los niños de peso inferior a 1.500 gramos la incidencia de PC es superior a los niños con un peso mayor a 2.500 gramos. Entre otros reportes de investigación que se manifiestan en este sentido, podemos mencionar un estudio realizado en España donde se diseñó y desarrolló el registro de niños de menos de 1.500 gramos al nacer y se encontró que, si bien la mayoría de ellos no presentaron secuelas mayores, en algunos casos se presentaron discapacidades. Entre ellas, la más prevalente fue la alteración en el desarrollo cognitivo y PC [15]. Estos estudios están en consonancia con los resultados encontrados en nuestro estudio, en donde los niños que presentaron PC tuvieron peso al nacer promedio ligeramente menor a 2500 gramos y menor que en los otros trastornos relevados.

En este trabajo estudiamos los pacientes que registraron convulsiones como una de las CA prevalentes. Se hizo una comparación entre los que padecían PC y MM en relación a la presencia de convulsiones, ya que son los dos trastornos más frecuentemente hallados y que se caracterizan por poseer un mayor compromiso motor. Se evidenció un marcado predominio de pacientes paralíticos cerebrales que presentaron convulsiones con respecto de los que la presentaron padeciendo MM. En una investigación llevada a cabo por Cooper et al. [16] se explicó que la frecuencia de padecer epilepsia en los pacientes con PC dependía de su etiología. Ocurre en un 50-90% por malformaciones y lesiones difusas de la cortical y en alrededor del otro 50% se presume que es secundario a infarto isquémico perinatal. Estas interpretaciones podrían también justificar nuestros hallazgos.

En CERIN se encontró que la hidrocefalia predomina en los pacientes con MM, mientras que, del total de pacientes con PC, son pocos los que la presentaban. Estos datos concuerdan con la bibliografía de referencia, la hidrocefalia aparece en un 80% de los casos de MM. Esto se debe a una capacidad de absorción del líquido cefalorraquídeo menor que la producción [17]. Interesa menciona un estudio realizado en la ciudad de Rosario, Argentina, donde se recopilaron datos de 43 historias clínicas de pacientes con MM. Se pudo evidenciar que el 90,69% de los pacientes presentó hidrocefalia, y el 87% fueron valvulados, a todos se les realizó derivación ventrículo-peritoneal; el 8% debió ser revalvulado. [18]

En toda terapia de rehabilitación el trabajo constante y temprano es crucial; los autores coinciden en la importancia del primer año de vida para abordar las terapias interdisciplinarias de rehabilitación. [7,8,9] Aquí se investigó sobre fichas asistenciales de niños cuyos promedios de edad se acercaba a los 10 años y el promedio de inicio de tratamiento estuvo entre los 3 y 7 años dependiendo del trastorno. Es importante concientizar a los profesionales de salud, a los actores que trabajan en políticas de salud y a la comunidad misma de la necesidad de acceso temprano a este tipo de terapias, eso posibilitará la implementación inicial del tratamiento adecuado y la consiguiente potenciación de las posibilidades evolutivas del niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF. Niñas y niños con discapacidad. Estado mundial de la infancia. Nueva York, Estados Unidos: UNICEF Sede Central. 2013. Recuperado de https://www.unicef.org/ecuador/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf

2. Vásquez Barrios, A.; Cáceres, N.; Ceballos, I.; Brunetto, J. &Gavelli, A. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud. (1ºEd.). 2008. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://www.paho.org/arg/publicaciones/otras%20pub/discapacidad.pdf

3. Arroyo Riaño, M. O. & Espinosa Jorge, J. Capítulo 19: Parálisis Cerebral. M. de los Á. Redondo García & J. A. Conejero Casares, Rehabilitación Infantil. Madrid, España: Médica Panamericana. 2012.

4. Calzada Vázquez Vela, C. & Vidal Ruiz, C. A. Parálisis cerebral infantil: definición y clasificación a través de la historia. Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica. 2014. Volumen 16 (Nº1), 6-10. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/opediatria/op-2014/op141b.pdf

5. Levitt, S.. Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor. Madrid, España: Médica Panamericana. 2013.

6. Reid, S. M.; Meehan E. M.; Arnup S. J. &Reddihough D. S. Intellectual disability in cerebral paisy: a population-based restrospective study. Developmental Medicine & Child Neurology. 2018. DOI: 10.1111/dmcn.13773.

7. Gómez Tolón, J. Capítulo 3: Atención temprana y rehabilitación infantil. M. de los Á. Redondo García & J. A. Conejero Casares, Rehabilitación Infantil (pp. 17-26). Madrid, España: Médica Panamericana. 2012.

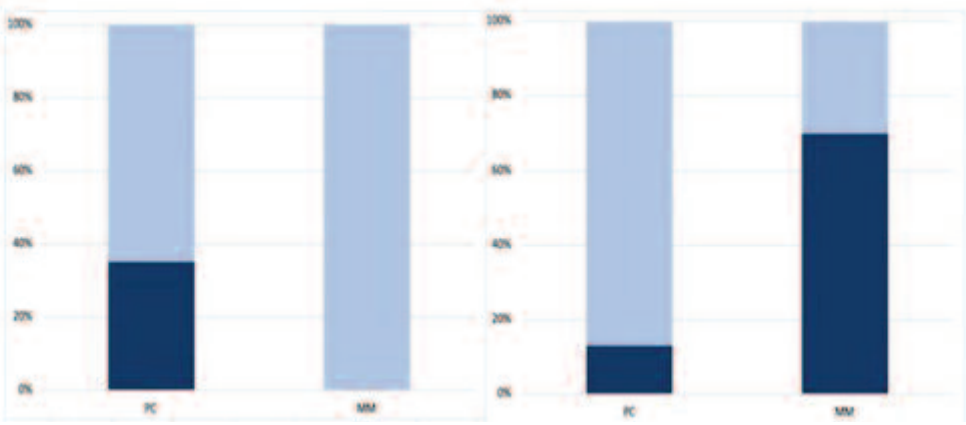
8. Gutiez Cuevas, P. & Ruiz Veerman, E. Orígenes y evolución de la Atención Temprana. Una perspectiva histórica de la génesis

de la atención temprana en nuestro país. Agentes, contextos y procesos. Psicología Educativa. 2012. Volumen 18 (Nº2), 107-122. Recuperado de https://es.scribd.com/document/344154897/Origenes-y-Evolucion-de-La-Atencion-Temprana-Una-Perspectiva-Historica-de-La-Genesis-de-La-Atencion-Temprana-en-Nuestro-Pais-Agentes-Contextos-y-Pro
9. Gutiez Cueva, P.; Saenz Rico de Santiago, B. & Valle Trapero, M. Proyecto de intervención temprana para niños de alto riesgo biológico, ambiental con alteraciones o minusvalías documentadas. Revista Complutense de Educación. 1993. Volumen 4 (Nº2), 113-129. Recuperado de https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/RCED9393220113A/17913
10. CERIN (s.f.). Recuperado de https://www.cerinrosario.com.ar/
11. Huiracocha T., L.; Robalino I., G.; Huiracocha T., M.S.; García A., J.L.; Pazán T., C.G. & Angulo, A. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador. Revista semestral de DIUC. 2012. Volumen3 (Nº1),13-28. Recuperado de: https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/391/333
12. Pérez Flores, E.; Guerra Navarro, F.; Cedillo Maradiaga, A.; Parodi Carbajal, A. & Macías Hernández, I. Evaluación de la función motora gruesa y habilidad manual como parámetros de integración escolar de adolescentes con parálisis cerebral. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. 2013. Volumen 25 (Nº3-4), 94-99. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf133-4e.pdf
13. Kawakatsu, Y.; Kaneko, S.; Karama, M. & Honda, S. Prevalence and risk factors of neurological impairment among children aged 6-9 years: from population based cross sectional study in western Kenya. BMC Pediatrics. 2012. Volúmen 12. Recuperado de: http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/186
14. Arora, N.K. et al. Neurodevelopmental disorders in children aged 2-9 years: Population-based burden estimates across five regions in India. PLOS Medicine. 2018. Volúmen 15 (Nº7), 1-19. Recuperado de: https://doi.org/10.1371/journal. pmed.1002615
15. Moro Serrano, M. et al. SEN1500: diseño y desarrollo del registro de niños de menos de 1.500 gramos al nacer en España. Anales de Pediatría. 2008. Volúmen 68 (Nº2), 181-188. DOI: 10.1157/13116235
16. Cooper, M.S. et al. Seizures in Children with Cerebral Palsy and White Matter Injury. PEDIATRICS, Official Journal of the American Academy of Pediatrics. 2017. Volúmen 139 (Nº3). DOI: 10.1542/peds.2016-2975
17. López Dolado, E. & Talavera Díaz, F. Capítulo 21: Mielomeningocele y lesión medular infantil. En M. de los Á. Redondo García & J. A. Conejero Casares, Rehabilitación Infantil (pp. 165-172). Madrid, España: Médica Panamericana. 2012.
18. Longoni, M.; Porcel, M.J. &Gerbaudo, S. Mielomeningocele: epidemiología y relación con otras complicaciones neurológicas. Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación. 2012. Volumen 22 (Nº2), 117-122. Recuperado de: http://revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/59/56

Tabla 1: Promedios de edad en el año estudiado y al inicio del tratamiento para cada trastorno. p = p value

Trastornos	Promedio de edad al inicio del tratamiento	Promedio de edad en el año en estudio
Parálisis Cerebral	4,96 ± 0,52	10,75 ± 0.69
Mielomeningocele	3,53 ± 0,85	8,49 ± 1,76
Síndrome de Down	3,13 ± 0,91	7,14 ± 1,20
Trastorno Generalizado del Desarrollo	7,51 ± 0,93	14 ± 2,28
	p: 0,01	p: 0,02

Gráfico 1 - A (izq): Distribución de individuos que tuvieron o no convulsiones según su trastorno de base. p value = 0,02. B (der): Distribución de niños con o sin hidrocefalia según el trastorno de base que presentaron. p value = 0,0004. PC: parálisis cerebral; MM: mielomeningocele.



LA SUPERVISIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Mirel Vidal [A]

Las prácticas de la Psicología Comunitaria y la Supervisión de los abordajes Intersectoriales, la articulación y el trabajo en territorio, nos sitúan en el lugar de intersección entre el espacio público y el espacio de anclaje de la vida singular de niños, niñas, adolescentes, jóvenes y personas del mundo adulto. Ese entramado se hace necesario, ya que la supervisión, de nuestras prácticas específicas, es central a la hora de sostener, fortalecer y garantizar los derechos de la comunidad, las propias prácticas del colectivo profesional y el derecho a la salud mental de todo el colectivo social. Aquí es interesante tomar los aportes de Ramón Carrillo[1], al fundamentar la centralidad de las prácticas públicas de la salud comunitaria desde tres principios:

1. La igualdad de derechos a la vida y a la salud integral.
2. La política sanitaria enlazada con la política social.
3. La accesibilidad de las ciencias y sus dispositivos por parte del pueblo de una comunidad

De algún modo es central dejar en claro que se debe hacer lugar a las subjetividades, teniendo en cuenta que las personas portan una historia y a la vez posibilidades de superación, a partir de la relación intersubjetiva e intercultural. En el traspaso del legado cultural que se produce en el trabajo colectivo intersectorial, se propone el encuentro intergeneracional y de innovación en comunidad de prácticas. Es importante orientar a reconocer estos procesos que se dan en los grupos humanos, a partir de la intervención desde nuestras prácticas desde la Psicología Comunitaria, en la supervisión de la tarea del colectivo profesional, tanto con el objeto de motorizar el trabajo intersectorial, como de cuidar las intervenciones, teniendo en cuenta la complejidad de la tarea y de la conformación de los equipos de trabajo en relación a la salud integral.

La articulación interinstitucional e intersectorial se enmarca en un conjunto de relaciones intertextuales y dialógicas, situadas como espacios de ejercicio y construcción de ciudadanía, donde nuestra concepción de trabajo nos posiciona para intervenir tanto desde los saberes y desarrollos propios de la Psicología Comunitaria, como así también desde los saberes que resultan de las operaciones comunitarias realizadas en territorio.

Crear espacios de articulación y espacios de encuentro, es crear espacios de 'palabra plena', relacionada con el ejercicio del derecho a la expresión y los procesos de liberación.

El poeta Ernesto Cardenal nos retrata la relación entre la palabra y la soberanía subjetiva, invitándonos a pensar sobre ello en estos versos: *"...Con la Colonia aparecieron los primeros mendigos, las tierras secas como momias, de muchachas alegres que danzaron en el mes de abril, ahora secas y en cuclillas en Museos"*[2] En la articulación intersectorial e interinstitucional, quienes supervisamos los Equipos de trabajo nos debemos posicionar como propiciadores y habilitadores de la circulación de la palabra y la construcción de sentidos intertextuales, facilitando los espacios de construcción de conocimiento compartido y aprendizaje expansivo. Desde la praxis cotidiana, la psicología comunitaria nos propone ser garantes de la producción de transformaciones que mejoren la calidad de vida del colectivo social, como posibilitadores de inclusión. Desde la propuesta de trabajo en red, de los aportes del trabajo conjunto, las instituciones y cada integrante de ellas, visibilizan sus potencias y recursos, hasta ese momento invisibilizados. Las jornadas con integrantes de una comunidad y la implementación de proyectos barriales, potencian un efecto sinérgico

1 *Carrillo, Ramón. Política sanitaria argentina. Publicación taquigráfica de la Dirección de Información Parlamentaria. HCDN, Bs As, Argentina; 1949.*

2 *Cardenal, E. Nueva Antología poética México, Editorial Siglo XXI; 1978*

[A] *Lic. en Psicología-Supervisora y Asesora. Docente Universitaria. Colegio de Psic PBA- Psicología Comunitaria. Buenos Aires,. mirel_vidal@yahoo.com.ar*

y enriquecedor con la consecuente mejora de la vida comunitaria local. La supervisión de las prácticas desde la psicología comunitaria en la articulación interinstitucional e intersectorial también como la práctica directa en territorio, se posiciona como habilitadora de espacios de objetivación, organización y de decisión de políticas públicas para la construcción de aprendizajes expansivos y de ciudadanía en pos de la salud colectiva de la comunidad. Que las investigaciones científicas tengan impacto en la mejora de la vida cotidiana y en las decisiones de nuestras políticas públicas, es central a la hora de situarnos desde nuestros puestos de trabajo, con la responsabilidad que eso conlleva y más aún desde la complejidad de nuestras intervenciones. Bertolt Brecht en su obra sobre la vida de Galileo Galilei nos invita a pensar sobre este punto central de las prácticas científicas y de salud psico-social-comunitaria:

> *"Los movimientos de los astros son ahora fáciles de comprender, pero aún siguen siendo inescrutables para los pueblos los movimientos de sus señores. La lucha por la mensurabilidad del cielo se ha ganado por medio de la duda; pero, por la fe, las amas de casa romanas deben continuar perdiendo todos los días en su lucha por la leche. La ciencia, Sarti, tiene que ver con las dos luchas. Una humanidad, tanteando en un vaho nacarado de supersticiones y viejas palabras, demasiado ignorante para desarrollar completamente sus propias fuerzas, no será capaz de desarrollar las fuerzas de la naturaleza que la recubren. ¿Por qué trabajan? Considero que el único fin de la ciencia reside en aliviar las fatigas de la existencia humana"*[3]

Este recorrido visibiliza y demuestra la importancia del acceso y la participación de la comunidad en los abordajes intersectoriales, la articulación y el trabajo en territorio, a partir de la supervisión de las prácticas de la psicología comunitaria como parte de la política pública. En este sentido, la conciencia comunitaria es definida desde la perspectiva de la participación en la visibilización de los proyectos que surgen del trabajo en red a partir de procesos de expansión de recursos saludables. Por otro lado, la identificación de estos procesos, mapeados y observados con la participación de los colectivos sociales nos permite pensar en la fortaleza que generan los propios dispositivos comunitarios, tanto en su puesta en marcha en los abordajes territoriales, como en los espacios supervisivos.

El trabajo articulado es un entramado complejo que incluye campos de tensión, ya que en los encuentros pueden presentarse disputas o competencias entre la conservación y la transformación, entre las identidades de cada instancia con la que nos proponemos trabajar, entre la resistencia y la potencia creativa. Pero, más allá de estas tensiones y tomándolas como motor de los procesos de la psicología comunitaria, estas acciones integrales requieren del compromiso de quienes integran y forman parte de los espacios comunitarios propuestos, frente a la complejidad de las situaciones a abordar.

La lógica de la supervisión, desde la psicología comunitaria, requiere de una comunicación intersectorial, sumando, entretejiendo e intersectando los saberes que cada participante porta, teniendo en cuenta el concepto de interdisciplina, como aquel espacio intertextual que permite construir nuevos sentidos que enriquecen la tarea, tomando el trabajo conjunto de modo situado en un contexto concreto. Desde este marco teórico-práctico, la supervisión de la praxis de los procesos de trabajo adquiere un carácter metalógico, ya que la estrategia debe ser, sin dudas, también comunitaria. El espacio supervisivo se constituye en un espacio de comunidad de prácticas donde, a partir de la experiencia compartida, se expanden saberes y se construyen nuevos marcos de entendimiento de la realidad de los propios recorridos y trayectorias de los procesos de trabajo.

La Psicología Comunitaria de la mano de los conceptos aportados por Maritza Montero nos acerca un posicionamiento claramente centrado en la importancia de la participación de cada integrante del colectivo de trabajo y la potencia reconocida en el intercambio, a la hora de definir los problemas, a partir del entendimiento de la propia realidad socio-histórica, de las propias ne-

3 *Bertolt, B. Vida de Galileo Galilei- Pág.123 Editorial Arte y Literatura- Ciudad de La Habana, 1981*

cesidades subjetivas y la necesidad de transformación social con el objeto de mejorar la calidad de vida. La coautoría de estos procesos es central como resultado del movimiento dialógico del colectivo social con el que trabajamos.

Los procesos de concientización, posibilitadores de la construcción de nuevos futuros como catalizadores 'antidestino', nos liberan de anclajes tóxicos o limitantes, permitiendo visibilizar que somos portadores de una historia y a la vez, promesa de superación y transformación de la misma. Esta lógica de la intervención, potencia desde el campo de la salud mental y la psicología comunitaria, el sentido social para el colectivo concreto, tanto en los espacios de trabajo e intervención territorial, como en los espacios de supervisión de las prácticas de los equipos de profesionales de la salud integral y comunitaria.

Es aquí donde el concepto de articulación intersectorial e interinstitucional cobra más fuerza, teniendo en cuenta los efectores comunitarios y gubernamentales con los que se hace necesario trabajar, entrecruzando los ámbitos hospitalarios, sanitarios, educativos, de desarrollo social, deportivos, recreativos, servicios de promoción y protección de derechos, centros zonales, equipos interdisciplinarios y los distintos dispositivos de inclusión en territorio. La 'articulación' como función de enlace social entre sectores de la sociedad, que conforman las comunidades, los barrios y el colectivo profesional, se producen los espacios de trabajo grupal, pensados como comunidad de prácticas, como aquel espacio que de conjunto, que n el encuentro busca soluciones a problemas comunes, a partir del intercambio de experiencias, de modo dialógico. Los significados se negocian en el proceso de la práctica, mediante la participación a través de la interacción social en el contexto de la comunidad, por parte de quienes mediante sus aportes y experiencias se influyen mutuamente, en un proceso de construcción y reconstrucción de nuevos significados. He aquí, las razones y el planteo del problema, que nos encuentra a quienes supervisamos las prácticas de profesionales del campo de la salud desde la perspectiva comunitaria, en un punto clave para producir conocimiento, que nos permita un abordaje certero, que garantice el ejercicio de derechos en espacios de interacción, enmarcados en prácticas de cuidado para los distintos sectores de la población. Trabajar de modo metodológico en comunidad de prácticas implica que debemos, en el proceso de la propia práctica y mediante la participación, legitimar los aportes a partir de la experiencia de cada participante del colectivo con el que supervisamos. A través de la interacción social, quienes participan del espacio supervisivo, pensado este también como comunitario, en un proceso continuo de construcción y reconstrucción de nuevos significados, la práctica supervisiva, de forma dialéctica y metalógica ancla a partir del diálogo entre quienes integran el colectivo supervisado. Con una identidad singular, este espacio supone tanto la producción de significados, como la escucha atenta de otros significados y marcos que cada quien trae al colectivo supervisivo comunitario. Las formas de participación pueden oscilar entre la participación plena y la participación periférica, que es la que permite a participantes situarse en una posición, que en el momento que decidan, les permita la coautoría de significados colectivos y propios, en el marco de una trayectoria, como parte del proceso de enunciación subjetiva. El interés por la participación y la disponibilidad, no necesariamente son procesos continuos, ya que en el colectivo social nos encontramos con deseos y responsabilidades diversas. Lo que sin dudas sucede en el marco del encuentro propuesto, como espacio de supervisión, en una intervención situada desde el marco de la psicología comunitaria, es aprendizaje expansivo, proceso mediante el cual las personas y los grupos sociales amplían sus moldes culturales tradicionales, que funcionaron como condicionantes de sus comprensiones. Es posible así, acceder a otros marcos cognoscitivos y culturales, por lo cual podemos plantear que el aprendizaje expansivo, que se produce como efecto de los abordajes comunitarios, se constituye en un fenómeno del desarrollo humano a partir del reconocimiento de las contradicciones y necesidades, como zona de desarrollo próximo, que potencia aún más, el conocimiento subjetivo compartido. Si pensamos los grupos humanos como sistemas abiertos que desarrollan 'conocimiento especializado' desde espacios de producción de aprendizajes y saberes en comunidad, basados en la reflexión conjunta de las experiencias compartidas

por el grupo o colectivo social, este marco nos sirve para pensar tanto las intervenciones y abordajes en salud comunitaria, así como también, los procesos de supervisión de esas mismas prácticas territoriales y situadas. Sigmund Freud, en la carta que en el año 1932, le escribe a Einstein en respuesta a sus dudas sobre el futuro de sus investigaciones científicas y de la humanidad, nos recuerda que: *"...todo lo que promueva el desarrollo de la cultura trabaja también contra la guerra..."*[4] La cultura entendida así, no como 'elite', sino como encuentro comunitario, como acción de los pueblos en relación al saber que se trasvasa de generación en generación y de la innovación capaz de producirse en cada acto creativo, nos demuestra la clave de poner en marcha espacios de encuentro comunitario e intercultural, desde el entramado del espacio intersectorial y del trabajo en red, en pos de garantizar derechos, el acceso a la salud y la solución a los problemas que se definen desde el propio colectivo social, tomando en sus manos los aportes de la ciencia en pos de la salud integral.

En síntesis: lograr espacios de articulación es un desafío necesario y la mejor manera de concretarlo es a partir del encuentro con otros en comunidad de prácticas, proceso complejo que implica tensiones, pero que redunda, sin dudas en la mejora de la calidad década integrante de los colectivos de los que formamos parte, ya sea en la intervención directa o en la intervención metalógica supervisiva, ambos espacios de encuentro dialógico y de construcción de la salud mental integral y comunitaria.

Bibliografía:
Carrillo, Ramón, Política sanitaria argentina. Publicación taquigráfica de la Dirección de Información Parlamentaria. HCDN, Bs As, Argentina; 1949.
Freud, Sigmund. Por qué la guerra? Carta de Freud a Einstein. En Obras Completas. Tomo XXII. Pág. 198, Ed. Amorrortu, Buenos Aires; 1986.
Montero, Maritza. Hacer para transformar: el método en la psicología comunitaria. Ed. Paidós. Buenos Aires; 2006.
Ussher, Margarita. Articulación de saberes en el trabajo comunitario. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2014.
Vidal Mirel. La Supervisión de los abordajes intersectoriales, la articulación y el trabajo en territorio. Colegio Psicólogos, Distrito XIV, Buenos Aires, 2017
Wenger, Etienne. Comunidad de Prácticas. Ed. Paidós. Buenos Aires, 2001

4 *Freud, S. Obras Completas. Tomo XXII. Pág. 198 Ed. Amorrortu, Buenos Aires; 1986.*

"LO IMPOSTERGABLE" COMO CONCEPTO ORGANIZADOR DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR CORONAVIRUS

Jorge N. Levin [A]

El C.A.P. S. Malvinas Argentinas es un establecimiento de salud de bajo riesgo de nivel 1 B, sub nivel 1, (1) que se encuentra ubicado en la zona Este de la ciudad de Paraná. Forma parte de la Red Provincial de atención y acompañamiento remoto en Salud Mental del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud de Entre Ríos, de la Red Infancias de la zona Este de la ciudad Paraná y de la Mesa Intersectorial Zona Este. El área programática es de aproximadamente 10.000 habitantes. Tiene un equipo interdisciplinario conformado por médicos, psicólogo, psicopedagogos, kinesiólogos, enfermeros, odontólogos, trabajador social, nutricionista, agente sanitario, adminis-

[A] *Psicólogo.Psicoterapeuta. Miembro del capítulo Suicidio y Autolesiones de la AASM y Miembro de la Asociación Argentina de Prevención del Maltrato Infanto Juvenil. Paraná. Entre Ríos. Argentina. jorge_levin@yahoo.com.ar*

trativos y personal de maestranza. La población que atiende es de 0 a 99 años, por lo tanto recorre todo el ciclo vital de las personas.

Creado el caps, en la década de los ochenta, el consultorio de psicología funcionó con profesionales de salud mental, en forma ad-honorem, y también con largas décadas sin ellos, por el mismo motivo. A partir de 2018, el efector cuenta con psicólogo de planta permanente. La definición de criterios de abordaje sobre las prácticas profesionales ha sido una de las propuestas de trabajo. Pese al corto período de funcionamiento se ha logrado un consultorio externo de atención psicológica con perspectiva de género y de derechos atendiendo múltiples problemáticas. Este consultorio trabaja y articula con el resto del equipo, con un enfoque integral e integrado, apelando a un trabajo interdisciplinario, interinstitucional, e intersectorial conformado por las redes y promoviéndolas, diseñando y elaborando actividades grupales, de prevención y promoción de hábitos y conductas de autocuidado; atención clínica en niñeces y adolescencias, adultos y tercera edad. Conforma un espacio que brinda contención emocional, detección precoz y protección de la salud, desde un enfoque holístico e integrativo. Se trabaja con turnos programados pero también consultas por demanda espontánea y demanda derivada, sea del propio equipo, o de las escuelas y organizaciones de la comunidad.

Llegada la pandemia, a la atención diaria se agrega el seguimiento de casos de coronavirus, atendiendo lo impostergable. Al igual que en las otras profesiones, la atención psicológica en forma presencial se realizaría en forma excepcional, supliéndola por medios remotos y digitales conforme a los protocolos elaborados por el comité de emergencia sanitaria local (coes), y disposiciones nacionales.

Ahora bien encontrar nuevos sentidos y significados a nuestra práctica es uno de los desafíos de la psicología como ciencia y de los abordajes en el campo de la salud mental; una forma similar lo pretende la renovación de la atención primaria de la salud como estrategia (APS). Revisar, reflexionar e innovar en nuestras prácticas, ampliar el campo de abordaje y redefinir criterios, es una acción necesaria para los tiempos complejos en el que vivimos. De modo que, *lo impostergable* se convierte en una palabra paradigmática, que se enunciaría como comprensible por el colectivo, sin embargo, suele ser confundida con urgencia. Por eso la respuesta a la pregunta -¿Qué es lo impostergable como concepto ordenador de la demanda de atención en salud mental?, requiere de un análisis por su ambigüedad y por la tensión que genera, debido a que cuando se trata de la salud mental de las personas, requiere de un plus de esfuerzo, para su comprensión,.

Así como para quien estuviera en situación de calle, podría ser impostergable tener un techo donde dormir y comer, de la misma forma puede ser impostergable para una persona contar con profesionales con una escucha activa para reducir su angustia y al mismo tiempo, la oportunidad de detectar factores / indicadores de riesgo. De no comprenderse como tal puede convertirse con el paso de las horas, en una urgencia en salud mental, entendiendo esta como "*una situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas de la persona y desempeño, que requiere acción inmediata*" (2).

Varios son los ejemplos que se pueden tomar para pensar lo impostergable como concepto vinculado a la detección y también respuestas oportunas del sistema sanitario cuando se trata de conceptos como accesibilidad y cobertura universal. (3)

1) Una mujer llama varias veces en el día pese a estar con seguimiento diario por coronavirus. El consultorio de psicología evalúa esta situación como llamativa por lo que realiza una entrevista telefónica, advirtiendo un montante elevado de ansiedad, angustia e incertidumbre. Se aborda la situación con primeros auxilios psicológicos. El día del alta por coronavirus, la paciente expresó sentirse totalmente recuperada. El carácter insistente de los llamados fue el elemento significativo para realizar la intervención.
2) Una mujer se acerca en dos oportunidades al efector a solicitando turno con el psicólogo. Se realiza una entrevista telefónica y se detecta una situación de duelos múltiples. Se pauta atención psicológica remota en forma individual por no poder garantizar la privacidad, en el efector.

3.) Un profesional de salud mental de un dispositivo nos solicita una evaluación psicológica para un adolescente con problemas de consumo e ideación suicida. En ese caso, previa evaluación con el equipo se apeló al trabajo en red, en tanto superaba la capacidad resolutiva del efector.
4) Ser parte de un equipo posibilita conversar con los diferentes actores. Ante situaciones que se presentaron inmanejables por parte de algunos profesionales se les ofreció un espacio de escucha para reducir su malestar producido por el estrés del trabajo con técnicas de relajación.
5) Una organización de la comunidad del área programática solicita asesoramiento técnico en relación a una situación en relación a la población adolescente. Desde el caps. se orienta en estrategias comunitarias y se acuerda la creación un dispositivo de contención para conductas de riesgo.

Es interesante reflexionar sobre estas intervenciones, complejas, controvertidas, dilemáticas muchas veces, difíciles de abordar con recurso humano faltante, para estos tiempos en el cual muchas redes de trabajo han caído, se han desconectado o se han tenido que reconfigurar por tener personas afectadas por coronavirus o con licencias por riesgo, en tanto se trata de una variedad de consultas a un consultorio que está en construcción pero necesarias para definir formas de acción y diferenciar lo urgente de lo impostergable. Diferencia que incluye también al necesario espacio físico para garantizar la privacidad, además de las herramientas metodológicas para el desarrollo de la práctica y modalidades de intervención. En este sentido, el ser parte de un equipo posibilita abonar para morigerar diferencias, pues el trabajo en equipo crea rispideces pero también posibilidades alternativas y construcción de herramientas y recursos diferenciales de atención, siendo importante el fomento de vínculos saludables en el propio equipo, todos elementos necesarios para operar en la comunidad. Un equipo que se construye trabajando sus debilidades y fortalezas, desde el interior y hacia afuera, pero también evaluar la resonancia del equipo en relación a lo que viene de la comunidad. Una oportunidad que surge de la misma situación de pandemia en tanto pone en jaque a la organización en su condición edilicia deficitaria que no puede garantizar la privacidad en la atención por el reducido espacio físico, per a su vez, en general, también impacta en la ausencia de estructuras orgánicas funcionales, sin áreas específicas de salud mental en la mayoría de los efectores del primer nivel, quedando el abordaje de los mismos, a criterio de cada profesional y de cada equipo, generando ello verdaderos escollos a la hora de intervenir en situaciones concretas. De todas formas, se puede realizar aportes a un ejercicio de la psicología con una perspectiva amplia, inclusiva, comunitaria, integral, siendo nuestra profesión parte integrante del campo de la salud mental y al mismo tiempo propone la reflexión con la finalidad de crear propuestas superadoras en los abordajes de personas con padecimiento mental, donde la psicoterapia individual es uno de los abordajes pero no el único, siendo también efectivo los abordajes grupales con escucha activa, la atención virtual y digital.

En la misma línea, se está creando un consultorio que realiza intervenciones variadas, sean estas asistenciales, de orientación y asesoramiento; tratamientos clínicos y seguimientos, y no solo para la comunidad sino que también interviene en la construcción del equipo. De ahí la necesidad de diferenciar entre "urgente" e "impostergable". Lo impostergable refiere a la accesibilidad, al necesario ejercicio de la equidad, del financiamiento pero también al sentido de oportunidad para detectar conductas y situaciones de riesgo, mientras que la urgencia refiere a una evaluación con criterio, para valorar el riesgo. Diferenciarlos se hace necesario, siendo urgente cuando hablamos de situaciones críticas de salud mental en el primer nivel de atención. En esta misma línea el coes local nos recomendaba: "*El Primer Nivel de Atención (PNA) se constituye en el espacio estratégico del sistema sanitario para la generación de los abordajes en el marco de la APS renovada. En la coyuntura sanitaria actual los modos de intervención implican prevención, promoción y asistencia, lo territorial e intersectorial. El conocimiento territorial de cada área programática por parte de los equipos de salud del PNA resulta de relevancia en la identificación de*

los determinantes sociales de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Por esto es que los abordajes en salud mental en el PNA en sistemas de emergencia no pueden limitarse a ampliar y mejorar los servicios especializados que se ofrecen de manera directa a los afectados/as, sino que es necesario desplegar la visión hacia un campo de competencias mucho más amplio, como son: ayuda humanitaria, consejería a la población y grupos de riesgo, y comunicación". (5)

Así lo impostergable cobra un sentido diferente, dado que en el caso de una urgencia en salud mental sin compromiso de signos vitales, bien puede ser abordada en el primer nivel de atención con personal debidamente capacitado aún en el nivel de menor capacidad resolutiva. La experiencia de trabajo en la pandemia lo confirma, en tanto en el primer nivel de atención, se puede no solo contener a la población general sino continuar en forma virtual con los tratamientos psicológicos a través de métodos virtuales. En este sentido, sirvió para definir criterios en relación al sistema referencia / contrarreferencia y red de derivación, definiciones que llegaron desde el coes local. En base a esas redefiniciones, desde el consultorio se pudo trabajar con el resto del equipo en relación a una posible organización de la demanda de atención en salud mental, y de este modo consolidar un poco más este consultorio, con los aportes del resto del equipo. En otras situaciones que no son de urgencia, pero si lo es para la persona que consulta, previo llamado telefónico de evaluación de la situación, se planifica una entrevista en el efector. En algunas situaciones se ha propuesto la atención domiciliaria, pero la misma ha sido rechazada arguyendo no contar con la privacidad necesaria. Similares respuestas ha sido dadas sin pandemia cuando existen situaciones de violencia intrafamiliar. En casos no graves, se hacen se hace un seguimiento con un espacio psicoterapéutico individual, proponiéndose muchas veces, la inclusión en actividades grupales para fortalecer sus lazos y ampliar su red de sostén. De esta forma se trabaja su autoestima, las dificultades con sus vínculos, la asertividad, etc. Por otro lado, eliminar barreras a la accesibilidad, hacer las reasignaciones y readecuaciones presupuestarias, crear cargos, realizar transferencia de recursos e infraestructura acorde a la normativa nacional, para que lo anterior se logre efectivamente, también se hace impostergable. De esta forma, el cuidado del otro se convierte en sí mismo en una práctica ética, bioética y política, donde la escucha activa y calificada es fundamental para definir medidas apropiadas. Si hablamos de inclusión social y salud mental ningún nivel de complejidad debería funcionar sin saberse parte fundamental del sistema siendo indispensable arbitrar medidas para garantizar el derecho a la salud, mental.

De este modo lo impostergable se configura como ese momento de oportunidad en el que a través de una escucha activa se puede detectar y realizar ciertas previsiones, previsiones que contemplan desde la contención de una situación de desborde de angustia, detección de medidas iniciales de cuidado, la evaluación integral del estado de la persona y de la situación, la evaluación por parte del equipo de las estrategias terapéuticas inmediatas y definición del plan de tratamiento hasta la promoción de potencialidades humanas a través del trabajo intersectorial, creando diferentes espacios de contención. Incorporar profesionales del campo de la psicología a equipos generales del primer nivel de atención y viceversa, con capacitación específica en salud mental, elaborar estrategias conjuntas de contención y diseñar proyectos de acompañamiento en la escucha además de continuar investigando en métodos asistenciales acordes a estos tiempos sin perder de vista las necesidades de la comunidad y referentes comunitarios para consolidar propuestas de trabajo, son también otros impostergables necesarios de desarrollar. Apelar a la impostergabilidad como criterio de salud mental comunitaria, la de oportunidad para una atención integral basada en la prevención de los padecimientos mentales y problemáticas asociadas al campo de la salud mental, será un desafío que demandará modificaciones estructurales en el modo y producción de las prácticas psicológicas en el campo de la atención primaria de la salud mental. De esta forma lo importante, lo impostergable y lo urgente, adquieren significados diferenciales por el criterio de riesgo inminente en la singularidad de cada situación que se presente, criterio diferencial de este consultorio para así planificar estrategias singulares y también colectivas de promoción y prevención para la reducción de las conductas de riesgo en salud mental, en la comunidad.

Para finalizar el consultorio de piscología realizó en el primer semestre de 2021 más de 240 consultas por salud mental, con un promedio de 40 consultas mensuales, incluyendo el seguimiento covid-19, consultas por tratamientos en salud mental incluida la psicoterapia, acompañamiento en duelo por coronavirus, intervenciones con instituciones del área programática y orientación a equipos profesionales.

Bibliografía

1. Decreto provincial 2524/18 MS. Pica. De Entre Ríos.
2. Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental. Ministerio de Salud de la Nación, 2013.-
3. OPS/OMS. 53°Consejo Directivo 66°Sesión del Comité Regional de la OMS para las américas. Septiembre de 2014.- Pag. 2
4. Resolución 900 E/2017 Ministerio de Salud, en https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-900-2017-277042/texto
5. Recomendaciones de trabajo para Centros de Salud del Primer Nivel de Atención de la Provincia de Entre Ríos en el marco de la Emergencia Sanitaria Provincial (Decreto 361/20 GOB) y en relación al nuevo Coronavirus (COVID-19) en la fase actual de la Pandemia. Actualización 31/03/2020 21.

Bibliografía Ampliatoria:

Altavilla, Diana. Suicidio y Autolesiones: Impacto, consecuencias y estrategias clínicas. Ricardo Vergara Ediciones
Gómez C., Alejandro. Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque Actualizado. Rev. Med. Condes - 2012; (23) 607-615.-
La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de Posición de la OPS/OMS, Julio 2007.-
Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Ministerio de Salud de la Nación, 2012.-
Prevención del Suicidio, un imperativo global. OPS/OSM, 2014.-
Unicef. El Suicidio en la Adolescencia. Situación en la Argentina. Mayo 2019.-

EL FUTURO EN SUJETOS CON CONSUMOS PROBLEMÁTICOS: ¿INTENCIÓN, ANTICIPACIÓN O PROYECTO FUTURO?

Franco Saul Tornello [A], María Marcela Álvarez Chamale [B], Vicente Di Francesco [C], María Emilia Fernández [D]

El presente trabajo de investigación de la Universidad Católica de Salta de las cátedras Orientación Vocacional y Profesional y Abordajes Interdisciplinarios de los Consumos Problemáticos, de la carrera de Lic. en Psicología, estuvo dedicado a profundizar variables emergentes sobre cómo aparece el futuro, qué aspectos subjetivos y sociales se fundan en esa dimensión temporal y si hay una construcción referida al quehacer, es decir, un proyecto ocupacional: de vida, de estudio y/o de trabajo.

Se trata de un estudio cualitativo que se enmarca en la perspectiva crítica de la Orientación Vocacional. La población fueron 16 personas que asisten al Programa "Puente" de abordaje de los Consumos Problemáticos de la Ciudad de Salta en el año 2020-2021, que en promedio se encuentran hace un mes y medio en tratamiento en la institución. Se utilizaron entrevistas semi-estructuradas, luego un proceso breve de orientación vocacional de tres sesiones y una entrevista de cierre y devolución del proceso de orientación vocacional.

Introducción

Buscamos conocer cómo perciben el futuro los sujetos con consumos problemáticos, que concurrieron al Programa Puente en el periodo 2020-2021; y en ese marco analizar qué construcciones desde su subjetividad realizan respecto al quehacer vocacional y lo ocupacional.

El estudio fue dirigido desde la perspectiva crítica de la orientación vocacional (Rascovan, 2016),

[A] Psicólogo e Investigador. Universidad Católica de Salta. Salta, Capital. Argentina. fstornello@hotmail.com
[B] Docente y Psicóloga. Investigadora. Universidad Católica de Salta. Salta, Capital. Argentina. marchamale@hotmail.com
[C] Docente y Psicólogo. Investigador. Universidad Católica de Salta. Salta, Capital. Argentina. vicentedifra@hotmail.com
[D] Docente y Psicóloga. Investigadora. Universidad Católica de Salta. Salta, Capital. Argentina. maremi_3@hotmail.com

donde realizamos procesos breves facilitadores del armado de un proyecto ocupacional, y entrevistas para abordar los significados sobre el tiempo futuro; en tanto hallamos a estas propuestas como esenciales en los sistemas de salud pública, ya que atienden a aquellos sujetos que son vulnerabilizados y eyectados del sistema educativo y social, dando lugar a espacios subjetivantes que posibilitan conformar horizontes de futuro e identificar lugares laborales y ocupacionales en los cuales se hace posible la inserción social.

Metodología

Llevamos a cabo un estudio cualitativo explicativo de tipo intervencionista. Los instrumentos fueron una entrevista semi-estructurada para conocer la representación del futuro, la misma siguió los ejes que propone Ilvento (en Rascovan, 2010), y en el proceso breve de orientación vocacional se utilizaron el test Chaside (Montoya y Giraldo, 2012), el cuestionario proyecto de vida de Casullo (Tornello, 2019), grupo de enfoque con técnicas informáticas y entrevista de cierre. En total fueron tres encuentros.

Participaron 16 personas entre 18 y 50 años usuarias de los dispositivos de tratamiento del "Programa Puente", la mayoría llevaba un mes y medio en la institución.

Resultados

Respecto de la representación del futuro encontramos que la intención, entendida como el deseo de futuro, se presenta en el 62% de los casos como el deseo de trabajar y estudiar. Destacando el deseo de progreso social, adquisición de bienes materiales y como estrategia de superación de la situación de consumo problemático.

Respecto de la anticipación, entendida como la planificación del futuro, todos los participantes indican tener planes de desarrollo personal a futuro, entre ellos destacan los laborales, educativos y de rehabilitación. Cuando se les plantea acerca de su capacidad para lograrlos, el 81% lo afirma fundamentándose en su capacidad de resiliencia. Sobre los obstáculos para concretar los proyectos a futuro en el 94% de los casos se señalan los conflictos intrapersonales y en el 37% las recaídas.

Finalmente, en relación a la construcción del proyecto ocupacional, el 81% indica contar con los recursos necesarios, pero al cuestionar sobre el plan elaborado para ello, apenas el 56% cuenta con uno. De este último porcentaje, ponderan en tal plan aspectos económicos y laborales. No obstante, al indagar sobre el nivel de satisfacción con su proyecto, la mitad evade la pregunta y el resto devela idealizaciones sobre el futuro.

Conclusiones

Los sujetos con consumos problemáticos perciben un futuro inmediato y esto evidencia un lazo directo con la situación subjetiva en la que se encuentran, es decir no logran realizar una proyección extendida, ni aún menos vinculada a otros aspectos que no sean superar el consumo. Sin embargo, sí se observaron cambios luego de atravesar por el dispositivo de O.V., hallando en algunos sujetos (el 50%) la pregunta por lo vocacional y la intención de concretar proyectos ocupacionales.

Respecto a la construcción de proyectos ocupacionales, no interrogamos acerca de si realmente acceden a una elaboración (cognitiva y psicoafectiva) de un proyecto futuro o más bien predomina una intención y/o una anticipación de futuro, nociones que tomamos de Ilvento (citado en Rascovan, 2010). Al respecto, observamos que la mitad de la población presenta intención de futuro, es decir una idea remota de esta dimensión, expresada en su mayoría en un futuro fantaseado, donde no aparece ni la previsión de recursos necesarios (anticipación), ni la revisión crítica de los factores intervinientes (proyecto).

Observamos que la responsabilidad autopercibida aparece como una característica de la minoría, y que más de la mitad señala encontrar una relación entre su autoconcepto y el proyecto ocupacional, es decir, reconocen que la percepción e imagen que tienen de sí mismos afecta la elaboración cognoscitiva de planteos futuros. Por otra parte, puede observarse que la familia resulta ser un ambiente hostil y amoroso al mismo tiempo, con frecuentes mensajes tantos positivos como negativos que impactan en sus proyecciones. El ritmo de trabajo y motivación para la tarea se presentan en niveles adecuados en la mitad de la población y la otra mitad presenta dificultades para la cons-

trucción y sostenimiento de un proyecto de vida. Finalmente identifican que las recaídas en el consumo pueden constituirse como el mayor impedimento en su desarrollo personal y ocupacional.

Podemos afirmar que, en todos los sujetos, en mayor o menor medida, el dispositivo breve de orientación vocacional, tuvo un efecto en la subjetividad y su relación con el futuro. En relación a los aspectos sociales que se ponen en juego en el armado de un proyecto ocupacional, los sujetos con consumos problemáticos no perciben condicionantes económicos, culturales y epocales. En la intencionalidad de los participantes para el logro de objetivos y la percepción de obstáculos, la mayoría se percibe motivado por situaciones de índole familiar (62%), personal (37%) o económica (18%). También intervienen sentidos transpersonales como la religión y sentidos materiales como la adquisición de dinero mediante el trabajo. Sobre los obstáculos, parecen tener una adecuada conciencia de ellos, sin embargo, precisan que éstos se hallan del lado de los factores subjetivos en tanto, como mencionábamos anteriormente, ubican en primer término a las recaídas como impedimentos en su progreso.

Discusión

Esta investigación da cuenta de cómo los sujetos con consumos problemáticos logran imaginarse en un sobrevenir temporal y mantener ciertas intenciones prospectivas, no obstante, esto se ve problematizado al momento de dar respuesta con sus acciones y formas de abordar la realidad. En este marco, el lazo responsable y de implicación subjetiva con una tarea y/u ocupación se ve fragilizado, poniendo en jaque la construcción y ejecución de un proyecto futuro. Por otra parte, al referirnos a las posibilidades de un proyecto futuro, vemos un desajuste entre lo que sostienen en el plano ideacional y lo real, como así también se observan planificaciones poco elaboradas y sin una estructura que las sostengan.

Vinculado a esto encontramos los resultados obtenidos en el estudio de Babicz (2009) quien, a través de intervenciones socioeducativas y ocupacionales, que propiciaron el autoconocimiento y la información en jóvenes con consumos problemáticos, observó cómo dichos recursos los habilitó a pensar sobre un posible futuro ocupacional y/o educacional y la construcción de un proyecto personal sobre el cual sostenerse más allá de las problemáticas de consumo.

También, lo analizado a través de este estudio en general, y el impacto de la orientación vocacional en particular, es coincidente con el estudio de Consuegra (2009) en cuanto al efecto favorable al que se arribó con el abordaje pedagógico y educativo que se le brindó a los jóvenes con consumos problemáticos respecto a la concientización de la necesidad de organizar su vida y elaborar metas y propósitos, así como la construcción de proyecciones a futuro que generen sentido en sus vidas.

Convocar al sujeto con consumos problemáticos a un espacio de elaboración de interrogantes por el futuro no resulta sencillo, sin embargo, la invitación de la orientación vocacional a un hacer diferente, desde el reconocimiento de las potencialidades del sujeto y con un posicionamiento de confianza en las mismas, habilita (conjuntamente con el tratamiento que atraviesa) un desenlace diferente en su historia. Es en este sentido que resulta sumamente relevante promover la elaboración de proyectos futuros en sujetos con consumos problemáticos, en tanto abre posibilidades simbólicamente significativas para su subjetividad, ya que se inicia una inscripción social diferente, desde lugares sociales valiosos, como lo son el trabajo y la profesión, que permiten ir construyendo un trayecto propio ligado al deseo y sostenido por la inclusión en el sistema social.

Referencias bibliográficas

Babicz, G. (2009). Proyecto de orientación laboral y educativa para adolescentes adictos como mecanismo para la reinserción social. Tesis de grado. Universidad Siglo 21: Argentina.

Consuegra, G. (2009). La educación de la capacidad de organización de la vida en adolescentes en riesgo de adicción como contenido de la prevención educativa en preuniversitario. Universidad de Ciencias Pedagógicas: Holguín.

Montoya, D. M., & Giraldo, J. C. (2012). Sistema de diagnóstico de competencias profesionales aplicando el test Chaside

Rascovan, S. (2010) Las elecciones vocacionales de los jóvenes escolarizados. Proyectos, expectativas y obstáculos. Noveduc y APORA.

Rascovan, S. (2016). La Orientación Vocacional como experiencia subjetivante. Editorial Paidós.

Tornello, F. S. (2019). Notas para analizar PISH vocacional, diálogos vocacionales, proyecto de vida y ARGEVOC. Cuadernos Universitarios, 12, pp. 77-92.

ABORDAJES DE LA PROBLEMÁTICA SUICIDA EN EL CONTEXTO DE LA URGENCIA EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PARANÁ

Maria Paula Nesa [A], María Fernanda Correa [B], Sabrina Soledad García Abib [C]

La propuesta de atención de las urgencias en salud mental en el hospital general busca mejorar los cuidados de las personas en estado de crisis subjetiva, tomando conciencia de que **cada ingreso es una oportunidad de acceso al sistema de salud**. Es decir, muchas veces este abordaje se convierte en la primera puerta de entrada a la atención de la salud integral de la persona.

Estos abordajes se enmarcan en los postulados de la ley Nacional de Salud Mental N° 26657/10, y en el paradigma de la salud mental como campo de problemáticas complejas.

Tal como la define la Ley Nacional N° 26657/10 "La salud mental es un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de derechos humanos y sociales" (LNSM Art. 3° 2010) Esta es la postura a partir de la cual nos posicionamos para abordar las problemáticas de salud mental en general.

"Intentos de suicidio", "conductas autolíticas", "lesiones autoinfligidas", son categorías que remiten a la **problemática suicida**, una de las problemáticas complejas que se aborda desde el campo de la salud mental y, a su vez, se instala dentro de lo que se denominan las "urgencias en salud mental". Estadísticamente, constituye el motivo más frecuente de ingreso de urgencias por salud mental en la guardia del Hospital San Martín de la ciudad de Paraná. Para ejemplificar, el 50% de los motivos de urgencia subjetiva se corresponden con esta problemática, siendo la franja etaria de mayor prevalencia la que va entre los 15 y 26 años.

¿Cómo llega al equipo de salud mental la situación de una persona que ingresa al Hospital San Martín, por alguna de las categorías mencionadas?

El **ingreso** es por la Guardia Central del Hospital, donde es recibido por el médico interno quien hace la primera valoración clínica de la persona, ofreciéndole una primera escucha en el sistema de salud. Vale aclarar que este primer acto, de un gran valor para la salud mental en el hospital general, ha venido siendo trabajado desde que el Servicio de Salud Mental institucionalizó sus prácticas en el Servicio de Emergencias del nosocomio, (hace aproximadamente 10 años). **Consideramos que este primer acto de escucha – atención - cuidado es muy importante ya que comienza a incluir en la lógica del hospital general, las problemáticas de la salud mental en el mismo nivel de importancia que al resto de los padecimientos de los sujetos que ingresan a una guardia general.** Por otro lado, en la problemática suicida frecuentemente hay una intervención clínica del médico, según el daño físico con el que haya ingresado, según sea la letalidad del método empleado.

Luego de esta primera valoración, este médico convoca al equipo de salud mental que se encuentra de guardia pasiva (integrado por un/a médico/a psiquiatra y un/a psicólogo/a).

El equipo **acude y realiza una primera evaluación conjunta de la situación del sujeto sufriente**, básicamente a través de una entrevista o varias entrevistas.

¿Cómo escuchamos en la urgencia?: *la escucha en este contexto ofrece una oportunidad para que los sujetos **puedan subjetivar su sufrimiento en relación a su historia**.* Las personas

[A] *Licenciada en Psicología (UNC) Profesora en Psicología (UNC) Magister en Salud Mental (UNER) Jefa Servicio de Salud Mental Hospital San Martín de Paraná Directora carrera de Psicología (UCA - Pná). Parana, Entre Ríos. Argentina. paulanesa@hotmail.com*

[B] *Lic. en Psicología (UCA) Psicóloga de planta Servicio de Salud Mental Hospital San Martín de Paraná. Coordinadora del dispositivo de guardias pasivas en dicho servicio. Parana, Entre Ríos. Argentina. correafernanda226@gmail.com*

[C] *Lic. en Psicología (UCA) Psicóloga de planta Servicio de Salud Mental Hospital San Martín de Paraná. Docente de la Cátedra Psicología de la Salud y Salud Pública en la carrera de Psicología (UCA). Parana, Entre Ríos. Argentina. sabrinagarciaa@hotmail.com*

que llegan a la guardia lo hacen abrumados por una serie de acontecimientos, que en muchas ocasiones no pueden hilar, ni poner en relación con nada o en los casos más agudos, ni siquiera relatar. Entonces, el equipo, a través de esta escucha abre las puertas a la posibilidad de que el sujeto ponga en palabras ese sufrimiento que apareció en acto. Esto es lo que nos da la posibilidad de intervenir, siendo la escucha atenta y confiable el primer modo de hacerlo. Estas primeras intervenciones, aunque parezcan sencillas, producen efectos: reducir la angustia y la ansiedad dando lugar a la palabra, expresando aquello que está ocasionando sufrimiento.

En la entrevista lo que más interesa no es tanto la descripción de los hechos, ni la verisimilitud del relato, sino la posición subjetiva en relación a su padecer. Al decir de Freitas de Macêdo y otros (2010) "a través del recurso de la palabra, algo del tejido simbólico que se había roto, podrá retomarse a partir de lo que dice el paciente, a través de su enunciación".

Ahora bien, pensemos que estas intervenciones se realizan en el contexto de una guardia general, en una institución de salud donde prevalece el discurso médico. Vale la pena introducir aquí la noción de "tiempo" para introducir algo con lo que nos encontramos habitualmente en la guardia. Podemos decir que en la urgencia hay un **tiempo cronológico**, que es el de la institución hospitalaria, el cual coincide con la **EFICACIA**, entendida como "atender la mayor cantidad posible de consultas y poder resolverlas en un corto período de tiempo". En cambio, desde la perspectiva de la salud mental, la temporalidad está más ligada a un **tiempo lógico**, al ofrecimiento de hacer una pausa y **permitir en ella un despliegue de un decir sobre lo que ha acontecido,** alojando al sujeto que consulta. Introducir una pausa para instalar por qué sucede este acontecimiento en este momento determinado, ubicar la angustia, en la medida de las posibilidades.

Dicho esto, avanzamos en definir qué aspectos se tienen en cuenta para realizar la **valoración por salud mental**. Desde que comenzamos con el dispositivo de guardias pasivas (2015), fuimos elaborando una serie de instrumentos que nos ayudan a realizar una valoración integral. Uno de los documentos que orientan nuestras intervenciones es el que versa sobre los "Lineamientos para la atención del intento de suicidio", publicado por el Ministerio de Salud de la Nación en 2012.

La evaluación médico clínica completa, que es la que realiza el médico interno de la guardia, como mencionamos más arriba, tiene la finalidad de estabilizar la situación clínica; por ejemplo, si el tipo de lesión autoinfligida es un corte o herida de arma de fuego, si hay lesiones a nivel cervical por intento de ahorcamiento, si es necesario y pertinente realizar un lavaje gástrico por ingesta medicamentosa o veneno, entre otras posibilidades. Luego de la misma y en el marco de una escucha atenta, el equipo de salud mental valora distintos aspectos, dentro de los cuales se encuentran los relativos al **estado de conciencia y estado psíquico global**. Otros dos aspectos que tenemos en cuenta en la evaluación son **el riesgo suicida,** donde se valora la letalidad del método utilizado, la existencia o no de planificación del acto, las circunstancias en la que se concretó el plan, el grado de impulsividad, la actitud y afecto posterior al intento, el estado psíquico al momento de la consulta y las características del contexto socio familiar del que forma parte el usuario. Por otro lado, es imprescindible evaluar y fortalecer los recursos, capacidades y potencialidades de la persona y su entorno; es decir, **los factores protectores.**

Mientras se van realizando todas estas valoraciones, el equipo de salud mental va pensando estrategias de acción en el contexto de la urgencia, acorde a la singularidad del sujeto y a su situación actual. En líneas generales podemos mencionar que, en todos los casos se trabaja con algún referente (familia, amigo, vecino, miembro de la comunidad, entre otros). La inclusión tanto de la familia como de acompañantes es imprescindible para hacer una evaluación contextual de la situación, es asimismo parte de la estrategia terapéutica. Es importante fortalecer y articular la red de contención. Es frecuente que el intento sea expresión de un malestar o sufrimiento en el ámbito de los vínculos afectivos cercanos, por tanto, de no trabajar terapéuticamente la situación con los integrantes de ese entorno, se corre el riesgo de que se perpetúen las conductas. Por otra parte, los cuidadores deben también ser asistidos y contenidos por parte del sistema sanitario, contando con un espacio de psicoeducación que los oriente sobre las medidas de protección y

cuidado (retirar elementos peligrosos, prestar atención a los primeros meses luego del intento, continuar con el tratamiento en Salud Mental y las redes de apoyo, entre otros) (MSN, 2012)

Características del abordaje de la urgencia, posterior a la evaluación

Además del tratamiento médico habitual de los síntomas físicos y/o lesiones si las hubiera, se procede al tratamiento de los síntomas psíquicos que se presenten, priorizando -como ya afirmamos- la intervención verbal, mediante la cantidad de entrevistas que sean necesarias. Cuando se requiere, se hace uso de intervención farmacológica y/o contención física.

En cuanto al diagnóstico, siempre es presuntivo y tiene en cuenta la complejidad de la situación. En muchas ocasiones los intentos se realizan en el contexto de un consumo (en general en la población más joven). También aparecen asociados a estados depresivos, pérdidas significativas recientes, estados melancólicos, entre otros.

Un aspecto importante que tenemos en cuenta respecto del diagnóstico es poder discriminar entre aquellos **actos** donde prima **la ideación suicida con intencionalidad de muerte** de aquellas otras conductas que denominamos como "**autolesivas sin intencionalidad de muerte".** Esta distinción nos ha permitido ubicar de manera más precisa los ingresos francos de intentos de suicidio y la posterior decisión respecto de los abordajes subsiguientes.

Dentro de las **estrategias terapéuticas inmediatas,** se plantean tres posibilidades:

I) Internación por salud mental en Hospital San Martín u otro efector (sea público o privado). *La internación se propone como recurso terapéutico extremo; en las personas que presentan problemáticas suicidas, se valora el riesgo cierto o inminente*. Se busca siempre tener el consentimiento del usuario y de algún familiar o referente, quien en algunas oportunidades puede acompañar en la internación (sobre todo si es un adolescente).

En el caso de que sea posible una **internación voluntaria**, se propone la firma del consentimiento informado. En este acto se ofrece la oportunidad de que la persona exponga sus opiniones libremente, además se le suministra información sobre su estado de salud, los tratamientos que se le proponen, sus efectos y resultados.

En el caso de que la **internación sea involuntaria**, además de lo anteriormente dicho se eleva una comunicación de internación involuntaria al Juez, al Órgano de Revisión y Asesoría Letradas del Ministerio Público de la Defensa de la Provincia de Entre Ríos.

Cuando se piensa en una internación por salud mental como la estrategia terapéutica más adecuada, se parte de la idea de que la misma sea "breve", con el objetivo de mantener los lazos de la persona con su comunidad y entorno significativo.

Permanencia en guardia para observación, en un lapso no mayor a 48 hs. Esta estrategia se considera cuando, por algún motivo la persona no puede ser valorada por el equipo de salud mental. Dentro de los motivos más frecuentes encontramos, la necesidad de estabilización clínica, lo cual no permite realizar una entrevista de valoración; estado confusional (por diferentes causas), estado de somnolencia, mutismo, etc. Luego de lograr la valoración, se decide la estrategia a seguir, que puede ser la internación propiamente dicha o el alta institucional.

Alta Institucional y tratamiento ambulatorio de Salud Mental Se considera la posibilidad de alta con indicación de seguimiento por el equipo de salud mental cuando se valora que la acción autolesiva es de bajo grado de agresión y la Ideación es de poca consistencia. Además, se observa un contexto familiar medianamente continente, quienes presentan una actitud de compromiso para adoptar medidas de cuidado. Muestra acuerdo con la necesidad de continuar el tratamiento. Al momento del alta, se otorga turno de seguimiento en el Servicio de Salud Mental. En el caso de que la persona tenga instalado un tratamiento previo, también se otorga turno de seguimiento en el Servicio de Salud Mental, y a la vez se pone en contacto con el o los profesionales tratantes para acordar estrategias conjuntas luego de resolver la crisis.

Estos años de inclusión de los abordajes de la urgencia subjetiva en un hospital general nos ha interpelado (y nos interpela) respecto de la **construcción de un lugar de la salud mental en el paradigma de la salud integral,** en una institución donde prevalece el modelo médico he-

gemónico. Hemos aprendido que dicho lugar no se define de una vez y para siempre, sino que implica un posicionamiento ético permanente, y que es posible soló a partir de la reflexión activa sobre nuestras prácticas cotidianas.

Referencias Bibliográficas

Amarante, P. (2019) Superar el manicomio. Salud Mental y atención psicosocial. Editorial Topía.

Freitas de Macêdo y otros (2010) "Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia de salud mental" EN: Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 1-16. Recuperado el 24 de mayo 2021 en 01.Luc+iola Artigo - Revisto pela Ilka no dia 11-08-2010 - revisado2.indd (uba.ar)

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657/10

Ministerio de Salud de la Nación (2012) Lineamientos atención del intento de suicidio en la adolescencia

Santimaría, L y Otros El diagnóstico en la urgencia de salud mental en el hospital público de la ciudad de Buenos Aires. Recuperado el 24 de mayo 2021 en https://es.scribd.com/document/470561794/EL-DIAGNOSTICO-EN-LA-URGENCIA-DE-SALUD-MENTAL-EN-EL-HOSPITAL-PUBLICO-DE-LA-CIUDAD-DE-BUENOS-AIRES-1

Sotelo, I. Comp. (2005); "Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista"; Ed. JCE; Buenos Aires

Sotelo, I (2007) "Clínica de la urgencia"; Ed. JCE; Buenos Aires

LA VOZ Y EL CUERPO EN LA CLÍNICA: MUSICOTERAPIA, INTERDISCIPLINA Y PRACTICA INTERPROFESIONAL

Valeria Casal Passion [A], Alejandra Giacobone [B]

Somos voz y cuerpo, la fonación deviene voz y el organismo deviene cuerpo en un proceso de humanización tan enraizado en la ontogenia como en la filogenia. Nos marcan los encuentros y desencuentros en los que la voz y el cuerpo del otro(s) dejan huella humana.

Abordamos la experiencia de la voz y del cuerpo desde conceptualizaciones musicoterapéuticas. La potencia de la musicoterapia es su clínica, y desde esa potencia, potente y potencial, reflexiona y conceptualiza sobre la salud mental, el enfermar y el sanar. La musicoterapia estudia la experiencia sonoro musical humana en los procesos de salud, atravesando desde la terapia musical (prehistoria disciplinar), un largo camino que hoy requiere comprender la ruptura epistemológica que ubica la sonoridad humana como una dimensión irreductible al cuerpo y/o a la palabra, pero configurando una trama inconfundible.

Las teorías sobre el origen de la música (su filogénesis) son diversas. Los musicoterapeutas estudiosos de la sonoridad intersubjetiva nos referimos a la *musicalidad*, aquella que es constitutiva y fundante en las primeras etapas de la vida y constructiva de lo subjetivo hasta la vida adulta.

Aunque musicalidad y música están relacionadas, su conceptualización es diferente. La música es objeto, producto y proceso humano, devenido inclusive de aquella musicalidad temprana. Como sujetos insertos en una trama cultural, los posteriores procesos de construcción subjetiva serán en los intercambios constitutivos que forjan la identidad, donde la música también será objeto y proceso fundante como creación, manifestación y producto estético. (Casal Passion, 2019)

Postulando que la musicalidad es la matriz de la humanización, en tanto materia y envoltura del vínculo en el que existimos, nos arriesgamos a afirmar que la producción de discurso estético es su consecuencia. Los intercambios primordiales humanos poseen una materia sonora fundante cuyo tramado enlaza cuerpo y palabra. Y así, la musicalidad crea voz, cuerpo, palabra. Y luego el ser humano crea música, canto, danza, poesía. Tanto la voz como el cuerpo se constituyen en

[A] *Musicoterapeuta Clínica (USAL) Diplomada Superior en Bioética FLACSO Miembro Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos Docente universitaria Miembro Titular AASM. CABA. Argentina. valeria@saludenlazos.com.ar*

[B] *Musicoterapeuta Clínica (USAL) Especialista en Desarrollo Infantil e Intervención Temprana Supervisora Clínica en Salud Pública Autora textos profesionales Docente universitaria Miembro Titular AASM. CABA. Argentina. alejandragiacobone@gmail.com*

dos núcleos fundamentales de la praxis musicoterapéutica. "Escuchar es inseparable de hacerse escuchar" (Schaeffer, P, citado por Belloc, en Gauna, Giacobone, Licastro, 2015).

La musicalidad primordial (MP) (Giacobone, Licastro, 2015) es la condición de la especie humana caracterizada por la organización discursiva de la sonoridad según las cualidades musicales de la experiencia humana. Las funciones de la MP confirman su esencialidad.

Planteamos entonces que la música es una producción de la cultura y que la musicalidad es una condición de la especie. La MP es el modo humano de ser con otros, porque los encuentros interpersonales en los que nos humanizamos poseen ritmo, tempo, intensidad, duración, entonación, alternancia de escucha y expresividad. Así nos constituimos subjetivamente en un "experimentarse a sí mismo como ser expresivo y comunicativo" (Giacobone, 2008)

El andamiaje de la subjetividad posee básicamente tres dimensiones de la experiencia humana: *sonora, corporal, verbal*. He aquí el cuestionamiento epistemológico al modelo binario que explica el devenir sujeto en un proceso del cuerpo a la palabra donde no hay noción de sonoridad, sino que ésta se reduce a una manifestación corporal o es apenas el vehículo donde viaja la palabra.

Todo este planteo es posible a partir del entrenamiento en la *escucha trabajada* (Belloc, 1995), que supone un tiempo lógico que no puede apresurarse ni detenerse. Al superar el antiguo modelo musicoterapéutico de "uso de la música", la clave ya no está en el sonido, sino en la escucha. Oír es fisiológico, pero escuchar es humano.

Es imprescindible ubicar que la MP, es una condición de vivencia subjetiva. Un proceso complejo que nos preexiste y nos supera, nos determina y nos configura. Nos hace humanos aun cuando el cuerpo no nos responda como esperamos y la palabra no se exprese o nos abandone.

Donar escucha es, desde el lugar del terapeuta, aceptar la limitación y hacerse pregunta sobre la intervención, la interconsulta, la derivación.

La voz es a la mirada, lo que la escucha es a lo mirado por el ojo que mira. Lo mirado por el ojo que mira es el equivalente a la voz. La escucha es la equivalencia, posible, de la mirada.

Es imposible prescindir del cuerpo y de la voz en la clínica de todas las prácticas existentes. No sería humano. Pero si es muy diferente la interpretación y la intervención que con el cuerpo y la voz - o a pesar de ellos - se juegan en cada escena terapéutica y en cada intercambio interdisciplinario. Aunque existan profesiones cuyas áreas competenciales se enuncien desde el cuerpo o la voz, desde el organismo o desde la fonación, o desde ambos posicionamientos científico epistemológicos, la realidad que irrumpe en los consultorios y en las instituciones es que ni la voz puede acallarse ni el cuerpo aquietarse sin que eso represente una lectura, una escucha, una mirada, un análisis, una pregunta o una certeza que devenga intervención. En estos tiempos de la clínica, la modalidad digital permite sostener lo imprescindible e impostergable, las voces, los discursos, los cuerpos, las sonoridades, para que estos sean presencia.

La sonoridad cambia, también las cualidades del tocar. Ya no tocamos el cuerpo físico, ¿sí su representación? Todas las dimensiones del tocar están presentes, son urgentes e imprescindibles. En el espacio mediatizado, creado entre los cuerpos distantes físicamente pero presentes, la escucha de la sonoridad y la musicalidad es salutogénica.

El reduccionismo de la música como recurso y la voz como instrumento

En la expresividad humana, la voz es una de las posibles manifestaciones de la sonoridad pero no la única. Es habitual escuchar que se la categoriza como instrumento de cantar o de hablar. El problema se presenta cuando el paciente al producir sonoromusicalmente, no encuentra una escucha especializada que pueda alojar su decir.

Todos tenemos voz y la MP nos humaniza, pero la clínica musicoterapéutica nos viene demostrando hace décadas, que cuando un sujeto se está *musicoterapeutizando* los cambios en su interioridad resuenan en nuevos y más saludables modos de estar en el mundo y con los otros. La musicoterapia propone una escucha especializada de las producciones humanas que consideramos discurso estético por su sentido y no por su artisticidad.

Los "instrumentos musicales", para una persona que se está *musicoterapeutizando*, no son ob-

jetos lúdicos concretos, sino fuentes de expresión de objetos internos cuya sonoridad organizada en la MP construye subjetividad.

La clínica mediada por nuevas TICs[1]

La voz y el cuerpo en la teleterapia se nos presentan y ausentan por exceso y por carencia. La ruptura epistemológica que planteamos desde la musicoterapia, nos introduce en una terceridad posible para la visibilización y la audicionabilidad de nuestras existencias corporales y vocales, sonoromusicales. Muchas y muchos hartos ya del "cara a cara" en el que se basa la "teleconsulta" empiezan a orientarse a una "escucha" tan originaria como fundante de la "voz" del sujeto. Las orejas no están tan a la vista como los ojos. La mirada mutua está anulada en el cara a cara de la teleconsulta. La voz en cambio nos presenta y enlaza. La voz que es construida por la escucha, puede augurar un futuro de palabras que adornarán ese lazo temporal. Alternancia de sonoridad y silencio que construyen el cuerpo que poco a poco va existiendo.

Ya podemos ir vislumbrando que este inesperado nuevo modo de vivir abrirá nuevas teorizaciones acerca del desarrollo infantil y de los padecimientos subjetivos adultos. Muchas conceptualizaciones hegemónicas, quedarán envejecidas. El lenguaje digital que nos incluye o nos excluye viene a revelar equívocos y a develar novedades nada nuevas, como la influencia nodal de la dimensión sonoromusical en la producción de subjetividad. Dimensión irreductible al cuerpo y a la palabra. Confirmación de la pluralidad de lenguajes por sobre la noción "del lenguaje". Casi que estos tiempos nos llevan a ejercer el derecho a tener voz, además de cuerpo y palabra.

La pregunta por el cuerpo no es nueva, pero si lo es el contexto que nos lo devela en inusuales modos de experiencia. La presencia sonoromusical de siempre se nos revela sobreaudita. Palabras como incorporar y evocar cobran espesura en sus significaciones corporales y vocales. Las vivencias en pandemia se amontonan en nuestras prácticas clínicas y necesitamos compartir con otros lo imprescindible del encuentro. Los reduccionismos de palabras como voz y silencio, desplazadas en significados que ocultan sus hermosuras, son -y fueron - un sacrificio simbólico que podremos (?) reparar.

Abordar la voz y el cuerpo en la interdisciplina

Lo suficientemente *interdisciplinados* para entramarse sin que sea un mero maquillaje pintoresco, no estamos planteando una práctica *entre varios* como un hacer indiferenciado ni como la fagocitación de contenidos e incumbencias. El punto es que nuestra expresividad sonora, corporal y verbal teje sentido con los pacientes y con los compañeros de tarea y sus prácticas. Tramar un sujeto entre varios.

Desde un enfoque subjetivante en el contexto clínico, lo que integra es el encuentro. La escucha, la presencia, el tiempo y el espacio son propios del camino sinuoso de la clínica. Interdisciplinariamente vamos tejiendo enlaces que seguramente continuaremos desarrollando para comprender más y mejor; proveer experiencias saludables.

El derecho a la salud mental tiene un nodo indiscutible en el derecho a ser escuchado. El cuerpo y la voz en la clínica develan el ser y se revelan campos de expresividad a la escucha. Desde la perspectiva musicoterapéutica lo planteamos como el derecho de hacerse escuchar. Desde temprano y hasta las últimas instancias vitales.

"Si hay ejercicio de escucha es porque se está respetando un decir" (Casal Passion, 2020)

BIBLIOGRAFIA

Casal Passion, V., Giacobone, A., Luhía, M.A. (2019). La musicalidad fundante de lo Humano. Congreso Mundial de Salud Mental, Buenos Aires, Argentina. AASM

Casal Passion, V. (2019). De música a la ligera: el arte privilegiado, derechos humanos y prácticas iatrogénicas. El Sigma, Buenos Aires, Argentina.

Casal Passion, V. (2018). Musicalidad, memoria e identidad. La escucha musicoterapéutica en el abordaje de personas con deterioro cognitivo y demencias. Jornadas UMSA, Buenos Aires.

Gauna, G., Giacobone, A., Licastro, L. (2015) Musicoterapia en la Infancia. Tomo 1, Ed. Diseño, Buenos Aires, Argentina

Dólar, M. (2007). Una voz y nada más. Ed. Bordes Manantial. Buenos Aires, Argentina

1 *Tecnologías de la Información y de la Comunicación*

Molino, J. (2019). El mono músico. Esbozo antropo-historico de la música. Ed. Último Recurso, Rosario, Santa Fe, Argentina
Giacobone, A. (2015). Actualidad Musicoterapia en Argentina. Jornadas Anuales PROSAM, Buenos Aires, Argentina.
Nancy, J.L. (2007). 58 Indicios sobre el cuerpo. Ed. La Cebra, Buenos Aires, Argentina.
Quignard, P. (1996). El odio a la música. Diez pequeños tratados. Ed. Andrés Bello, Chile.
Reynoso, C. (2006). Antropología de la música: de los géneros tribales a la globalización. Vol. I: Teorías de la simplicidad. Ed. SB. Colección complejidad humana.
Samaja, J. (2007) Epistemología de la salud. Ed. Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina
Yamin, A.E., Gloppen, S. 2013). La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio? Ed. Siglo veintiuno. Buenos Aires, Argentina.

TEST DE SCREENING COGNITIVOS EN PACIENTES INTERNADOS POR CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

Melina Bucich [A], Beatriz Di Biasi [B], Carlos Damin [C], Analia Cortez [D]

Introducción:

Hay amplia evidencia en que el consumo problemático de sustancias se vincula con cambios neurobiológicos que se relacionan con deterioro cognitivo de distintas magnitudes. Este impacto en el funcionamiento cognitivo tiene sus implicancias en el normal desarrollo de la vida cotidiana de los pacientes, y, por lo tanto, también impacta en los tratamientos. La detección de alteraciones neurocognitivas en pacientes con consumo problemático, permitiría la asignación de los sujetos con deterioro funcional a programas de rehabilitación cognitiva de manera más temprana.

Objetivo:

Analizar los perfiles neurocognitivos de pacientes internados en sala de Toxicología a través de aplicación de evaluaciones cognitivas breves, para luego comenzar con sesiones de rehabilitación cognitiva, tanto individuales como grupales dentro del marco de la internación.

Métodos:

Para evaluar el estado cognitivo de los pacientes, se utilizó la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (Moca). El Moca es una herramienta de cribado, de fácil y breve administración, cuyo propósito es detectar la presencia de deterioro cognitivo leve. Una de las características que se consideran una ventaja de esta escala es que incluye corrección de escolaridad. Dada la cantidad de pacientes con menos de 12 años de escolarización que son internados en la sala, es fundamental que el propio test tenga esta corrección para ajustar resultados. Se aplicó también Examen Cognitivo de Addenbrooke-III (ACE-III), prueba de rastrillaje breve. También se aplicó INECO Frontal Screening (IFS), la cual es una herramienta de cribado meramente ejecutiva, también de fácil y rápida administración.

Además de evaluar el rendimiento cognitivo de los pacientes, se evaluó también el estado emocional de los mismos. Para indagar los niveles de ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). También se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, Adaptación Brenlla, 2005). Los tests elegidos, son autoadministrables, aunque algunos pacientes requirieron de supervisión para su realización. Se incluyó también la escala Assist, encuesta estructurada breve fue

[A] *Lic. en Psicología (Uba) Concurrente Htal. Argerich Beca Salud Publica Htal. Fernandez, División Toxicología. CABA. Argentina. bucichmelina@gmail.com.*
[B] *Medica Toxicóloga. Htal. Fernandez . División Toxicología. Primera Cátedra de Toxicología, Universidad de Buenos Aires. CABA. Argentina. beadibiasi@gmail.com*
[C] *Medico Toxicólogo. Htal. Fernandez. División Toxicología. Primera Cátedra de Toxicología, Universidad de Buenos Aires. CABA. Argentina. Cdamin@fmed.uba.ar*
[D] *Medica Toxicóloga. Htal. Fernandez. División Toxicología. Primera Cátedra de Toxicología, Universidad de Buenos Aires. CABA. Argentina. dracortez2017@gmail.com*

elaborada por la OMS para la detección precoz y realizar tamizaje de consumo de sustancias psicoactivas, alcohol incluso tabaco.

Resultados:

De los test de screening cognitivos evaluados, se desprende que la gran mayoría de los pacientes puntúan por debajo de lo esperado para su edad y escolaridad, evidenciándose déficit cognitivos deficitarios en la mayoría de los casos. Por otro lado, se encontró gran interés de los pacientes en las sesiones de rehabilitación cognitiva, tanto grupales como individuales.

Se ha encontrado una mayor prevalencia del consumo problemático de alcohol, ya que representa el 73% de las evaluaciones realizadas. A su vez, también se manifiesta la prevalencia de los pacientes hombres, siendo el 70% de las evaluaciones realizadas.

Se analizaron los siguientes aspectos: escolaridad, situación laboral, periodos de abstinencia logrados, edad de inicio del consumo, escalas de estado de ánimo, puntajes en escala Asisst y rendimiento cognitivo:

Escolaridad: los 39 pacientes estudiados en este segundo año del proyecto, se distribuyen de la siguiente manera: 27% presenta Secundario Completo, 22% Primario Completo, 19% Secundario Incompleto, 16% Terciario/Universitario Completo, 11% Terciario/Universitario Incompleto y 5% Primario Completo.

Situación laboral, el 60% tiene empleo estable, el 36% se encontraban desempleados, mientras que el 4% pacientes se encontraban en situación de calle.

Periodos de abstinencia lograda: solo el 38% de los pacientes presentó un periodo de mayor a un año de abstinencia logrado (en remisión total o parcial).

Edad de inicio del consumo, el promedio es de 21 años. Sobre este punto, es importante mencionar que no se considera la edad de inicio del tabaco, sino que el objetivo de este proyecto es evaluar el impacto de la sustancia que motiva la internación.

Escala de Depresión (BDI-II) y de ansiedad (BAI): se encontró una presencia de ansiedad moderada en la mayoría de los pacientes y por otro lado una presencia de depresión grave en la mayoría de los casos. La presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estos pacientes, nos sirve para pensar el consumo como una temática multiproblemática.

Escala Assist: se evidencia que el 71% de los pacientes con consumo problemático de alcohol presentan riesgo grave. Esto coincide con el objetivo de la internación en la Sala de Toxicología, pensando como lugar que representa una pausa en el consumo, un freno a las conductas compulsivas asociadas frecuentemente al consumo. Es esperable pensar que los pacientes que requieren internación en la Sala de Toxicología, presentan un consumo de riesgo alto, siendo necesaria el recurso terapéutico de la internación, cuando se descartan otros recursos terapéuticos previos.

Cabe mencionar que mencionar que en base al tipo de datos recolectados, y para trabajar con una matriz de datos más robusta, el análisis en el SPSS solo los datos de los pacientes con consumo problemático de alcohol, siendo la mayoría de los pacientes entrevistados.

Rendimiento cognitivo: Se encontró una correlación significativa ($p \leq 0.01$) entre los años de educación de los pacientes y los rendimientos cognitivos en la prueba del Moca. Este hallazgo está en concordancia con la bibliografía consultada sobre el tema. Es esperable encontrar que a mayor escolarización, los pacientes presenten mejores rendimientos cognitivos. Por otro lado, es importante mencionar que el Moca ya incluye una corrección (se le suma un punto) para los sujetos con bajos niveles de formación (menos de 12 años de escolarización).

Por otra parte, se encontró independencia estadística entre el puntaje del Moca y las variables que se detallan a continuación: edad, género, edad de inicio y periodos de abstinencia logrados. Debe recordarse que, por una parte, se trata de simples test de screening y, por otra, que no es posible saber si el deterioro cognitivo es previo y por lo tanto, facilitador del consumo problemático, o si es consecuencia. Por otro lado, es interesante pensar si estos déficit cognitivos podrían ser agravados por el consumo y su impacto en la vida del paciente, como puede ser estrés, situa-

ción social, laboral, vínculos interpersonales, etc. Por otro lado, es importante señalar que la muestra es estadísticamente pequeña, por lo que se considera necesario continuar con el proyecto para ir incluyendo más pacientes y poder aumentar el tamaño de la muestra, para poder obtener resultados estadísticos más significativos.

Finalmente, y teniendo en cuenta la puntuación total de la MoCA de los pacientes con consumo problemático de alcohol, se observa que sólo el 8% de los sujetos de la muestra supera el punto de corte de 26 estipulado por el test para estimar un funcionamiento neurocognitivo normal, en tanto que el restante 92% presenta sospecha de deterioro en mayor o menor grado. Con respecto al ACE, se encuentran resultados similares: solo el 35% de los pacientes logró puntajes esperados, por encima del puntaje de corte de 86 indicado por el test, siendo el 65% de los pacientes que presentaron rendimiento cognitivo deficitario. Con respecto al IFS, los resultados son aún más alarmantes, solo el 10% de los pacientes presentan rendimiento esperable en pruebas de funciones ejecutivas, y el 90% de los pacientes presentaron puntajes deficitarios en dichas pruebas.

Conclusiones:

Por todo lo expuesto, se desprende que el hallazgo más significativo del proyecto es la presencia de déficit cognitivo en la mayoría de los pacientes internados en la Sala de Toxicología. Este déficit no se puede determinar si es causantes del consumo, o una consecuencia, pero sí se considera una variable importante a la hora de comenzar tratamiento y proponerles intervenciones a los pacientes que logren realizar a pesar de estas dificultades. Por otro lado, este hallazgo indica la necesidad de hacer una exploración neuropsicológica completa sobre los dominos cognitivo que confirme si dichas alteraciones configuran algún síndrome específico del que se derive un diagnóstico neurológico.

De lo anteriormente mencionado, se refuerza la importancia de incluir a la Neuropsicología dentro del marco del tratamiento de consumo problemática de sustancias, ya que pueda aportar herramientas útiles como la evaluaciones neurocognitivas. El uso de estas pruebas pueden facilitar, por una parte, una mejor atención a estos pacientes, facilitándole recursos (profesionales y materiales) para tratar los déficits encontrados, y, por otra, incrementar los niveles de adherencia y la efectividad de los tratamientos, al reducir a través de la rehabilitación neuropsicológica, los abandonos tempranos por la incapacidad para comprender y manipular información recibida en los tratamientos.

Bibliografía

Loureiro C, García C, Adana L, Yacelga T, Rodríguez-Lorenzana A, Maruta C. Uso del test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) en América Latina: revisión sistemática. Rev Neurol 2018; 66: 397-408.

Carolien J. W. H. Bruijnen, Mandy Jansen, Boukje A. G. Dijkstra, Serge J. W. Walvoort, Selmaugtmeijer, Wiebren Markus, Cor A. J. De Jong & Roy P. C. Kessels (2018): The Montreal ognitive Assessment (MoCA) as a cognitive screen in addiction health care: A validation study for clinical practice, Journal of Substance Use, DOI: 10.1080/14659891.2018.1497102

Natalia Sierra Sanjurjo, Antonella Belén Saraniti, Ezequiel Gleichgerrcht, María Roca, Facundo Manes & Teresa Torralva (2018): The IFS (INECO Frontal Screening) and level of education: Normative data, Applied Neuropsychology: Adult, DOI: 10.1080/23279095.2018.1427096

Neurobiología de las adicciones Mónica Méndez-Díaza, Brenda M. Romero Torresa, Jacqueline Cortés Morelosb, Alejandra E. Ruíz-Contrerasc, Oscar Prospéro-Garcíaa

Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas. dicciones, 16(1), 41-52. doi:http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.417

Perfil neuropsicológico de alcohólicos con alta densidad familiar de alcoholismo tras abstinencia prolongada (2002) Corral Varela, Montserrat Rodríguez Holguin, Socorro Cadaveira Mahía, Fernando. Revista española de drogodependencias Núm. 2 Pág. 148-158

Bases neurobiológicas de la drogadicción. Fernández-Espejo, Emilio . Revista de neurología, 34(7), 659-664

Landa, N., Fernández-Montalvo, J., Tirapu-Ustarroz, J., López-Goñi, J., Castillo, A., & Lorea, I. (2006). Alteraciones neuropsicológicas en alcohólicos: un estudio exploratorio. Adicciones, 18(1), 49-60. doi:http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.355

Iruarrizaga, Itziar, & Miguel Tobal, Juan José, & Cano, Antonio (2001). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo crónico. Un apoyoempírico a la hipótesis del continuo. Psicothema, 13(4),571-580.[fecha de Consulta 15 de Octubre de 2020]. ISSN: 0214-9915. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72713407

AL GRAN PUEBLO ARGENTINO… ¿SALUD? UNA REFLEXIÓN ACERCA DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS PENSADOS DESDE LOS NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD

Lucila Florencia Serra [A], Osvaldo Chiarlo [B]

INTRODUCCIÓN

Con motivos altamente desafiantes, a los once años de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, el presente trabajo de investigación llama a reflexionar sobre el estado actual respecto a los avances y retrocesos de las bases que la sostienen y sobre las razones sociales y sanitarias que justifican y toman urgente la transformación de nuestro sistema de atención en salud.

La ley N°26.657, regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en la República Argentina (capítulo IV artículo N°7) y prevalecen, especialmente, los derechos de toda persona a recibir la mejor atención sanitaria, social, integral y humanizada disponible en salud mental y adicciones; al trato digno, respetuoso y equitativo; a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con modalidades de atención basadas en la comunidad, entendiendo a la internación como una medida que sólo debe ser aplicada como último recurso terapéutico.

Cabe destacar que dicha ley incluye las adicciones como parte integrante de las políticas de Salud Mental (capítulo II artículo N°4), creando condiciones de posibilidad para abordar una problemática compleja. Esta coyuntura invita, pero también obliga a responder respecto a las problemáticas de las adicciones en el marco de un Estado presente en el derecho a la salud, a través de la participación intergubernamental, multisectorial e interdisciplinaria.

Por tal motivación, nos orientamos hacia el desarrollo de los conceptos elementales: problemáticas de consumo y niveles de atención en salud, para luego, interrogar-nos respecto a un plan alternativo de reestructuración de los recursos asistenciales, basado en el modelo de abordaje integral de la Asociación Civil ABRA un camino de evolución, con el objetivo de hacer visible la singularidad, complejidad e integralidad del sujeto y su entorno; encontrándose ahí nuestro desafío en tanto trabajadores/as del ámbito de la Salud Mental y los consumos problemáticos.

DESARROLLO

Con la intención de acercarnos al sentido de esta reflexión, es posible pensar el concepto de salud como un proceso relacionado a las formas de vivir y de morir que protagonizan los seres humanos en tanto sujetos o colectivos sociales; formas que enlazan lo biológico con lo social y estructuran un campo simbólico de representaciones subjetivas y de prácticas sociales, atravesando y constituyendo el colectivo social.

Entendemos al sujeto de nuestra práctica como actor necesario y receptor directo de los efectos de las políticas implementadas en el Campo de la Salud Mental y como sujeto de derecho con representación jurídica en las instituciones estatales.

Problemáticas de consumo.

Para la descripción de esta primera categoría tomamos como referencia la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR, 2019), dónde se alude que "las problemáticas vinculadas al consumo forman parte de una realidad compleja que nos interpela, desafía y compromete como sociedad", (p.12); es decir, "abordar las problemáticas de consumo desde el enfoque más complejo de la salud implica un abordaje integral" (p.12): "el abordaje integral es con el otro, en contexto, en territorio y en red con instituciones y asociaciones de la sociedad civil" (p.21).

[A] *Licenciada en Psicología. Pasante del Departamento de Investigación, Asociación Civil ABRA: un camino de evolución. Santa Fe. Argentina. lucilafserra@gmail.com*
[B] *Psicólogo clínico. Fundador y director general de la Asociación Civil ABRA: un camino de evolución. Santa Fe. Argentina. ovabandolin@gmail.com*

En este punto, nos resulta imperioso destacar que nos encontramos inmersos en una sociedad globalizada de consumo, que incita todo el tiempo a los sujetos a consumir de manera creciente y repetitiva: siempre hay algo nuevo, algo distinto, algo que no tenemos y que deberíamos tener para ser felices. Esta cultura consumista en la que estamos insertos tiene fuertes componentes del tipo adictivo: es inmediatista, glorifica el placer y la satisfacción inmediata. De esta forma, el consumo pasa a ser la principal salida al malestar, tal como comenta Freud en su obra "El malestar en la cultura" (1930):

La vida, como nos es impuesta, resulta gravosa: nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla, no podemos prescindir de calmantes. Los hay, quizá, de tres clases: poderosas distracciones, que nos hagan valuar en poco nuestra miseria; satisfacciones sustitutivas, que la reduzcan, y sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ellas. (p.75).

De aquel tiempo hasta hoy, han pasado 90 años de los escritos del padre del psicoanálisis y la situación continúa vigente.

Niveles de atención en Salud.

En cuanto a la segunda categoría tomamos como punto de partida al sociólogo y Dr. en Ciencias Políticas, Federico Tobar (2011), quién "denomina atención (o asistencia) de la salud al conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un [sujeto], un grupo familiar, una comunidad y/o una población". En este sentido, Tobar (2011) comenta que la problemática del modelo de atención contempla aquellas cuestiones vinculadas a: *¿qué cubrir?* (tipo de acciones, prestaciones o servicios que se debe brindar a la población para producir salud); *¿a quién cubrir?* (criterios de elegibilidad o inclusión al sistema); *¿cómo prestar?* (prestadores, criterios y padrones); *¿a dónde prestar?* (lugares y distribución de la oferta); y, por último, *¿qué criterios de referencia y contrarreferencia adoptar?*

En función de lo dicho anteriormente, y continuando con la reseña de esta segunda categoría, se puede decir que las instituciones y organizaciones prestadoras de servicios dedicadas a los consumos problemáticos son niveladas y categorizadas en función de la asistencia y complejidad ofrecida.

El siguiente cuadro de niveles y categorías de atención y asistencia reconocidos por la SEDRONAR (2014, p.14), previstos por la Resolución Conjunta 361/97 MS y AS y 153/97, resume sus características y funciones:

En concreto, el **primer nivel** es el más cercano a la población, es la puerta de entrada al sistema de salud y se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad; en el **segundo nivel** se ubican los hospitales y el **tercer nivel** se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta complejidad. Los niveles de atención deben funcionar con una adecuada referencia y contrarreferencia, siendo fundamental la coordinación entre los mismos.

Modelo asistencial integral: hacia un camino de evolución.

En relación a esta tercer y última categoría, tomamos como referencia a la Asociación Civil ABRA: un camino de evolución, "una institución que aboga ser una micro política que interviene desde una crítica constructiva a lo establecido en términos de asistencia, prevención, investigación y formación en [los consumos problemáticos]" y, por otro lado, "tomar un rol activo en la recuperación de un tejido social en el cual se visualizan cada vez más grietas" (2016).

"Abra se distingue por el compromiso profesional puesto al servicio del cambio y el desarrollo de todos los actores involucrados en el proceso de restauración de la salud", "lo que permite el desarrollo de un conjunto de competencias para el trabajo de campo, personalizando cada situación clínica y potenciando al máximo las probabilidades de éxito terapéutico para reducir los costos de las prestaciones" (2016).

Asimismo, "el modelo mediante el cual se analizan los consumos problemáticos, es multidimensional e integral", considerando, tanto en la promoción y prevención de la salud, como en el diagnóstico y abordaje, "a los vínculos que se establecen entre [la persona], el objeto de consumo, el contexto familiar y el entorno microsocial" (2016).

En este sentido, el psicólogo, docente e investigador, Osvaldo Chiarlo considera que uno de los problemas de Salud Pública que aún no encuentra una cobertura estable de atención es el del 'consumo problemático' o 'adicciones'. Para ello, invita a comprender un nuevo orden social -colectivo- y una reorganización del sistema sanitario, considerando prudente diferenciar los niveles de atención de acuerdo a la dimensión persona, a la dimensión familia y a la dimensión microsocial, hablando, por consiguiente, de nueve niveles de atención, tres niveles de atención para cada dimensión.

REFLEXIÓN: hacia un cambio de paradigma.

Nos encontramos ante una realidad impuesta: cuando trabajamos la problemática del consumo trabajamos, al mismo tiempo, la problemática de la sociedad en sí misma y en este sentido, posicionados desde un desafío paradojal, podemos pensar a los sujetos consumidores como víctimas del sistema, pero también como sujetos responsables del consumo; precisamente en esa responsabilidad, se disfraza una ausencia, una ausencia del Estado, una ausencia del sistema de salud, una ausencia de los/las trabajadores/as de la salud, una ausencia de las escuelas y las familias y también, una ausencia singular.

Entonces la brecha no está entre la victimización vs responsabilidad; sino entre la responsabilidad vs ausencia. Esa ausencia nos obliga a interpelar-nos y ampliar el espectro de la problemática, aceptando el reto de imponer una presencia a la demanda actual, construyendo y solidificando las bases para la calidad integral por la que se anhela trabajar día a día, codo a codo.

Nos encontramos cargados de preguntas y sobrecargados de respuestas, resultando interesante a la hora de proyectar una futura investigación.

Agradecemos a: Lic. María Paula Carestía Lostaló, Abog. Stella Maris Leiva, Anabela Gornati y Clara Brassesco, por su colaboración en el presente.

BIBLIOGRAFÍA.

Asociación Civil ABRA: un camino de evolución. 2016. Sobre nosotros.
Freud, S. (1930 [1929]). El malestar en la cultura, XXI, apartado II. Amorrortu.
Ley N°26657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto reglamentario 603/2013. Buenos Aires, Argentina. 2 de diciembre de 2010.
Sánchez, C. (08 de febrero de 2019). Normas APA (7ma edición). https://normas-apa.org/
SEDRONAR (2018). Boletín estadístico del perfil de pacientes asistidos, transferencias por subsidios a tratamiento y línea de atención 141. I trimestre de 2018. Observatorio Argentino de Drogas.
SEDRONAR. (2019). http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Manual2019.pdf
Tobar, F. (2011). Recuperado en http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud

EL RAP COMO PUERTA DE ENTRADA A LOS TERRITORIOS DE LOS PIBES

Noelia Sevenié Miranda [A]

En Atención Primaria de la Salud trabajamos con problemas... algunos de ellos se nos presentan, otros los salimos a buscar. Habiendo transcurrido diez meses de la Disposición Nacional de Emergencia Sanitaria por Covid 19, se hizo evidente la necesidad de seguir reinventando las redes de contención, referencia y cuidado de niños/as y adolescentes, ya que la virtualidad tiene sus limitaciones y muchos pibes "desaparecieron del mapa". En el marco de reuniones en red organizadas por la Residencia de Psicología Social y Comunitaria, junto a referentes del Área Programática N°2 de Bahía Blanca, surge esta inquietud en relación a los jóvenes. Puesto que algunos de ellos que-

[A] *Licenciada en psicología. Tramo de Formación Pedagógica. Residente de Psicología Social y Comunitaria, desempeñando funciones en Primer Nivel de Atención. Bahía Blanca. Buenos Aires. Argentina.noe.sev08@gmail.com*

daban invisibles detrás de sus silencios, sus ausencias, sus trayectorias educativas fluctuantes, y otros invisibilizados por lo que se decía de ellos: eran los que "hacen disturbio" en la plaza del barrio.

¿Qué tendrán para decir esos jóvenes, como sujetos de deseo y ciudadanos de derecho? Sabemos que la construcción de verdaderos problemas que conduzcan a buenas prácticas debe realizarse con ellos, entonces, ¿cómo invitarlos a participar en la definición de su propia agenda de salud? En este horizonte se asomaron dos opciones: quedarnos esperando que llamen o se acerquen a la escuela y a la Unidad Sanitaria, o acercarnos nosotros a los territorios donde ellos circulan.

Descartada la primera opción, recurrimos a la búsqueda de sus posibles espacios de confianza y pertenencia. Lo que dio lugar a la activación de un complejo trabajo intersectorial con los referentes barriales que estaban comenzando a pensar el retorno de actividades grupales presenciales. Ellos identificaron un vasto interés hacia la práctica del rap por parte de los jóvenes, de modo que conformamos un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de las áreas de la salud, la educación y la cultura hip-hop, y trabajamos en el diseño y la implementación de talleres de rap, utilizados como estrategia de acercamiento a la comunidad.

Garantizando el derecho a un ambiente que aloje, acompañe y escuche

Todo joven y adolescente atraviesa, de forma singular, tiempos de grandes transformaciones. Como nos invita a pensar Passarotti (2020), la pérdida de referencias construidas en la infancia, junto a la imposibilidad de alcanzar rápidamente nuevas identificaciones, sitúan al adolescente en un lugar vulnerable; por lo que la presencia de adultos fuertes que contengan, acompañen y toleren sus embates pulsionales resulta fundamental para evitar que, quedando solos y desamparados, recurran a conductas de riesgo. Esos adultos deben acompañar con límites que cuiden y miradas que sostengan y habiliten rearmados subjetivos y nuevas formas de posicionarse y estar en la cultura. Hay jóvenes que encuentran a estos referentes dentro de la familia, así como hay quienes los encuentran por fuera: en la escuela, el club, el centro de salud, el comedor, en movimientos y organizaciones barriales (Montobbio, 2013). Pero existen muchos otros que pueden no encontrarlos. De modo que ofrecernos como esos "Otros" tan necesarios, refiere una posición ética basada en los Derechos Humanos.

Garantizar un ambiente que aloje, acompañe y escuche implica comprender que los procesos de subjetivación requieren de la palabra y no son posibles por fuera del lazo social (Actis Caporale, et al. 2020). No alcanza con que un joven pueda apropiarse de la palabra y decir algo a través del rap, sino que es necesario que haya alguien que escuche, que reciba el mensaje y, oportunamente, lo descifre a través de una "clave" no estigmatizante. ¿Desde qué lentes filtramos nuestras miradas sobre las infancias y juventudes?

Experiencias del taller de rap

Inicialmente planificamos el taller bajo la modalidad de tres eventos únicos, que forman parte de un proceso de diagnóstico situacional orientado a evaluar variables vinculadas a la convocatoria y a la puesta en marcha del taller. Para luego, si funciona, darle continuidad con una frecuencia semanal.

El primer evento se realizó en el Club Atlético Vista Alegre. Al recorrer el barrio para difundir en persona, empezamos a constatar lo que nos contaron los referentes institucionales: en campo del rap, ellos son los protagonistas. Tímidas y curiosas sonrisas se asomaron entre sus labios al contar que les gusta el rap o que lo practican. Participaron de este taller inaugural seis chicos entre 8 y 21 años. Utilizamos la técnica del Freestyle, que manifestaron vincularla con desahogo, expresión, rima, improvisación, historias, fluidez y libertad. El encuentro culminó con una improvisación colectiva bajo un formato similar al de las batallas de gallos. A lo largo de la jornada se generó un clima de alegría y entusiasmo.

Uno de los jóvenes que conocimos en el taller ha organizado varias competencias de Freestyle en el barrio. Seguimos en contacto con él y se acercó junto a una amiga para colaborar con el si-

guiente encuentro, en el merendero Todos Unidos. Al ser éste un espacio de referencia para los más chicos, nos sorprendimos con la llegada de ocho "pequeños talentos", que rondaban entre los 8 y los 10 años de edad. Con ellos jugamos, rimamos, y seguido a eso, realizamos una producción colectiva a partir de palabras que eligieron los chicos. Entre esas palabras, una niña escogió "extrañar". Al preguntarles si extrañan a alguien, ella dijo: "sí, a mi papá". "¡A mi abuelo!", exclamó otra chica. "¡A mi abuelo y a mi abuela!", agregó un tercer niño. Asimismo, seleccionaron "aceptar", "reír" y "venir". De modo que incluimos en la poesía, eso que estaban sintiendo: *"A mi papá, a mi abuelo y a mi abuela no los paro de extrañar, pero me parece que lo tengo que aceptar... porque en algún momento ya van a venir y seguro juntos vamos a reír"* ¿No es maravilloso el potencial que tiene el rap para contar las propias vivencias? Luego de este encuentro, nos agregaron a grupos de WhatsApp armados espontáneamente por jóvenes de la comunidad aficionados al Freestyle.

El tercer taller se realizó en conjunto con referentes de La Poderosa. Nos encontramos allí con niños y jóvenes, y considerando la matrícula numerosa, nos dividimos en pequeños grupos. Con los más chicos trabajamos de manera lúdica y construimos rimas que luego fueron transformadas en rap y socializadas. Con los jóvenes, armamos rondas de Freestyle y comenzamos a escuchar lo que tienen para decir. *"La verdad que estoy cansado pero no pienso abandonar. La verdad que las cosas hoy en día las tengo que aceptar. Hoy estoy viviendo cosas malas pero las buenas mañana van a llegar".* Esta es una improvisación de un participante de 19 años, que confirma el valor testimonial que tiene el rap en la socialización de vivencias e historias, y la posibilidad que brinda de apertura hacia nuevas significaciones. Este joven no solo expresa estar atravesado situaciones difíciles, sino que a través de su poética singular manifiesta esperanza y deseo de estar mejor.

En las rondas de improvisación los pibes mostraron recursos psíquicos saludables como la creatividad y la espontaneidad, que condujeron a un clima de risas y diversión. En ocasiones utilizaron en sus versos "malas palabras" para defenderse, y tomando este emergente, el tallerista intervino a través de una improvisación en la que transmitió que es posible utilizar formas más inteligentes, con argumento, estilo e ingenio, que lejos están de ese tipo de contestaciones. Y acordamos una regla: a la tercera mala palabra debíamos ceder el turno al próximo de la ronda. De este modo se fueron autorregulando entre ellos y ese límite permitió la circulación de una política de respeto y cuidado.

El presente recorrido parece evidenciar la necesidad de los jóvenes –y también de los niños– de socializar, de crear y fortalecer vínculos entre ellos, de hablar un mismo lenguaje, de pertenecer a un grupo y sentirse parte de una comunidad.

¿Dónde están los pibes, o dónde estamos nosotros?

Este es solo el inicio de un armado artesanal y cuidado, en el que se fueron hilando tramas hacia los territorios de los pibes. Tramas que pudimos ir construyendo a partir de la interdisciplina, el trabajo intersectorial y el acercamiento amable hacia los jóvenes y sus intereses.

Trabajamos en conjunto con referentes de movimientos barriales ya que consideramos que un proceso encaminado "desde afuera hacia adentro" sería fundamental para acercarnos de una manera amable, conocer a los chicos, escuchar qué tienen para decir más allá de lo que nos contaron de ellos, y especialmente, que nos conozcan. Acordamos con Montero (2006) cuando afirma que la familiarización debe ser recíproca para evitar la brecha que muchas veces se genera en aquellas intervenciones psicosociales comunitarias que son pensadas por agentes externos que asumen el lugar de "técnicos expertos"; desentendiéndose de los problemas sentidos por las personas que viven y habitan las comunidades "desde adentro", en lo cotidiano de sus vidas y relaciones.

Durante esta breve e inicial trayectoria fuimos descubriendo que el proceso de familiarización lleva tiempo y no es lineal. Implica fortalecernos como equipo, activar nuevas redes interinstitucionales, diferenciar espacios para hacernos preguntas, para pensar colectivamente y reorganizar nuestro trabajo. Asimismo, estar presente y poner el cuerpo, acercarnos a la comunidad, observar, asumir una actitud amable y despojada de prejuicios, recorrer los territorios desde cerca, regirnos

por una ética de la escucha y del cuidado, y fundamentalmente, no perder de vista que cada ciudadano y cada comunidad tiene derecho a participar activamente en la gestión de su propia salud.

Comenzó resonando en nosotros la pregunta "¿por dónde están los pibes?", y a partir de esta experiencia afirmamos que el interrogante que debería estar en primer plano de nuestra agenda de salud es "¿dónde estamos nosotros?"... Nosotros que tantas veces nos quedamos esperando a que sean ellos los que sostengan las trayectorias educativas, o los que se acerquen a la Unidad Sanitaria trayendo algún padecimiento o quizás pidiendo alguna consejería. No debemos olvidarnos de que la Salud Mental es un DERECHO que debemos ofrecer como oportunidad, y que no solo se promueve en el marco de un consultorio, sino también en dispositivos como éste construidos a partir de procesos de familiarización con la comunidad. Derecho es tener un lugar donde se interesen por uno, donde circule una política del cuidado, donde te pregunten cómo estás y donde tu palabra sea tenida en cuenta. Donde haya alguien dispuesto a escuchar lo que el otro tenga para decir –sea a través de la palabra, o del ritmo y la poesía que se entrelazan en el rap. También es un derecho tener un lugar donde pasar un buen momento, y donde encontrar una expresión propia que a su vez forme parte de un proyecto colectivo. Derecho es poder experimentar momentos que estén más enlazados al deseo que al cuerpo padeciente… es tener motivos para celebrar, es habitar la vivencia de alegría compartida.

Hasta aquí queda testimoniada la construcción de una puerta de entrada que se dirige, a través del rap, hacia los territorios vivenciales y los derechos de los pibes. Lejos de ofrecer un final que cierre, la invitación es a que sigamos problematizando: ¿Dónde están los pibes, o dónde estamos nosotros?

Referencias bibliográficas

Actis Caporale, F., Calcagno, J., Donzino, Marini, P. y Morici, S. (2020). Grupo palabra. Un dispositivo subjetivante con jóvenes en los márgenes. En G. Donzino, S. Morci y G. Cardoso (Eds.), Adolescencias Vulneradas. Experiencias Subjetivantes con jóvenes en los márgenes (pp. 155-185). Buenos Aires: Noveduc.

Montero, M. (2006). Hacer para transformar: el método en la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós

Montobbio (2013). Cuando la clínica desborda el consultorio. Salud Mental y Atención Primaria con niños y adolescentes. Buenos Aires: Noveduc.

Passarotti (2020). El riesgo en la adolescencia y las adolescencias en riesgo. En G. Donzino, S. Morci y G. Cardoso (Eds.), Adolescencias Vulneradas. Experiencias Subjetivantes con jóvenes en los márgenes (pp. 269-280). Buenos Aires: Noveduc.

SATISFACCIÓN LABORAL Y SU VINCULACIÓN CON VARIABLES DE PERSONALIDAD EN PERSONAL SANITARIO DE SAN LUIS

María Paz Hauser [A], Horacio Daniel García [B]

Fundamentación

Personalidad. El término personalidad hace referencia a un patrón distintivo de sentimientos, pensamientos y estilos de acción (Cervone y Lawrence, 2008). Características relativamente estables de la persona que se expresan en cogniciones, afectos y conductas. En este sentido las *Teorías de los rasgos* han facilitado la exploración de relaciones con diferentes variables. Quienes adscriben a este enfoque entienden que el comportamiento humano se vincula con características estables denominadas rasgos (que se organizan jerárquicamente) y que son los responsables de

[A] *Lic. Psicología. Docente Psicología del Trabajo Doctoranda en Psicología Universidad Nacional de San Luis . Juana Koslay, San Luis, Argentina. mariapazhauser@gmail.com*

[B] *Dr. en Psicología. Docente responsable Metodología de la Investigación/\. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. hdgarcia69@gmail.com*

orientar el comportamiento individual. En la década del 80` diferentes autores postularon la existencia de cinco factores de personalidad (Goldberg, 1990; McCrae y Costa, 1997). Tales factores lograban explicar la gran variedad de conductas de diversa naturaleza, éstos eran: *Estabilidad emocional, Extroversión - introversión, Apertura, Agradabilidad* y *Responsabilidad* (Castro-Solano y Casullo, 2001). El *Neuroticismo*, se relacionaría con la tendencia a experimentar emociones displacenteras, la vivencia ante el estrés y actitudes de impulsividad. El par *Extroversión-introversión* se asocia a la capacidad para interactuar y comunicarse con los demás y el entorno. La *Apertura a la experiencia* tiene que ver con habilidades vinculadas a la estética, el arte, los sentimientos y la curiosidad. La *Agradabilidad* en cambio, tiene que ver con características como el altruismo, la sensibilidad hacia el entorno social, la confianza y contacto emocional. La *Responsabilidad*, por último, consiste en la posibilidad de controlar los impulsos, definir y planificar actividades de interés y establecer metas significativas (Castro Solano y Casullo, 2001).

Satisfacción laboral. Actualmente existe una proliferación de enfoques sobre la satisfacción laboral. Un buen número coincidiría en indicar que se trataría entonces de una actitud hacia el trabajo (Cuadra-Peralta y Veloso-Besio, 2007). Pérez-Vilar (2011) entendió la satisfacción en el trabajo como un constructo formado por un conjunto de actitudes frente a distintos aspectos relacionados con la situación laboral.

En los últimos años han surgido algunas posturas que integrarían el componente cognitivo como variable determinante de la satisfacción, lo que implica un aporte significativo. Serían aquellas imágenes, creencias o pensamientos de tinte positivo, como negativo, sobre el trabajo. Cuadra-Peralta y Veloso-Besio (2007) sostuvieron que la Satisfacción Laboral es producto de la interacción entre la persona y su medio ambiente particular y general. La Satisfacción Laboral podría derivarse entonces de la personalidad de cada trabajador.

Método

Diseño. Estudio transversal, no experimental de carácter descriptivo – correlacional.

Participantes. Muestra probabilística, representativa y aleatoria, extraída mediante muestreo simple: 788 trabajadores de salud pública del departamento Pueyrredón, de la provincia de San Luis.

Instrumentos: A) *Big Five Inventoryjohn*, adaptación de Castro Solano y Casullo (2001). 44 ítems que evalúan Extroversión, Agradabilidad, Responsabilidad, Neuroticismo y Apertura a la experiencia, organizados en una escala Likert de cinco puntos. B) Subescala Trabajo del Quality of Life, Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q. Cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer (forma breve) (Endicott et al., 1993). 13 ítems en una escala Likert de cinco puntos (*Nunca, Casi nunca, A veces, A menudo o la mayor parte del tiempo y, Muy a menudo o siempre)*. Todas las subescalas del Q-LES-Q han alcanzado un Alfa de Cronbach de 0,78 o superior (Zubaran et al., 2009). Instrumento validado y adaptado en Argentina (Hauser et al.,2020).

Recolección y análisis. Para el análisis se utilizó el programa estadístico PSPP (versión 1.2.0). Se analizaron frecuencias, porcentajes, estadísticos de tendencia central y de dispersión. Posteriormente, se analizó la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogorov- Smirnov, y en el análisis correlacional se empleó el Coeficiente de Pearson.

Resultados

Tabla 1

Estadísticos descriptivos para los factores de Personalidad

	Media	DE	Mediana	Moda
Extroversión	59,89	12,68	59,37	56,25
Agradabilidad	70,06	13,69	69,44	63,89
Responsabilidad	67,66	13,46	66,66	63,89
Neuroticismo	46,69	12,10	46,87	50
Apertura a la experiencia	62,47	12,63	62,50	65

En la Tabla 1, se observa que el valor de media más elevado fue para Agradabilidad (70,06), con una desviación estándar de 13,67, variable asociada al altruismo y la ayuda al otro, en tanto que Neuroticismo obtuvo el valor más bajo (M=46,69 y DE=12,10). Las puntuaciones intermedias fueron para Extroversión (M=59,89 y DE=12,68), Responsabilidad (M=67,66 y DE=13,46) y Apertura a la experiencia (M=62,47 y DE=12,63).

Tabla 2

Valores de media y desviación estándar de la subescala Trabajo del Q-Les-Q

		Media	DE
Trabajo	**Puntaje de la subescala**	78,42	13,41
	Desempeño	74,83	14,72
	Compromiso	81,49	14,14

Como se puede observar la tabla 2 nos muestra una media global para la subescala Trabajo de 78,42 y una desviación estándar de 13,41, describiendo una clara satisfacción de los participantes respecto a esta actividad.

Tabla 3

Correlaciones significativas a nivel estadístico para las variables Personalidad y Satisfacción laboral.

			Extraversión	Agradabilidad	Responsabilidad	Neuroticismo	Apertura a la experiencia
Q-Les-Q	Trabajo (SE)	Coef.Pearson	,201**	,268**	,237**	-,143**	,235**
		Sig.bilateral	,000	,000	,000	,000	,000
	Desempeño (F)	Coef.Pearson	,184**	,226**	,204**	-,153**	,207**
		Sig.bilateral	,000	,000	,000	,000	,000
	Compromiso (F)	Coef.Pearson	,187**	,269**	,235**	Ns	,228**
		Sig.bilateral	,000	,000	,000		,000

Nota: (F) Factor; (SE) Subescala; (ns) No significativo a nivel estadístico; (*) Estadísticamente significativo al 0,05; (**) Estadísticamente significativo al 0,01.

Se identifica en la Tabla 3 que la dimensión Trabajo presentó correlaciones positivas, de baja intensidad con las variables de personalidad Agradabilidad, Apertura a la experiencia, Extraversión y Responsabilidad; y negativa, con similar intensidad con Neuroticismo. Esto indicaría que los participantes de la muestra que presentan mayor satisfacción en su trabajo tienden a presentar características acentuadas en las dimensiones Agradabilidad, Apertura a la experiencia, Extraversión y Responsabilidad, mientras que presentarían menores niveles de Neuroticismo.

Discusión y Conclusiones

En cuanto a las variables de personalidad, se encontraron niveles elevados de Agradabilidad y de Responsabilidad; en tanto que, en menor medida se ubicaron Apertura a la experiencia, Extroversión y Neuroticismo. Analizando esta información con el estudio de Casari et al. (2012), quienes aplicaron el mismo instrumento a una muestra de 83 psicólogos de región Cuyo, podemos confirmar el gradiente en las variaciones de las cinco dimensiones de personalidad.

En la subescala Trabajo del Q-les-Q, se obtuvo un valor de satisfacción que, transformado en percentil, resultó una media de 78,42 (DE=13,41), indicando un índice elevado de satisfacción. Al respecto, se considera el estudio de Díaz-Echenique et al. (2010) que analizaron el nivel de satis-

facción laboral en profesionales de enfermería de hospitales públicos de Córdoba, Argentina, obtuvieron puntuaciones que indican satisfacción laboral.

En el análisis correlacional, se identificaron relaciones significativas a nivel estadístico entre la satisfacción del área Trabajo del Q-les-Q y todas las dimensiones de personalidad consideradas en el Big Five Inventory. Neuroticismo se vinculó de manera negativa con la satisfacción experimentada por los trabajadores hacia su trabajo. Agradabilidad, Responsabilidad, Apertura a la experiencia y Extraversión, por su lado, correlacionaron de manera positiva con la subescala Trabajo y con ambos factores de ella: Desempeño y Compromiso. De acuerdo a García-Ramírez (2014), tales relaciones no tendrían una incidencia importante, ya que verificaron que ésta dependía más de factores extrínsecos propios de las condiciones de trabajo que de factores intrínsecos. Sin embargo, otros investigadores contradicen esta postura, proponiendo que la personalidad juega un importante papel en la satisfacción laboral (Gómez-Rada, 2019)

En síntesis, la satisfacción hacia el Trabajo (Q-les-Q) mantuvo relaciones significativamente estadísticas con todas las dimensiones de personalidad: con Neuroticismo se vinculó de manera negativa; mientras que con Agradabilidad, Responsabilidad, Apertura a la experiencia y Extraversión lo hizo de manera positiva. Hecho que respalda el trabajo de Yang et al. (2017) demostrando que los rasgos de personalidad mantienen un importante vínculo con las vivencias y percepciones hacia el entorno de trabajo y con el desempeño profesional.

Bibliografía

Casari, L., Albanesi, S. y Maristany, M. (2012). Análisis de las características del terapeuta de adicciones y de la relación terapéutica, desde el marco de la psicoterapia integrativa. VIII Congreso Internacional sobre abordaje de las adicciones. San Juan, Puerto Rico.

Castro Solano, A. y Casullo, M. (2001). Rasgos de personalidad, bienestar psicológico y rendimiento académico en adolescentes argentinos. Interdisciplinaria, 18(1), 65-85.

Cervone, D. y Lawrence, A. P. (2008). Personalidad. Teoría e investigación. México: Manual Moderno.

Cuadra Peralta, A. y Veloso Besio, C. (2007). Liderazgo, clima y satisfacción laboral en las organizaciones. Universum, 2 (22), 42-58.

Díaz-Echenique, M., Stimolo, M. y Caro, N. (2010).Satisfacción Laboral y Síndrome de Desgaste Laboral en Enfermeros de Hospitales Públicos Córdoba, Argentina. Med Segur Trab, 56(218), 22-38.

Endicott J, N. J; Harrison, W. y Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure. Psychopharmacology Bulletin, 29, 321–326.

García Ramírez, I. (2014). Repercusiones de factores de personalidad en la felicidad, calidad de vida y la satisfacción laboral del personal de enfermería. Tesis doctoral. Facultad de Enfermería y Podología. Universidad de Valencia. Recuperado de http://roderic.uv.es/handle/10550/54014

Goldberg, L. (1990). An alternative description of personality: The big-five factor structure. Journal of Personality and Social Psychology, 59(6), 1216-1229.

Gómez-Rada, C.A. (2019). La relación entre las dimensiones de personalidad según el p-ipg y la calidad de vida laboral percibida. Acta Colombiana de Psicología, 22(1), 230-238.

Hauser, M.P., García, H. D. y Leporati, J. (2020). Análisis de confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de vida, Satisfacción y placer (Q-Les-Q) en trabajadores de Salud Pública. Revista Interamericana de Psicología, 54 (3).

McCrae, R. y Costa, P. (1997). Personality trait structure as a human universal. American Psychologist, 52(5), 509-516.

Pérez-Vilar (2011). Satisfacción laboral. Una revisión actual de la aplicación del concepto de Satisfacción laboral y su evaluación. Hacia un modelo integrador. Tesis de maestría. Universidad Abierta Interamericana. Recuperado de http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC110592.pdf

Yang, J., Tang, S., y Zhou, W. (2017). Resiliencia psicológica y satisfacción laboral de enfermeros: el efecto mediador de la afectividad positiva Revista Argentina de Clínica Psicológica, 26(2),194-201.

Zubaran, C., Foresti, K., Thorell, M. R., Franceschini, P. R. y Homero, W. (2009). Portuguese version of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a validation study. Revista Panamericana de Salud Pública, 25(5), 443-448.

SUJETOS ATRAVESANDO LA PANDEMIA. EXPERIENCIA DE DOCENTES Y ESTUDIANTES EN LA ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE EN VIRTUALIDAD. UN MODO DE PROMOVER APRENDIZAJES SIGNIFICATIVOS SOSTENIENDO LA AUTORIDAD

Silvia Mansilla [A], Verónica Rossi [B]

El año 2020 marcó un antes y un después en la vida de los sujetos. La pandemia y el consecuente aislamiento social previsto en las disposiciones gubernamentales modificaron las rutinas y los modos de organización vincular/ familiar/laboral/educativas/recreativas, poniendo de manifiesto nuevas formas de dar respuestas a las diferentes exigencias cotidianas.

Una de las instituciones que debió adaptarse a los cambios impuestos por la pandemia fueron las instituciones educativas. En todos los niveles del sistema educativo, la virtualidad se convirtió en uno de los modos privilegiados para enseñar y aprender en este contexto tan particular.

Como docentes universitarias, formadoras de futuros profesionales del ámbito de la salud (Enfermeros y Acompañantes terapéuticos), nos enfrentamos al desafío de resignificar nuestros modos de enseñar, y de construir estrategias que posibiliten la apropiación de los saberes necesarios en el abordaje del sujeto- paciente-usuario. Junto a estos desafíos, sostener la autoridad docente en la virtualización de la enseñanza se constituyó en un aspecto central.

La pandemia, con el clima social de incertidumbre sanitaria, económica y educativa, con el aislamiento en principio, y luego el distanciamiento, la virtualización de la enseñanza (que conllevó a que docentes y alumnos desarrollen aprendizajes de las herramientas tecnológicas, el uso de las plataformas y nuevos modos de interactuar y estar presentes en las aulas) y otras numerosas variables, configuraron un escenario de crisis. Crisis en el sentido que puso inevitablemente en cuestionamiento los modos del pasado, que ante un contexto desolador también se convirtió en apertura y posibilidad a lo nuevo. A decir de Greco (2008. Pág.4) *"sí bien la crisis no viene acompañada de una solución cierta y tampoco predispone, necesariamente, a un pasaje a un "estadio superior", sí puede ser considerada un desafío (personal o colectivo) capaz de romper con la quietud de la inexorabilidad y la resignación."*

A partir de una situación concreta en el desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje en la universidad de manera virtual, a continuación se analizan diferentes dimensiones de la tarea de enseñar, destacando la importancia de la autoridad docente como un posicionamiento que sostiene una asimetría necesaria atravesada por el saber, pero que se constituye como *productora y autorizante*, promoviendo una posición activa en relación a la propia trayectoria de formación en los estudiantes.

La enseñanza...

"El contexto.

Psicología Evolutiva. Lic. en Enfermería. Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico. UARG-UNPA

Todos los años el mismo desafío: hablar del sujeto en desarrollo a un grupo de estudiantes de segundo año de la carrera Lic. en Enfermería. Mayormente estudiantes en sus inicios de la formación profesional en una carrera netamente biologista. Este año por segunda vez, el desafío es doble, ya que la virtualidad impone ciertas condiciones al proceso de enseñanza y aprendizaje, y un tema que merece especial atención es la participación activa de los estudiantes.

[A] *Lic. en Psicología. Profesora Adjunta Efectiva. Docente Investigadora y Extensionista UNPA-UARG. Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Río Gallegos, Santa Cruz. Argentina. smansilla@uarg.unpa.edu.ar*

[B] *Lic. en Psicología. Docente, Investigadora y Extensionista de la UARG-UNPA. Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Río Gallegos, Santa Cruz. Argentina. veronicarossi328@gmail.com*

La experiencia del año anterior nos permite prever algunas cuestiones, pero las preguntas surgen ante cada nuevo grupo de estudiantes: ¿cómo trasmitir los contenidos sobre el sujeto en desarrollo promoviendo una posición activa en los estudiantes? ¿cómo organizar las actividades (clases, trabajos prácticos, otros recursos) a fin de que esa participación sea una constante en la cursada de la asignatura? ¿cómo lograr una mirada crítica de los estudiantes que les posibilite reflexionar sobre cada tema abordado? ¿Cómo sostener la autoridad docente en este contexto tan particular, una autoridad que promueva aprendizajes significativos en los estudiantes?..."

La virtualización de la enseñanza nos impone repensar la tarea docente, analizando los cambios y las permanencias a partir de las transformaciones del contexto. Es decir, repensar lo que implica enseñar y aprender mediados por tecnologías, modificando lo que requiere modificarse, pero preservando aquello que se debe preservar: los sujetos-alumnos, la relación docentes-alumnos, los procesos o dispositivos, los modos de organización, la circulación de la palabra, los vínculos, los espacios, tiempos y formas. (Greco. 2014)

En la tarea de enseñanza se juegan saberes y poderes en un tiempo y espacio compartido. Un espacio intersubjetivo atravesado por lo institucional y lo político que requiere un modo de organización y ciertas legalidades. En este espacio se produce ese singular encuentro entre dos: el/los que enseñan, desde una posición de autoridad otorgada por el saber y el reconocimiento social/institucional de la función docente, y quienes aprenden desde su posición de estudiantes universitarios, atravesados por sus motivaciones, sus proyectos vocacionales y ocupacionales futuros y el rol de alumnos también reconocido social e institucionalmente. (Greco.2012)

La virtualidad, la gran matrícula de estudiantes inscriptos en la materia (más de 150), las características de la asignatura y su organización curricular, sumado a las dificultades que suelen presentar los estudiantes para comprender y aprender los temas desarrollados, nos promovieron a pensar en estrategias de intervención que posibiliten dar respuestas a las inquietudes que nos surgen frente a este nuevo grupo. Sostenemos la importancia de pensar las clases como ese singular encuentro entre docentes y alumnos con posiciones diferentes, en una relación asimétrica, pero en un vínculo atravesado por el saber y los deseos de enseñar y de aprender.

El dispositivo...

"...Con estos y otros interrogantes surge la propuesta: frente a cada trabajo práctico organizar una clase virtual sincrónica de puesta en común e intercambio, en la cual pequeños grupos de estudiantes expongan sus producciones al resto de sus compañeros, a modo de disparadores del diálogo y el intercambio". Así designamos previamente a esos grupos (4 o 5) para que puedan elegir la modalidad de estas exposiciones teniendo total libertad de utilizar los recursos que consideren necesarios."

Maria Beatriz Greco (2014b. pág. 62) define al dispositivo de intervención como *un conjunto articulado de tiempos, espacios, tareas, lugares, posiciones, relaciones y reglas que aseguran y garantizan el funcionamiento de algún aspecto de la organización. Supone generalmente acuerdos teóricos, técnicos, requisitos y condiciones para que ese aspecto, dimensión o recorte institucional funcione".*

Pensar en un dispositivo que posibilite la participación activa de los estudiantes, que promueva la circulación de la palabra, el intercambio entre pares y con las docentes, implica poder crear un espacio de interacción y de confianza entre todos los participantes.

Como afirma Greco (2014b) lograr estos objetivos supone *"pensar en términos de creación de condiciones (el antes y el durante del dispositivo) y visualización de los efectos (el durante y el después del dispositivo), lo que puede dar lugar a recalcular rumbos, generar nuevos dispositivos, recortar nuevos objetos, dar por finalizados procesos, etc."* Esto implica cierto ejercicio de la autoridad docente, que ordena y dispone, pero también se pone a disposición de otros. Es decir, *"encierra el doble significado de lo que abre y lo que constriñe, enmarca, delimita y promueve".* Además se pone en juego la confianza en los estudiantes, en el sentido de *"un presupuesto anti-*

cipado sobre las potencialidades del otro, ese riesgo, esa mirada, ese gesto que anuncia lo que puede ser y confía en ello". (Greco. 2008,pág.9)

Definido el dispositivo, establecidos los objetivos y generadas las condiciones previas, solo resta la clase (el durante) y el después.

La situación: la clase

Dos de la tarde y se empieza a poblar el aula. Es un aula virtual: aparecen fotos, imágenes, cámaras encendidas, saludos por el chat y por audio. Clase especial la de hoy, porque algunos grupos van a exponer los temas abordados en el primer trabajo práctico.

El primer grupo comienza. Encienden las cámaras, se presentan, ya que al ser tan numerosa el aula muchos no se conocen. Ver sus rostros y oír sus voces nos confirma que sí estaban ahí después de todo. Exponen, hay voces temblorosas, pulsos acelerados, sonrisas y muchos asienten con su cabeza apoyando lo dicho por su compañero. Hay intervenciones, preguntas, comentarios. Finalizan su exposición.

Sigue otro grupo, ellos han preparado una pizarra donde tienen los puntos principales a desarrollar. Una de las estudiantes toma la palabra y en medio de la explicación sobre el vínculo temprano, se escucha a un niño solicitando a su mamá. Todos esperamos, ponemos en acto lo estudiado, ya que hay un niño con una demanda. Hay silencio, pero un silencio que contiene y sostiene. Esta estudiante- mamá retoma la palabra y continúan.

Un grupo más, presentan su power point. Comentan que además de cada punto del trabajo agregaron una reflexión: la comparten y retoman su exposición con entusiasmo agregando nuevas preguntas. Comunican a todas esas preguntas y reflexiones que surgieron más allá de las consignas del trabajo práctico.

Ahí se abrió un diálogo sobre las teorías, la época, lo que vivimos hoy y las posiciones posibles ante lo que sucede.

Ahí se abrió el intercambio y la reflexión. Las llaves fueron las preguntas y la construcción de algunas respuestas, con miradas y voces diversas. Así mediados por las pantallas y por dispositivos tecnológicos en medio de la pandemia, vamos construyendo saberes, pensamientos y palabras, juntos, docentes y estudiantes.

Para poder analizar la situación comenzamos planteando que esta clase particular no fue una clase más, se constituyó en un "acontecimiento" y una "experiencia".

La circulación del saber, el deseo de enseñar y aprender y las posibilidades de pensamiento, dando voz y palabras a los estudiantes permitió la participación activa de cada uno (aun desde los silencios) constituyéndose en *"apertura a algo que no estaba antes, una nueva configuración, un nuevo modo de ver y comprender, de hablar y actuar y fundamentalmente con la posibilidad del pensamiento"* (Greco, pág. 92). No es sólo lo que aconteció en esa aula virtual, sino lo que produjo a partir del intercambio y la reflexión.

Como experiencia, tanto para docentes como alumnos, esta clase no fue una mera transmisión ni recepción de información, tampoco un espacio para dar lugar a la opinión. Como afirma Larrosa (2002. pág 174): *"La experiencia, la posibilidad de que algo nos pase, o nos acontezca, o nos llegue, requiere un gesto de interrupción, un gesto que es casi imposible en los tiempos que corren: requiere pararse a pensar, pararse a mirar, pararse a escuchar, pensar más despacio, mirar más despacio y escuchar más despacio, pararse a sentir, sentir más despacio, demorarse en los detalles, suspender la opinión, suspender el juicio, suspender la voluntad, suspender el automatismo de la acción, cultivar la atención y la delicadeza, abrir los ojos y los oídos, charlar sobre lo que nos pasa, aprender la lentitud, escuchar a los demás, cultivar el arte del encuentro, callar mucho, tener paciencia, darse tiempo y espacio."*

Siguiendo con los planteos del autor en "Experiencia y pasión" (2002), el dispositivo propuesto, posibilitó la "ex-posición" de todos los participantes. Si bien, en este encuentro hay dos posiciones (la de las docentes y la de los alumnos), ésto no fue lo central, tampoco la oposición entre ambas.

No hubo imposición, sino una propuesta aceptada y valorada por los estudiantes permitiendo exponernos, con todo lo que eso implica para el intercambio y el aprendizaje.

Consideramos que la enseñanza supone una relación con el otro. Ese otro se constituye en un conjunto de valores, de objetos intelectuales, de contenidos o conceptos, de prácticas de enseñanza y aprendizaje; pero fundamentalmente, es relación con otros sujetos. En esta relación, el que enseña no produce el saber en el alumno: prepara, proyecta, elabora las condiciones (la clase, un dispositivo, etc) para que el estudiante haga el trabajo intelectual, propio e individual, pero compartido. Y el alumno sólo aprende si siente una movilización personal, si es imbuido de deseo y si se pudo involucrar en su propio aprendizaje. A decir de Bernard (2008. pág. 56) *"sólo se puede enseñar a alguien que acepta aprender, o sea, que acepta investirse intelectualmente".*

El contexto de virtualización de la enseñanza nos obligó a situarnos en coordenadas diferentes, repensando los modos de enseñar y de aprender. Fue imprescindible pensar y co-crear las condiciones necesarias para sostener la tarea docente desde un lugar de autoridad que permita el despliegue de todos los procesos fundamentales para el aprendizaje en los estudiantes.

Consideramos que lo sucedido en la clase, la propuesta entendida como un dispositivo para hacer circular la palabra y el pensamiento, y la experiencia que nos dejó a cada uno, tanto a las docentes como a los alumnos, se sustentan en una concepción de autoridad docente que posibilitó:

- Constituirse en una relación social. Si bien se da un tiempo y espacio definidos, el encuentro incluye un marco social e institucional más amplio.
- Una renuncia al lugar de supremacía docente, habilitando espacios y tiempos sostenidos por el saber y no por el poder.
- Un reconocimiento de la importancia de sostener la asimetría entre las diferentes posiciones de los participantes, en una relación recíproca necesaria para enseñar y aprender.
- Una mirada habilitante, que promueva el despliegue del saber de los alumnos y sus potencialidades.
- Un recorrido propio en cada uno en su propio proceso de aprender.
- El desarrollo de la confianza, promoviendo "un saber escuchar" y "un saber decir"

El análisis de cada una de las clases, la planificación, lo que en ella acontece y la evaluación posterior de la misma (el antes, el durante y el después) se constituye en un elemento fundamental para promover o planificar nuevos encuentros que se configuren como verdaderos acontecimientos y experiencias, tanto para seguir aprendiendo desde nuestro lugar de docentes, como para que los estudiantes sigan desplegando sus saberes en torno a su formación profesional. Cada nuevo ciclo académico, cada nuevo grupo de alumnos nos invitan a seguir reflexionando en nuestras propias prácticas docentes, y en el efecto que estas prácticas tienen o podrían tener en los estudiantes. *"El desafío es, en síntesis, que cada situación educativa sea un ámbito en el que tenga lugar el pensamiento en acto y que no se agote en la mera reproducción de lo que otros pensaron"*. (Carletti citado por Greco 2014a)

Bibliografía

Bernard, Ch. (2008) La relación con el saber, formación de maestros y profesores, educación y globalización. Montevideo. Uruguay: Ediciones Trilce.

Campelo, A.; Dome, C.; Caffa, L. (2021) Que la distancia no nos impida estar cerca: Nuevos modos de habitar y hacer escuela. Ministerio de Educación Argentina. Disponible en: https://www.educ.ar/recursos/157109/que-la-distancia-no-nos-impida-estar-cerca-nuevosmodos-de-h

Greco, M. B. (2011). Una autoridad emancipatoria: volver a pensar la autoridad en tiempos de transformación. En R. Maliandi (Comp.), Actas de las III Jornadas Nacionales de Ética y I Jornadas Interdisciplinarias UCES: sobre la Autoridad: perspectivas interdisciplinarias y prácticas sociales (pp. 85-90). Buenos Aires: FUCES

Greco, Beatriz (2012) Emancipación, educación y autoridad. Buenos Aires: Noveduc

Greco, M.B.(2014a) Exploraciones en psicología educacional: escenas y configuraciones de la autoridad en contextos de enseñanza y aprendizaje. Anuario de Investigaciones. Volumen XX. Tomo 1. Facultad de Psicología UBA.

Greco, M.B.(2014b) Sobre los dispositivos y la intervención institucional. Sugerencias para pensar la construcción de dispositivos en "Los equipos de orientación en el sistema educativo. La dimensión institucional de la intervención. 1ra ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.

Greco, M.B.; Perez, A.; Toscano, A. (2008) Crisis, sentido y experiencia: conceptos para pensar las prácticas escolares. Conceptos para pensar las prácticas escolares Construyendo posibilidades. Apropiación y sentido de la experiencia escolar. Rosario

Larrosa, J. (2002) Experiencia y pasión en, Entre las lenguas. Lenguaje y educación después de Babel. Barcelona: Laertes. Steimbreger, L. Autoridad docente y emancipación ¿una relación posible? Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, 2017, Vol. 3, N°1, 216-227. https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp

HUMANIZANDO LAS INTERVENCIONES SANITARIAS EN LOS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA POR COVID

Maria Belen Ayala Torales [A], Johana Graciela Nagy [B], Laura Cecilia Diaz [C], Maria Florencia Evelyn Reparaz [D], Cecilia Parmetler [E]

Tal como aconteció en gran parte del mundo, en nuestro país y en la provincia del Chaco, lugar desde donde se relata esta experiencia de trabajo, la irrupción de la pandemia por Covid 19 generó una crisis en el sistema sanitario, encontrando a profesionales de la salud sin herramientas adecuadas para dar respuestas integrales e inmediatas a esta problemática.

En tal sentido, marcados por la urgencia, la escasez de precedentes y la responsabilidad de lo esencial de la tarea sanitaria, se tomaron medidas extremas, muchas de ellas restrictivas. Por ejemplo, en el Hospital "Julio C. Perrando" (Centro asistencial público de referencia en la provincia del Chaco) se interrumpió la atención por consultorios externos, se suspendieron las cirugías programadas, se construyó un hospital modular preparado para la internación de pacientes con coronavirus, se creó un servicio para el triage de los mismos, y entre otras cosas se prohibió las visitas a todos los internados, incluyendo a quienes se encontraban en situación de últimos días por Covid.

En relación a la conmoción subjetiva ocasionada por la crisis generada a partir de la pandemia, Nora Merlín expone "el virus maldito, mostrando a todas luces la impotencia del sistema para contener a las mayorías, destrozó varias certezas" (2020, p. 2). Las certezas, usos y costumbres sostenidas en el trabajo diario, fueron dejadas rotundamente de lado, detectándose diversos efectos: angustia, frustración, ambivalencia, falta de compañerismo, desorganización, disminución del recurso humano, agotamiento físico y psíquico, incertidumbre ante una patología desconocida, nuevas dinámicas de trabajo, falta de recursos económicos, inadecuada formación para transmitir malas noticias al paciente y su entorno, ineficaz contención a los familiares por parte de los profesionales de la salud, entre otras.

Esta situación contextual determinó que las personas infectadas por SARSCOV 2 y específicamente aquellas que se encontraban en situación de últimos días de vida, fueran privadas de recibir la visita de sus afectos y de poder despedirse encontrándose en soledad. Generando situaciones de angustia al no poder ejercer el derecho a la despedida, siendo esto en nuestra cultura un instrumento necesario para poder "dejar ir" al ser querido permitiendo el pasaje a una nueva y definitiva etapa (Capozzo, 2020). Esto suscitó la necesidad de establecer un protocolo para que este

[A] *Medica. Magister en Cuidados Paliativos. Magister en Neuropsicofarmacología. Especialista en Salud Mental. Especialista en Cuidados Paliativos. Jefa del Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital "Julio C. Perrando". Resistencia. Chaco. Argentina. mbayalatorales@yahoo.com.ar*

[B] *Lic. en Trabajo Social. Especialista en Salud Mental. Instructora de Trabajo Social RISAM Hospital "Julio C. Perrando". Resistencia. Chaco. Argentina. nagyjoha@gmail.com*

[C] *Lic. en Psicología. Maestranda en Salud Mental (UNC). Profesora Universitaria. Integrante del Equipo Técnico Dirección de Salud Mental. Resistencia. Chaco. Argentina. lcdiaz0618@gmail.com*

[D] *Lic. en Psicología. Magister en Salud Mental. Docente Universitaria. Directora Centro de Referencia en Consumos Problemáticos. Resistencia. Chaco. Argentina. reparazflorencia@hotmail.com*

[E] *Medica. Especialista en Salud Mental. Integrante del Equipo Técnico Subsecretaria de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y No Violentos. Resistencia. Chaco. Argentina. ceparmetler@hotmail.com*

último contacto fuera posible. Siendo necesario habilitar entornos más éticos y humanos ante la cercanía de la muerte.

Posicionados desde ese lugar el Servicio de atención de Cuidados Paliativos del Hospital "Julio C. Perrando", y a partir de las experiencias previas en el acompañamiento a personas con enfermedades crónicas, avanzadas, progresivas, incurables y a sus respectivas familias, consideró que podría contribuir en acompañar con sus intervenciones tanto a pacientes, familias y profesionales de la salud en el contexto de la pandemia. Se elaboró un "Protocolo de acompañamiento a pacientes en situación de últimos días y a sus familias" que contemplaba las visitas programadas mediante turno y el acompañamiento remoto telefónico de sus respectivas familias. Este protocolo fue aprobado por Resolución N.º 1468 del Ministerio de Salud Pública el 26 de agosto de 2020, dando inicio a su implementación al mes siguiente.

Surge así la conformación de un equipo interdisciplinario remoto de salud mental (en adelante ERSM) que se gestó en articulación con la Dirección de Salud Mental de la Provincia.

El abordaje de este ERSM está fundamentado en los Cuidados Paliativos (en adelante CP) entendiéndose como los cuidados integrales que se ofrecen a los pacientes con gran sufrimiento que cursan una enfermedad grave (con alto riesgo de vida) (Radbruch, 2020). Con la pandemia, quedó en evidencia que muchos pacientes con neumonía grave por Covid, enfermedad aguda potencialmente mortal, podrían beneficiarse de recibir CP.

El ERSM es un dispositivo interdisciplinario formado por profesionales del campo de la salud mental (psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as y médicos/as), cuyo principal objetivo es acompañar a las familias de las personas en situación de últimos días por Covid, para quienes una de las mayores preocupaciones es que su ser querido transcurra la internación y/o muera en soledad, para ello se promueve el acompañamiento afectivo, generando modalidades de encuentros/despedidas adaptados a la situación de cada caso (visita presencial, videollamas, audios, mensajes) logrando así disminuir la angustia y previniendo, de esta manera, duelos prolongados o patológicos.

Este equipo tiene como función primordial ofrecerse como figura de intermediario para generar espacios de apuntalamiento, el cual, al decir de Bonano (2000) es un proceso que se pone en juego preferentemente en aquellas situaciones críticas, las cuales pueden ser transitadas a partir de encontrar apoyo en alguien (en este caso el ERSM) que funciona como intermediario, entre esa familia en situación de vulnerabilidad, muchas veces despojada de las herramientas necesarias para afrontar este momento, vivenciado como amenazante y la "nueva" estructuración o configuración familiar que surgirá luego del tránsito por esta experiencia traumática. Para que ese proceso haya generado el resultado buscado, el apoyo debe poder ser retirado una vez transitada la situación crítica.

En el mismo sentido, otras funciones específicas de este dispositivo son colaborar en la detección del referente afectivo que está en condiciones de realizar la visita, contemplando las decisiones del paciente internado, acompañar a la familia en función de variadas necesidades detectadas por los y las profesionales que tratan al paciente; brindar contención, psicoeducación y promover la reconfiguración de algunas certezas y regularidades que se perdieron con la irrupción de la pandemia; articular con los servicios de salud disponibles en la provincia así como con otros sectores, Desarrollo Social, Obras Sociales, Registro Civil, entre otros; mediar entre las familias y el equipo de salud que maneja al paciente internado; promover el inicio del proceso de duelo de manera anticipada, lo que implica acompañar a las familias en el reconocimiento de la situación de final de vida e incluso construir y diseñar nuevas formas de despedida, atento a que las que culturalmente nos acompañan desde hace siglos también han sido vedadas en esta situación.

Es así, que este dispositivo se desarrolla entendiendo a la saludenfermedad como un proceso en el cual las medidas de cuidado (no solo con el enfermo) deben ser incluidas, en este complejo espacio. El ERSM construye y adapta las estrategias a los planteos que la realidad epidemiológica y social requieren. Durante la llamada segunda ola (mayo-junio 2021) el equipo fue ampliado,

pasando de estar constituido por cinco profesionales a doce, para lograr acompañar a más familias. La flexibilidad y rápida adaptación de las y los profesionales a las demandas de las familias y por otro lado de los equipos que abordan a los pacientes fue delimitando las áreas de intervención. Adaptar los modos de comunicación a la realidad y necesidad de cada paciente y familia, estar más o menos presente, flexibilizar al máximo los horarios de trabajo, fueron algunos de los cambios imprescindibles para poder ejercer la función de apuntalamiento descripta previamente.

Reflexiones finales

Este dispositivo dejó una impronta en el trabajo realizado, y continúa mostrando los beneficios del abordaje interdisciplinario, además de destacar su función en la prevención del sufrimiento psíquico, y de duelos patológicos, conteniendo y apuntalando a familiares y/o referentes afectivos, entre otras funciones.

Cuesta pensar en un sistema de salud que a partir de la pandemia no lo incluya entre sus propuestas. El Equipo Remoto de Salud Mental vino a dar respuesta a falencias que los profesionales sanitarios no podían satisfacer, en una era en la que la tecnología nos provee de herramientas que posibilitan y facilitan este tipo de trabajo. Suma y complementa lo que se puede brindar de manera presencial, haciendo que la distancia sea solo física. El ERSM actúa de puente, de intermediario, permitiendo a las familias sentirse en contacto con el sistema de salud, y a través de este con su ser querido, humanizando las prácticas y garantizando a las personas internadas y a sus familiares el acceso a sus derechos como usuarios del sistema de salud.

Es en esta intersección descripta entre la salud mental y los cuidados paliativos, donde se configuró este dispositivo de abordaje remoto innovador en nuestra provincia y que exige repensar las prácticas y espacios que se ofrecen a las personas que acuden al sistema de salud en busca no solo de una atención oportuna y adecuada sino también de un espacio ético, humano y de contención.

Solamente entendiendo a la salud como un campo complejo e integral se podrá seguir construyendo respuestas adecuadas a las demandas de cada comunidad y en cada momento.

Bibliografía

Ayala Torales, M. B. (2020) Protocolo de acompañamiento a pacientes en situación de últimos días por Covid, y a sus familiares. Resolución 1468/2020. Resistencia, Chaco. Ministerio de Salud Pública, 26 de Agosto de 2020.

Belli, L. (2020) Recomendaciones para la comunicación de malas noticias por teléfono durante la pandemia por SARS-CoV-2. Disponible en https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.69.Mayo de 2020.

Instituto Nacional del Cáncer (2019) TRAPS. Cuidados Paliativos en el primer nivel de atención. Fascículo 2. C.A.B.A. Ministerio de Salud de la
Nación.

OPS-OMS (2001) Organización Panamericana de la Salud. Disponible en https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos .

Radbruch, L. y otros. (2020) Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition, Journal of Pain and Symptom Management, Volume 60, Issue 4, 2020, Pages 754-764, ISSN 0885-3924. Disponible en https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2020) Recomendaciones para familiares para la despedida y el duelo ante la presencia de Covid 19. Disponible en http://www.secpal.com//Documentos/Blog/covid19%20duelo%20y%20des.

Merlín, N. (2020) Conmoción en la subjetividad. En Actualidad Psicológica. Pandemia, angustia y contención. P.2. Abril 2020 AÑO XLV Nº494.

Bonano, O. (2000) La dimensión del apuntalamiento Cáp. 7 de Crisis del sujeto contemporáneo. Ed. UNLZ. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2020) Recomendaciones para el acompañamiento de pacientes en situaciones de últimos días/horas de vida y para casos excepcionales con COVID-19.

Capozzo, A. V. (2020) Morir en soledad: la terrible situación de las personas que mueren por COVID-19 y el dolor de sus familiares en un contexto de desborde del sistema de salud; Sociedad Argentina de Medicina; Revista Argentina de Medicina; 8; 3; 8-2020; 1-2.

IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN EL PROCESO DE TRASPLANTE RENAL: EXPERIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO PÚBLICO.

Silvina Sinchez [A], Brígida Viotti [B]

El trasplante de órganos es un tratamiento médico indicado cuando no queda otra alternativa para recuperar la salud de un paciente. Es un procedimiento que consiste en reemplazar un órgano vital enfermo, sin posibilidad de recuperación, por otro sano. Tiene sus inicios con el primer trasplante renal en el año 1954.

Paulatinamente se van incluyendo otros órganos. Los órganos y tejidos que se trasplantan en Argentina son: riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas, intestino, córneas, válvulas cardíacas, piel y huesos.

Como psicólogas integrantes de un equipo en una unidad de trasplante renal de la red pública de salud, en el abordaje multidisciplinario de cada candidato, intervenimos en el proceso de trasplante, esto es desde la indicación de ser candidato a trasplante hasta el seguimiento en el post-trasplante. Una de las intervenciones que desarrollamos son las evaluaciones psicológicas a candidatos a trasplante renal.

El trasplante renal es la alternativa terapéutica que mejora la calidad de vida posibilitando mayor supervivencia frente a terapias sustitutivas. En la evaluación psicológica es relevante identificar los factores de riesgo de los candidatos, la adherencia a pautas y tratamientos médicos, colaborando con el equipo de trasplante en intervenciones que promuevan el abordaje multidisciplinario.

En el presente trabajo nos planteamos como objetivo, analizar y describir los factores de riesgo detectados en las entrevistas psicológicas de candidatos a trasplante renal.

Sabido es que …*"Las enfermedades crónicas tienen un fuerte impacto en la forma como las personas se autoperciben y su diagnóstico cambia la vida del paciente, pasando por un proceso de transición que gradualmente les permite comprender su situación con respecto al significado de la enfermedad, ayudándole o no, a adaptarse a un nuevo estilo de vida que involucra la presencia de una enfermedad que condicionará el resto de su vida"…(Nieto y otros, 2004).*

En el caso de una enfermedad crónica como es la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), la pérdida de la propia salud puede ser percibida por el paciente como una amenaza, teniendo en cuenta las diferencias individuales que matizaran y aportaran las particularidades en cada proceso de duelo de las pérdidas vividas, no sólo de la función renal, sino también laboral, proyectos familiares, organización de actividades diarias, etc.

Según García (1987) la transformación de los procesos subjetivos en una enfermedad crónica, genera una situación de dependencia a un aparato, de dependencia a una institución; de trastornos y problemas físicos con el compromiso de las funciones yoicas: la nutrición, la locomoción, la sexualidad, la actividad laboral, la actividad intelectual; y la necesidad imperiosa de continuar con el tratamiento porque puede haber un "no" a un tratamiento así, pero ese "no" es una opción por la muerte. Aquí hay un elemento bastante particular; es un elemento extracorpóreo, que es lo que permite continuar la vida. Condición que comparte con el trasplante de órganos.

El paciente con un diagnóstico de enfermedad renal crónica y terminal experimenta muchas veces ansiedad, angustia, irritabilidad, miedos y fobias, depresión. Estos estados pueden generar un círculo vicioso de: amenaza percibida; sensación de alarma permanente por cualquier síntoma corporal que se le presente; pensamientos angustiantes y algunos pacientes experimentan pánico. Esto puede ocurrirle no sólo al paciente en sí, sino a su círculo familiar más próximo. Estos sínto-

[A] *Mgr Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, Epidemióloga, Profesora, Psicóloga en Servicio de Nefrología -Hospital Provincial del Centenario. Rosario. Santa Fé, Argentina. ssinchez@gmail.com*
[B] *Especialista en Psicocardiología, Psicooncología y Psicología de la Salud. Psicóloga en Servicio de Nefrología-Hospital Provincial del Centenario. Rosario. Santa Fé, Argentina. brigidaviotti77@gmail.com*

mas se pueden agudizar frente a hospitalizaciones desencadenando dificultades psicológicas que resultan o no como consecuencia de su patología renal; más si ésta limita su recuperación física generando en el paciente una experiencia abrumadora, disruptiva, de alto impacto psíquico, emocional y estresante por los sentimientos de impotencia e incapacidad para afrontar la situación.

Es en este contexto donde surge la posibilidad del trasplante, y es aquí donde centramos nuestra práctica, ya que las evaluaciones psicológicas nos permiten observar cuales son los factores protectores de los candidatos así como también articular con el territorio y otros efectores para minimizar los factores de riesgos, contribuyendo a que el proceso de trasplante sea afrontado por los sujetos de la mejor manera posible.

Al momento de realizar las evaluaciones se acordó informar factores de riesgo (término utilizado en epidemiología) que *"es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión"*[1]. En este caso al tratarse de salud mental, se establecieron grandes grupos, como son: lo social considerando la red de contención, los relacionados con la subjetividad del sujeto ante su situación de salud (ansiedad, angustia, duelo, fantasías asociadas a la procedencia de los órganos, entre otros) y los relacionados con el abordaje de su tratamiento médico (conciencia de enfermedad, adherencia).

Como material y métodos: Se incluyeron 91 pacientes mayores de 18 años que iniciaron evaluación para ingresar a lista de espera para recibir un injerto renal de donante cadavérico o vivo, desde 01/02/2018 al 31/01/2021. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en número de 3 a 4 por cada candidato, presenciales y se evaluaron aspectos del yo (negativa al trasplante, fantasías asociadas al trasplante, sintomatología psicológica –ansiedad, angustia, miedo, duelo, temor, negativismo, impulsividad), sociales (redes de contención, vulnerabilidad), de adherencia (conductas de cuidados, conciencia de enfermedad, comprensión) y consumo de sustancias. Se sistematizaron factores de riesgo en paquete estadístico SPSS versión IBM 22.

De esta manera y considerando los 91 sujetos entrevistados surgen los siguientes datos: casi en el 64% se evidencia adherencia en el tratamiento actual, esto implica cumplir con pautas de autocuidados, ingesta sólida y líquida, toma de medicación.

Como equipo de salud surge el desafío de que el 34% de los sujetos no adherentes incorporen pautas de autocuidados. No hay datos que determinen que los sujetos no adherentes en el tratamiento dialítico no cumplan con pautas durante el trasplante.

Se destaca que el 9% de los entrevistados refirió consumo de sustancias, siendo al momento de la evaluación un consumo activo de alcohol, tabaco, marihuana. En el caso de las adicciones se diferencian los casos en los que hay un uso activo de sustancias, de los casos en los cuales se presenta abstinencia, considerando criterio de exclusión a quienes tienen un consumo activo. En el equipo de salud se plantea el desafío de trabajar en el seguimiento de las recomendaciones terapéuticas como asistencia psicológica, comunidades de rehabilitación, etc.

Al respecto de la vulnerabilidad es de destacar que el 35% es considerado vulnerable por su situación social, vincular y en ocasiones por la edad de los sujetos entrevistados, como puede ser la edad en el caso de la adolescencia, donde aparte de la crisis subjetiva propia de la edad debe afrontar una enfermedad crónica.

Más del 60% de los sujetos entrevistados identifica redes de contención, dato relevante en cuanto facilita el proceso de salud enfermedad, permitiendo la articulación de pautas de autocuidado con distintos integrantes de la familia, ya que aparece como un elemento protector. Un tema a trabajar desde el equipo de salud es con el 27,5% de la población evaluada, ya que en estos caso el paciente se encuentra sin red de contención, grupo de pertenencia y en otros casos el grupo continente obtura el proceso de salud.

Con relación a los aspectos del yo se detectó ansiedad en un 56%. Dato que permite evaluar fuentes de estrés asociadas a situaciones amenazantes, siendo la incertidumbre una constante en la vida de los pacientes.

En más del 38% de los candidatos evaluados se observó miedo. Indicador que puede obstacu-

lizar el acceso a un proceso de trasplante, al desarrollo de conductas adaptativas asociadas a mecanismos de afrontamiento en el proceso de salud-enfermedad.

La presencia de angustia se observa en un 16%. El daño orgánico y funcional, los procedimientos intrusivos y las experiencias de dolor, como las hospitalizaciones, vulneran los límites corporales y personales reactivando fantasías de muerte y angustia en el paciente y sus familiares.

En relación a fantasías asociadas al trasplante, se evidencia en más del 9% creencias y pensamientos referidos a la procedencia del órgano trasplantado.

En relación al proceso psicológico de duelo en la enfermedad renal, este indicador presenta importancia para que los sujetos puedan tramitar y transitar el proceso de salud-enfermedad-sufrimiento. En un 69% se evalúa un proceso de duelo. Por otra parte se observa que un 18% no se encuentran transitando el duelo por la pérdida de un órgano vital, hecho que puede tener que ver con procesos subjetivos así como también de la dificultad de tramitar su situación de salud actual. En este caso se debe centrar el trabajo en estos candidatos y acompañarlos en los procesos psicoterapéuticos.

Conclusiones:

En las entrevistas psicológicas identificar factores de riesgo asociados a aspectos del yo, sociales, adherencia y consumo de sustancias de candidatos a trasplante es relevante, especialmente en la etapa de evaluación pre-trasplante, ya que la influencia de estos factores puede dificultar la evolución pos-trasplante, tanto en la calidad de vida del trasplantado como en la supervivencia del órgano implantado. Como integrantes de una red de salud nos permite articular con el equipo tratante así como también con el territorio a los fines de facilitar y favorecer factores protectores y amortiguar los factores de riesgo de los candidatos a trasplante.

Bibliografía

Abascal y F. Palmero (eds.) (1998) Emoción y salud, Barcelona, Ariel, 1998.
Bayardo S. (2012) "Aspectos psíquicos en Trasplante Renal" , cap. en Manual de Trasplante Renal. César Agost Carreño , María Cristina Vázquez, Jorge Ferraris Editores. Asociación Nefrológica de Buenos Aires 2012.
Bayes, R. (1994) "Psiconeuroinmunología , salud y enfermedad", en Cuadernos de Medicina Psicosomática, 1994, 30, 28-34.
Fahrer, R. & Magaz, A. (1993) Temas de psicología médica. Cap 8 Aspectos psicosociales de la relación medico paciente en hemodiálisis crónica. Buenos Aires, Argentina:CTM.
García L. (1987) Cuerpo y psicoanálisis. Colegio de Psicólogos de Rosario.
Martorelli, A.(1992) Una experiencia de intervención psicológica en hemodiálisis y trasplante renal. Publicación Secretaría de Extensión. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
Moscoso, M. S. (1998) "Estrés, salud y emociones: estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad." en Revista de Psicología UNMSM. Facultad de Psicología. Vol. III Nº 3 Julio 1998
Muñoz ,A (1999) Aspectos psicosociales en el paciente con enfermedad renal permanente, Cap V.32 en Santiago Delpín, E. A. & Ruiz Speare, J. Transplante de órganos. México, D.F.: JGH Editores.
Redondo de Cárdenas A y otros (2010) Evaluación de factores psicológicos asociados a la nefropatía crónica del injerto.

LOS CONSUMOS CUESTIONADOS. REPRESENTACIONES Y PREJUICIOS EN EL CAMPO DE SALUD MENTAL

María Paula Bianco [A], Pablo Alejandro Falero [B]

Introducción

En el siguiente trabajo nos proponemos abordar las representaciones sociales y de los profesionales de la salud en relación a las personas que presentan consumo problemático de sustancias, ubicando las consecuencias que esto tiene en la accesibilidad y atención en los servicios de salud

[A] Lic. en psicología . CABA. Argentina. mpaubianco@gmail.com
[B] Medico residente de psiquiatría. Hospital Piñero. CABA. Argentina. faleroalejadro92@gmail.com

mental. Consideramos que en las prácticas en el campo de la salud mental se evidencia en muchas ocasiones la persistencia de discursos vetustos aceptados socialmente, aun cuando la LNSM y la perspectiva de derechos se instalaron como herramienta de trabajo.

Relatos de la clínica: salud mental o adicciones

Caso J: De adicto a la dignidad del paciente dual

J. es un joven de 25 años, que ingresó en siete oportunidades a la sala de internación en contextos de episodios de heteroagresividad condicionado por consumo de cocaína y marihuana, en ocasiones, también con pedido de evaluación interdisciplinaria. Sorteando algunos obstáculos institucionales en el recorrido hasta internarse en la sala, fue tratado farmacológicamente con medicación sedativa indicada en cuadros de excitación psicomotriz hasta que se retiraba de la internación por sus propios medios o hasta que podía hacerse una evaluación de que el riesgo había cesado. En su larga trayectoria en el sistema de salud, había tenido otras internaciones en comunidades terapéuticas, en el hospital Laura Bonaparte, en el Borda y múltiples ingresos por guardia externa. Fue la séptima internación en nuestro servicio la que permitió un trabajo que abordó su padecimiento. Todas las internaciones fueron muy complejas por su actitud agresiva y desafiante que provocaba temor y rechazo, además se encontraba constantemente con una actitud paranoide con los profesionales del servicio y con su familia que, además, en tanto red de contención no podían colaborar con el tratamiento ni ser parte de la estrategia de lo que sería su externación. No obstante, lo que más dificultaba el tratamiento era el estigma de adicto con el impacto que esto acarrea sobre la atención: la discriminación e imposibilidad de ubicar un eventual sufrimiento. En este sentido, lo que solía circular era que no iba a mejorar, que por su contexto social "villero" no iba a dejar de consumir y que siempre iba a estar en riesgo. Desde un principio se intentó aplacar su conducta adictiva con plan sedativo para evitar -ilusoriamente - que se fuera a consumir.

J. vivía en un constante exilio forzado, concretamente de su casa con órdenes de restricción que su madre solicitaba y entonces quedaba en situación de calle sistemáticamente; o implícitamente en las instituciones que no lo trataban o destrataban.

La torcedura de destino se produjo cuando el paciente comenzó a responder al tratamiento con Clozapina y de esta forma se corroboró la hipótesis del diagnóstico de Esquizofrenia. Como consecuencia, comenzó a ceder la sintomatología psicótica y con ello el consumo. Además, el cambio de mirada sobre el paciente estuvo impulsado por lo que desde su espacio psicológico se pudo leer como padecimiento. En dicho espacio se pudo dilucidar que el consumo cumplía la función de silenciar sus síntomas psicóticos y era un modo de responder en la línea de sostenerse siendo rechazado por los otros, que rápidamente lo encasillaron en el lugar de adicto, ladrón, agresivo, antisocial.

Caso Y. Villero y delincuente: de la cárcel al hospital

Y. es un joven que tenía 28 años de edad la última vez que se internó por salud mental. Tenía como antecedentes una internación previa a los 26 años. Vivía en situación de calle y deambulaba frecuentemente por el hospital, acudiendo en general a nuestro servicio, que había conocido a raíz de la primera internación. Según quien estuviera allí, hablaba un poco con él. A veces estaba intoxicado, otras veces no, y en ocasiones relataba sus infortunios cotidianos, siendo por lo general necesario acompañarlo a servicio social para encontrar alguna solución transitoria a su situación habitacional y económica. Sin embargo, armar un entramado de personas y actividades que lo sostuvieran era muy dificultoso. Sus padres habían fallecido, no tenía relación con sus hermanos y, la hermana que oficiaba de algún sostén, había sido recientemente asesinada víctima de femicidio. Además, era casi impensado que pudiera sostenerse en algún dispositivo de cualquier índole. Estaba desamarrado de todo lazo, expulsado del sistema, robaba para ir sobreviviendo a este escenario y también para conseguir paco y alcohol.

El motivo de su última internación, tuvo que ver con caer en suerte un día en que los profesionales que lo vieron, decidieron que esta situación "natural" de su vida había llegado a una condi-

ción de riesgo para sí y terceros. Se encontraba intoxicado, muy desorganizado conductual y discursivamente, lábil afectivamente, con insomnio e hiporexia, con conductas heteroagresivas y autoagresivas (había intentado prender fuego sus brazos con un encendedor). Permaneció algunos días en este dispositivo, que fue pensado como la mejor estrategia por el riesgo y porque ningún abordaje ambulatorio iba a ser posible de ofrecer en esas condiciones. Y. iba y venía de la internación, situaciones que se leían a priori como conductas desafiantes o "algo típico" de un adicto, sin lograr pensar sobre estas salidas y su necesidad de consumir, lo que la institución podía ofrecerle para reducir los riesgos y daños, y los determinantes sociales de su padecimiento en el contexto de un tratamiento. Además, era doblemente estigmatizado por adicto y delincuente, suponiendo que su lugar debía ser la cárcel, a donde estuvo en varias ocasiones. En una de sus "fugas" de la internación, se procedió al cierre de la historia clínica y muchas voces institucionales sentenciaron un conocido y prejuicioso dictamen: un caso más que "no tiene solución".

Representaciones sociales sobre las personas que consumen

En consonancia con las lecturas clínicas, podemos puntualizar que están sostenidas en discursos instituidos y naturalizados que crean representaciones sociales estigmatizantes sobre los usuarios de sustancias. Esto conlleva a un reduccionismo en las prácticas de atención, omitiendo así la idea de salud mental como un proceso determinado por componentes sociales, históricos, culturales, psíquicos y físicos en interrelación con un contexto determinado.

Además, en los recortes clínicos se pueden visibilizar prejuicios sostenidos en las mencionadas representaciones instaladas en la sociedad y en los profesionales del campo de la salud mental. En primer lugar, el preconcepto acerca de que quien consume sustancias es un adicto que no tiene "cura" y para el cual no es necesario entonces "desperdiciar" recursos, al menos que esto coexista con un trastorno psiquiátrico de base como lo visibiliza el caso de J. En segundo lugar, el caso Y permite pensar que, cuando la práctica del consumo es en un contexto de vulnerabilidad social, se impone la lectura sobre la imposibilidad de armar otros recorridos vitales y, esta profecía eternamente autocumplida, reproduce aún más la lógica marginal en las que están inmersas las personas que consumen. Además, se produce habitualmente la asociación entre agresividad, pobreza, delincuencia y consumo como conductas inseparables e irreductibles y que no tendrían ninguna relación con la complejidad de las situaciones de vida y las condiciones materiales de las personas como posibles causas del consumo. En general, la lectura es inversa: por el consumo se roba, se agrede, se vive en situación de calle. Por último, podemos señalar la tendencia a encasillar a una persona como adicta instalando el "ser adicto" como algo que define y cristaliza al ser, sobre la base de que la persona tiene consumo de una sustancia psicoactiva. Esto promueve que sea identificado con el enfermo y, por lo tanto, ubicarlo en un papel pasivo e irresponsable. Este tipo de lecturas y prácticas, promueven la identificación al "yo soy adicto", que también genera efectos identitarios fijos que son necesarios desarmar para que algún tratamiento sea posible.

Reflexiones finales

Habiendo recorrido en el escrito diversas situaciones clínicas y argumentos teóricos sobre el tema que nos convoca, los consumos problemáticos de sustancias, estamos en condiciones de afirmar que es preciso deconstruir este sintagma para trabajar en el campo de la salud mental. Sugerimos entonces pensar los consumos en términos más amplios, sustituyendo "sustancias" por objetos y el acto de consumir por coyunturas vitales complejas que, en ocasiones, conllevan el ejercicio de esa práctica. Por su parte, lo problemático, si bien en la literatura se relaciona con el punto en que el consumo afecta negativamente la vida física y psíquica de las personas, es preciso también interrogarlo: qué es lo problemático para cada quien no resiste ningún estándar universal ni definición teórica.

Además, extraemos como otra de las reflexiones del trabajo la presencia de lo invariante en materia de los consumos problemáticos en relación al tema central del mismo: las representaciones sociales estigmatizantes que producen estereotipos incuestionables y prejuicios insoslayables. Es posible afirmar en este punto el obstáculo que esto constituye para pensar y ofrecer un tratamiento

posible a las personas que tienen algún consumo como parte de un padecimiento subjetivo, que incluye también las condiciones sociales y materiales de existencia.

Consideramos que para poder transformar las prácticas en el campo de la salud mental es necesario desarmar los prejuicios y desterrar los discursos dominantes de modo tal que: las lecturas sean clínicas y no morales; que los abordajes sean amables y horizontales en la toma de decisiones, y no expulsivos y de dominación sobre el otro; que los padecimientos de los usuarios sean contextualizados y se haga lugar a los saberes que portan; que se suponga un sujeto que sufre y que los daños no sólo se producen por el consumo de alguna "maldita droga". Hay que poder visibilizar que más peligroso o dañino que la droga puede ser la situación social, el desamparo, las carencias afectivas, los derechos vulnerados, las vidas que no merecen un lugar, las muertes silenciadas. En palabras de Aída Perugino es preciso leer "la subjetividad construida en condiciones de exclusión social" que implica "[...]haber perdido casi todo contacto con los elementos que constituyen el entramado social, en otros términos, estar casi desamarrados de un Otro que sostenga, contenga, cuide, promueva una subjetividad deseante [...] (Perugino, 2012, p.103-104).

Bibliografía

Bleichmar, S. (2007) "De la creencia al prejuicio". VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2007, Vol. XVIII
Calabrese, A. (1992). "Una visión actual sobre los modelos preventivos". SERIE PUBLICACIONES TÉCNICAS DEL FONDO DE AYUDA TOXICOLÓGICA. Buenos Aires - República Argentina. Publicación Técnica de FAT Nº20.
Calabrese, A. "De la prevención y otras historias. La prevención en América Latina"
Guillone, A. "La drogadicción y el derecho a la salud".
Herrero, Casati, Dana, Mariones, Calabresa, Pawlosky, Arambarri. "Modelo Ético Social". SERIE PUBLICACIONES TÉCNICAS DEL FONDO DE AYUDA TOXICOLÓGICA. Buenos Aires.
Lewkowicz, I. "Subjetividad adictiva: un tipo psico-social instituido. Condiciones históricas de posibilidad".
Zorrilla, C. "Drogas y control social". Universidad de Barcelona.

LAS INFANCIAS: DE OBJETOS A SUJETOS DE DERECHOS, UNA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINARIA EN SALUD

Graciela Leguizamón [A], Beatriz Sendra [B]

En el transcurso de los siglos XIX y XX, se produjeron cambios radicales respecto a la concepción de la niñez, debido a la influencia de diversos factores que favorecieron su jerarquización, lo que contribuyó a que la sociedad toda centrara su interés en ese período de la vida, otorgándole un status y reconocimiento que provocó la asignación de un privilegiado papel protagónico en la familia y en la sociedad.

Actualmente se observa que los postulados de protección y cuidados de la niñez comienzan a girar en el vacío. Desde esta perspectiva se considera que no hay infancia, si no es por la práctica de un numeroso conjunto de instituciones modernas de resguardo y asistencia a la niñez, la familia, la escuela, el estado, y otros.

Cuando estas instituciones tambalean, la producción de la infancia se ve agotada. En la actualidad se asiste a una modificación del estatuto de la infancia que está asociada a cambios en las instituciones mencionadas y en el vertiginoso desarrollo de la tecnología y el consumo, lo que trae aparejado profundos cambios en la sociedad.

Cuando los adultos significativos no cumplen con sus funciones, los abandonan, no los reconocen como sujetos de derecho y no los respetan en su singularidad, la niñez está en riesgo.

[A] Licenciada en Psicología, Docente Investigadora, Profesora Adjunta Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. grlegui62@gmail.com
[B] Licenciada en Psicología, Docente Investigadora, Profesora Adjunta Facultad de Psicología. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. ebsendra@hotmail.com

Si bien a comienzos del siglo XX ya se insistía en la necesidad urgente de hacer un reconocimiento efectivo de derechos a la infancia, como lo afirma Bustelo (2007), poco se avanzó en la teoría de la infancia hasta la adopción de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN), que significó un giro histórico ubicando en el centro de la escena la cuestión del sujeto y sus derechos asociados.

A partir de este hecho se ha desarrollado una larga lucha por la afirmación de los derechos de niños, niñas y adolescentes, que lleva ya varias décadas. Aún así, se considera que la fundamentación jurídico-institucional de los derechos, aunque ha significado ciertamente un avance que, como en toda lucha, registra adelantos muy significativos, ha tenido un alto costo con relación a lo que Bustelo llama "una unidimensionalidad conceptual". Por esto, se afirma que el derecho, o mejor las "ciencias" jurídicas, han tenido una responsabilidad central en la configuración de un sujeto individual, "el" o "la" niño/a, al que se le acopla un sistema de garantías en el marco de una visión que incluiría una "protección integral" (Bustelo, 2007). Esta mirada unidimensional, de la protección integral como garantía de derechos, genera, como resultado último, la configuración de niño/a singularizado/a, blindado contra cualquier acechanza que amenace o vulnere sus derechos. Los saberes asociados al niño, la niña y los adolescentes son conocimientos que se apoyan, principalmente, en las ciencias jurídicas y, de manera subsidiaria, en la psicología y la pedagogía; lo que hace necesario abrirse desde la complejidad del sujeto mismo a la configuración de una mirada interdisciplinaria sobre la infancia, que debería incorporar muchos esfuerzos convergentes.

Al derecho hay que añadir, entre otras, la sociología, la filosofía, la historia, la ciencia política, la economía, la geografía, el psicoanálisis, la antropología y los saberes asociados a la educación. Hay que avanzar ahora en estos saberes y explorar otras direcciones que no necesariamente excluyen la anterior, pues la tarea del momento implica la resignificación de las luchas y la renovación de los lenguajes asociados a la infancia (Bustelo, 2007).

En este sentido trascender desde los cuidados individuales hacia la interacción de los sujetos con el estado constituye un pasaje de la salud pública convencional, que tradicionalmente ha considerado a los integrantes de la sociedad como objeto de intervención de acuerdo a la norma, a la salud comunitaria que los concibe como sujetos individuales y colectivos, generando políticas de promoción y prevención de la salud.

El objetivo de este trabajo es recuperar la singularidad de éste, pudiendo "soportar" que ningún niño/a sea igual a otro, ni que sus manifestaciones responden tal cual a lo que el observador espera.

Desde este punto de vista es necesario asumir una perspectiva teórica en la que el concepto de normalidad esté atravesado por un relativismo que implique la singularidad de la experiencia analizada a partir del caso por caso (Canguilhem, 1974; Foucault (2000) y Le Blanc (2010).

Considerando las múltiples dimensiones de la salud en la infancia es necesario inscribirla en un posicionamiento teórico cuya fundamentación adopta el concepto filosófico-epistemológico de interdisciplina, tal como lo concibe Rolando García (2006), quien la considera como un sistema complejo, "una representación de un recorte de la realidad compleja, conceptualizado como una totalidad organizadora. En esta totalidad los elementos no son "separables" y por lo tanto no pueden ser estudiados aisladamente" (García, 2006:21)

Una característica sustancial de esta concepción es que, en el abordaje interdisciplinario, las partes específicas disciplinares no pueden ser aisladas, ni pueden descomponerse, ni modificadas independientemente unas de otras, es decir, se trata de una mirada del objeto de estudio desde diferentes enfoques disciplinares. Sin embargo, este autor advierte una diferencia entre interdisciplina y multidisciplina. En este último caso, se suman los aportes de cada disciplina en relación a una problemática en general. En cambio la interdisciplina supone la integración previa de esos enfoques, antes de la delimitación de una problemática.

En virtud de las múltiples dimensiones que presentan las problemáticas de salud, estas ameritan el trabajo en equipo desde una perspectiva interdisciplinaria, que permita un abordaje integral a

las demandas, considerando que las intervenciones en salud se enriquecen con las distintas miradas, con el planteo de objetivos comunes y en un contexto de acuerdos respecto de la integración de enfoques. En este sentido se promueve una dinámica de trabajo participativo en un contexto direccionado hacia un nuevo modelo de atención en salud.

En la actualidad la tendencia a apelar a la noción de infancias propone una mirada plural y dinámica, teniendo en cuenta las posibles y diversas versiones de ser niño/a, en relación a cada época y para cada quien. Tomando en cuenta que cada uno hará su propio camino en la construcción de su infancia; experiencia que será única e irrepetible donde se anudará, entre otras cuestiones, lo histórico, lo cultural, lo social, lo familiar, lo propio, en tanto proceso de reconstrucción permanente en el camino subjetivo.

Se hace cada vez más evidente salir de la posición de pensar a "la infancia" como categoría unívoca, ya que ésta tiende a homogeneizar y establecer características y modelos. De ahí, el peligro de pensar la infancia desde un modo estipulado por otros, quienes establecen las normas, lo normal, como si hubiera un único modo posible de ser niño/a.

Pensar en infancias da lugar a la complejidad, a la diversidad, al respeto por las diferencias, implica concebir un recorrido singular que deja huella, generando momentos de creación y constitución subjetiva, y sosteniendo la posibilidad de ser niño/a, en cada momento, para cada quien y según sus circunstancias.

El impulso a reflexionar sobre esta temática se fundamenta en la necesidad de comprender la infancia de esta época, lo que consecuentemente nos remite a reconsiderar antiguas concepciones que fueron válidas para generaciones anteriores y que cimentaron las prácticas en las instituciones de la infancia. Los antiguos modelos que describían a los/as niños/as de antes resultan insuficientes para describir a los/as niños/as de hoy, para ello es necesario llevar a cabo un análisis a la luz de los impactos que la sociedad de consumo y los medios han producido en la subjetivación de las nuevas generaciones y de los cambios que se han producido en la familia, la escuela y la cultura.

El sentimiento de la infancia en la actualidad se aleja de las formulaciones teóricas que, hasta el momento, pudieron esclarecer y orientar quiénes son los/as niños/as, qué necesitan y cómo comprenderlos en su complejidad y singularidad. Los nuevos aspectos de nuestra realidad social y material, como el consumo en masa, la vida en las grandes ciudades, la soledad en la multitud, la expansión de la comunicación por los medios, la tecnificación y la informatización de nuestra cotidianidad nos interpelan respecto de los conocimientos que disponemos para comprender la condición de niño/a y consecuentemente tener las intervenciones adecuadas a sus demandas.

Finalmente, en este contexto las teorías que enfatizaban el lugar fundante que tenían instituciones como la familia, la escuela, el estado entre otras, en la actualidad han perdido ese lugar, que se contempla por derecho pero no ya de hecho. Al decir de Eduardo Bustelo y como conceptualización para continuar pensando las intervenciones en salud en esta etapa de la vida, en la tesis sobre el recreo de la infancia sostiene "que el recreo de la infancia es el comienzo del cambio del mundo", propone que para abordar la infancia se deje de lado cualquier análisis adultocentrista, ya que implica una superioridad o dominación de los más vulnerables. Redescubrir la infancia, que se puede definir como lo no adulto, supone un cambio social y la emancipación de esa sociedad opresora que no les permite defender sus derechos y que en esta sociedad de consumo los cosifica, subjetivando niños y niñas atados al consumo.

BIBLIOGRAFIA

Bustelo, E. (2007) El recreo de la infancia. Argumentos para otro comienzo. Buenos Aires. Siglo Veintiuno.
Carli, S. (2006) La cuestión de la infancia. Entre la escuela, la calle y el Shopping. Buenos Aires. Paidós.
Corea, C., Lewkowicz, I. (1999) ¿Se acabó la Infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez. Buenos Aires. Lumen Humanitas.
Dotro, V. y Minzi, V. (2005). Los niños de hoy no son como los de antes. En De 0 a 5 años. La educación en los primeros años. Tomo 63, Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.
Feijoo, M. del C. (2001) Nuevo país, nueva pobreza. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
Fernández, A. y López, M. (2004) La vulnerabilidad social: Tensiones entre la destitución subjetiva y la potencia colectiva. Proyecto UBAC y TP/047: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Secretaría de Investigaciones.
García, R. (2006) Sistemas complejos. Buenos Aires. Ed. Gedisa.

Gurman, H, y Popiloff, T. N. (2007) Capítulo 5: Una infancia violenta. En Tomo II Medicina Psicosocial – Lectura Psicoanalítica. Comisión Ad Hoc de Medicina Psicosocial. Asociación Psicoanalítica Argentina.
Lewkowicz, I. (2004). Pensar sin estado. Buenos Aires: Ed. Paidós.
Meltzer, D. y HarriS, M. (1990). Familia y comunidad. Buenos Aires: Patia Editorial.
Rojas, M.C. y Sternbach, S. (1997). Entre dos siglos. Una lectura psicoanalítica de la posmodernidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.
Volnovich, J.C. (2004). El futuro depende, ante todo, de cómo circule la infancia por el imaginario social. Recuperado el 9 de setiembre de 2004, de EDUC.ar El portal educativo argentino.

DESAFÍOS Y TRANSFORMACIONES DE LA MUSICOTERAPIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Juliana Stero [A], Jimena Díaz [B], Claudia Bang [C]

Introducción:

El presente escrito está enmarcado en el proyecto UBACyT: Atención primaria de salud y salud mental comunitaria: análisis de prácticas participativas e integrales llevadas adelante por instituciones en red, cuya directora es la Dra. Claudia Bang, con sede en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA.

Como disciplina de salud/salud mental, la Musicoterapia se inserta en el sistema público en la década de los 60, con el Plan de Salud Mental para la Ciudad de Buenos Aires mediante el que se crean los primeros Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales, y los Centros de Salud Mental. En este contexto, surgen los primeros nombramientos de profesionales en hospitales monovalentes neuropsiquiátricos entre los años '70 y '80. En 1983, se incorpora la Función Musicoterapeuta a la Carrera Hospitalaria Municipal (Decreto 2275/83), iniciando así las primeras capacitaciones oficiales de posgrado. En 2010, mediante Resolución 1920 MSGC/10, se aprobó el Programa General Docente de Concurrencias de Musicoterapia, inaugurando el ingreso con examen y en 2012 comienza a haber cargos de Residencia (Resolución No 0333-MSGC-2012). Actualmente, hay cargos de planta en once efectores de la red de hospitales públicos de CABA, de los cuales siete reciben concurrentes o rotantes y solo uno tiene cargo de residencia. Recientemente se abrieron también dos cargos de residencia en la RISAM del Hospital Nacional Laura Bonaparte. Sostiene esta inserción formal el trabajo voluntario realizado por profesionales y estudiantes, mediante programas de extensión universitaria, prácticas profesionales, o instalando un espacio que anticipa la posibilidad de apertura de cargos.

La Musicoterapia en hospitales públicos es parte de las disciplinas que componen los equipos de Salud Mental. Se inserta desde escenarios y encuadres diversos, en las áreas institucionales de Atención Primaria en Salud y dispositivos clínicos: tratamiento en sala de internación, ambulatorio en consultorios externos y hospital de día. Entre las poblaciones y problemáticas alcanzadas se cuentan: clínica en infancia y adolescencia, adultos/as con padecimiento mental, personas de tercera y cuarta edad, cuidados paliativos de final de vida, acompañamiento a personas con consumo problemático, entre otras.

Con el emergente de la pandemia de COVID-19 se ponen en crisis múltiples aspectos del sistema sanitario, y los espacios terapéuticos no relacionados de manera directa con la pandemia han tendido a la discontinuidad: las modalidades de encuentro tuvieron que modificarse, replan-

[A] *Psicólogo clínico; Especialista em Psicologia Hospitalar; Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco. Recife, Brasil. CABA. Argentina.*
[B] *Lic. En Musicoterapia. Concurrente de cuarto año del Hospital Braulio Moyano. Investigadora en formación. Práctica clínica en Salud Mental, Geriatría y Discapacidad. Hospital Braulio Moyano. CABA. Argentina. jime.mrdiaz@gmail.com*
[C] *Dra en Psicología. Docente e Investigadora UBA. Facultad de Psicología UBA. CABA. Argentina. claudiabang@yahoo.com.ar*

tearse, y encontrar formas creativas para sostener los dispositivos. A partir de la reciente incorporación de las dos primeras autoras de este escrito al equipo de investigación, se propone el análisis de tres experiencias en Musicoterapia en efectores públicos de CABA: dos procesos musicoterapéuticos presentados en el Primer Conversatorio de Concurrentes y Residentes en Musicoterapia en el año 2021, y la experiencia presentada por un musicoterapeuta de un Centro de Salud Mental, en el contexto de una entrevista realizada por el equipo de investigación. Las preguntas que guían la elaboración de este escrito son: ¿Qué desafíos particulares planteó la situación del ASPO/DISPO a los/las profesionales de la musicoterapia? ¿Qué tipo de transformaciones se fueron efectuando a fin de sostener los espacios terapéuticos? ¿Se ve enriquecida la práctica de alguna forma? ¿Y en qué sentido se encuentran carencias?

Desde esta base, los objetivos que se plantean para el presente trabajo son:

- Detectar las dificultades que pusieron en discontinuidad los dispositivos musicoterapéuticos en efectores públicos de CABA, en el contexto del ASPO/DISPO.
- Identificar qué aspectos de las prácticas posibilitaron la transformación de los dispositivos musicoterapéuticos en estas nuevas condiciones sanitarias.

Experiencias y relatos

Dispositivo de Musicoterapia Virtual en Hospital Monovalente de Mujeres

La experiencia es coordinada por una concurrente de musicoterapia del hospital, quien al comenzar el período de aislamiento se encontraba trabajando en un dispositivo grupal en un servicio de medio y largo tratamiento, que se vio interrumpido abruptamente. La concurrente detalla que *"Para la continuidad del trabajo musicoterapéutico implementando un dispositivo virtual, fue preciso armar una red entre profesionales para poder pensar cómo llevar a cabo este abordaje"* (Melgarejo, 2021, p. 6). Esto implicó evaluar cómo reunir el grupo cumpliendo los protocolos de distanciamiento, así como decidir qué dispositivo tecnológico implementar, y principalmente qué profesional del servicio estaría dispuesto/a a acompañar esta propuesta de encuentro mixta, entre la coordinación a distancia de la musicoterapeuta y la presencial en el servicio.

Es decir que, en este caso, la interdisciplina funcionó como la base sobre la que se construyó la posibilidad de continuidad. De la co-coordinación presencial se encargó la terapista ocupacional del servicio que intervino desde su propia mirada disciplinar para integrar al encuadre la nueva vía de comunicación, el *delay*[1] y a hacer parte a la musicoterapeuta de las escenas sonoras, aún detrás de la pantalla. Se presentaron como dificultad también las fallas en la conectividad, y la imposibilidad de escuchar una canción a través de youtube mientras se realizaba la videollamada, obstáculos que pudieron sortearse debido a esa co-coordinación mixta, virtual-presencial.

En cuanto al proceso, se realizaron encuentros semanales con un promedio de diez mujeres participantes que pudieron, a través de canciones, palabras y baile, recrear un espacio subjetivante fundamental ante el doble encierro que transitaban. Dicho proceso se cerró con un encuentro presencial para grabar un video con testimonios de las participantes y una canción que compusieron en función a los contenidos abordados.

Propuestas audiovisuales a través de redes sociales en el servicio de salud mental de un hospital de niños:

Con el objeto de ofrecer la continuidad de la prestación y un espacio de contención en el periodo de emergencia sanitaria, el equipo de concurrentes y residentes de musicoterapia del hospital trabajó en forma autogestiva a partir de estrategias audiovisuales. Apelaron al significante que circulaba sobre el covid, que lo presentaba como enemigo invisible, invitando a las niñeces a que envíen sus representaciones propias: cómo suena, cómo se ve, etc. Para ello realizaron un vídeo, y articularon con la radio del hospital (coordinada por la escuela hospitalaria), que se emite a través de Youtube, para que sea difundido por esa vía y por redes sociales. En respuesta recibieron nume-

1 *Delay: retraso. Efecto sonoro en donde un sonido se reproduce un tiempo después de la señal.*

rosas producciones, material que fue analizado y categorizado, planificando así dos nuevas producciones, con la idea de amplificarlas (Abramovici, 2019) y que circulen nuevamente en las redes, otorgando un lugar protagónico a las voces de las niñeces, y al jugar como promotor de salud.

La creación de contenidos audiovisuales no es algo nuevo como recurso en la musicoterapia. Sin embargo, el equipo entiende que *"la instancia del diseño audiovisual invitó a actualizar la formación en el manejo de los recursos audiovisuales, ya que actualmente, las tecnologías son herramientas indispensables y de uso cotidiano; como también un modo de entrar en sintonía con las niñeces actuales"* (Gutraicht et al., 2021, p. 7). También destacan que una posibilidad que se abrió a partir de éstas intervenciones fue la de llegar a diferentes provincias, favoreciendo una mirada más descentralizada y federal. Finalmente, sostienen la importancia de la apertura de redes interdisciplinarias e intersectoriales para la difusión del material.

Entrevista a un Musicoterapeuta de un Centro de Salud Mental de CABA.

En esta entrevista se remarca que el obstáculo tecnológico y de conectividad fueron las principales situaciones que pusieron en discontinuidad los dispositivos grupales y del área comunitaria en tanto que siempre hubo presencialidad para los/las trabajadores/as, pero no así para los/las usuarios/as. El musicoterapeuta menciona: "*Hubo que revisar, llevó un tiempo ver qué se podía ofrecer".* Comenta que se está llevando adelante un proyecto, en conjunto con pasantes, que tiene que ver con la conectividad: llamando por teléfono a los/as usuarios/as del centro, se releva qué dispositivos digitales tienen, qué uso le dan, y cuál es su acceso a internet. Esto sirve para evaluar cuál es el mejor medio para proponer el encuentro virtual, y a la vez abordar la actualización tecnológica, 'enseñando' cómo usar de la mejor manera los recursos que tienen.

Otro obstáculo tecnológico también se presenta en lo institucional, dado que el centro de salud no tenía suficientes computadoras o tablets, ni acceso a internet. Para sostener la grupalidad a distancia se utilizaron preferentemente los grupos de whatsapp, o videos desde Youtube. Al respecto de los dispositivos grupales presenciales del área comunitaria, el entrevistado refiere que *"están en stand-by"* siendo los grupos de whatsapp o las llamadas telefónicas el mejor modo que se encontró para sostener la vincularidad durante este tiempo de emergencia sanitaria.

Según las características institucionales, el entrevistado cuenta diversas situaciones de reorganización que llevaron a que se tengan que tomar tareas de triage[2] y colaboración con el área de farmacia. Se observa en su relato el obstáculo que supone la falta de profesionales de diversas disciplinas, en muchos casos con un solo profesional por disciplina, dificultando la absorción del monto de trabajo en tiempos en donde se dio una modalidad mixta entre lo presencial y lo virtual.

Desafíos y Transformaciones

A partir de lo desarrollado podemos afirmar que la situación del ASPO/DISPO significó a los/las musicoterapeutas tanto una crisis como una oportunidad:

> *"Atravesar una crisis, y salir fortalecidos de la misma, implica poner en acción una importante dosis de creatividad y flexibilidad, sin duda esto no puede implicar que se desdibujen sin más los límites de nuestras competencias profesionales sino que debe ir en pos de una ampliación en nuestras formas de intervención y trabajo en equipo"* (Godetti et al., 2020, p. 87).

En las tres experiencias analizadas se presenta la necesidad de ocupar otras funciones y roles además de proponer espacios terapéuticos desde la especificidad disciplinar, junto a otros/as profesionales, construyendo y fortaleciendo redes interdisciplinarias e intersectoriales en favor del atravesamiento de este inédito escenario.

Uno de los desafíos más importantes fue sortear la distancia física a través de estrategias de intervención que incluyeran nuevas tecnologías (atención remota, redes sociales), con las consecuentes dificultades en relación al dominio y accesibilidad de estos recursos tanto desde los y las

2 *Triage: tareas de identificación de prioridades de atención, mediante la toma de signos vitales. Durante la pandemia de COVID consiste en detectar signos y síntomas de la enfermedad de COVID.19: temperatura, saturación de oxígeno, entre otras.*

participantes como desde los propios equipos, y las limitaciones lógicas como el delay y las fallas de conectividad.

Sin embargo, la herramienta fundamental de la musicoterapia reside en la escucha, y con ella la posibilidad de intervenir desde las necesidades del otro/a: *"vamos construyendo teorías y tecnologías para delimitar territorios de prioridades y direcciones de intervención y esos recortes nos permiten analizar y operar con responsabilidad, eficacia y en red con otros profesionales que asuman similares deseos."* (Pellizzari, n.d., p. 2)

Del análisis de las experiencias es posible identificar dos factores: las prácticas que pudieron transformarse tuvieron a la *continuidad* de los espacios terapéuticos como objetivo fundacional de las propuestas; y a la *interdisciplina* como estrategia para construir redes de contención e intervención.

Referencias Bibliográficas

Abramovici, G. (2019). Reducción del estigma público asociado a la locura a partir de la amplificación de radios de salud mental. Memorias del XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Tomo 2, 62-63.

Godetti, É., Moscuzza, C., Pacheco, M., & Díaz Abrahan, V. (2020). ¿Qué ocurre con la Musicoterapia en tiempos de cuarentena? ECOS - Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines, 5(1), 77-88.

Gutraicht, A., Labate, E., Maltese, A., Miño, J. G., & Sinatra, D. (Marzo 2021). Trazos y trama sonora en contexto de pandemia: intervenciones musicoterapéuticas con soporte audiovisual y fonográfico. Trabajo presentado en el 1º Conversatorio de profesionales Musicoterapeutas en formación del GCBA, inédito. CABA.

Melgarejo, N. (Marzo 2021). Musicoterapia y Salud Mental en tiempos de COVID-19 Trabajo presentado en el 1º Conversatorio de profesionales Musicoterapeutas en formación del GCBA, inédito. CABA.

Pellizzari, P. (n.d.). Musicoterapia Comunitaria, Contextos e Investigación. ICMus - Investigación, Comunidad y Clínica Musicotereapéutica. Recuperado el 03-09-2021, de http://icmus.org.ar/wp-content/uploads/2010/09/Musicoterapia-Comunitaria.pdf

PARADOJAS EN EL ACTO DE RESPONDER

Paula Belforte [A], María Paula Bianco [B], Mariana Grela [C], Valeria Micenmacher [D], Marcela Volpi [E]

Introducción

"si la escucha es un acto de hospitalidad, solo es posible desde una posición de desamparo de nuestras certezas"
(Stolkiner, 2013)

En el siguiente escrito nos proponemos visibilizar el trabajo que se realiza en un dispositivo telefónico y reflexionar sobre los alcances que el mismo tiene tomando como punto de referencia sus funciones: la contención en situaciones de crisis y/o urgencia, orientación respecto de dispositivos acordes para tratar las problemáticas de salud mental que subyacen en la escucha de los llamados y la derivación asistida de las situaciones que lo requieran.

Es pertinente subrayar el acto de responder al que somos convocados y poner en tensión el mismo en tanto que las diferentes demandas que surgen de la oferta de una escucha promueven responder de diversas maneras. Incluso nos preguntaremos si siempre la finalidad es brindar una respuesta.

Atender los llamados. Alojar la demanda

En algunos de los llamados que recibimos nos encontramos con una ruptura o quiebre de la trama discursiva con la que el sujeto se sostiene, por lo cual es importante que mediante la palabra

[A] Lic. en psicología. CABA. Argentina. paulabelforte@gmail.com
[B] Lic. en psicología. CABA. Argentina. mpaubianco@gmail.com
[C] Lic. en psicología. CABA. Argentina. marianabgrela@gmail.com
[D] Lic. en psicología. CABA. Argentina. valemicen@gmail.com
[E] Lic. en psicología. CABA. Argentina. marchuvolpi@hotmail.com

y la historización se rearmen las escenas, es decir, re-enlazar las coordenadas que anclan al sujeto.

Exponemos a continuación dos viñetas clínicas:

Comienza a comunicarse con el dispositivo Mirta de 69 años desde el mes de febrero de 2021. Su motivo de consulta radicó en el relato de sentimientos de angustia en contexto de duelo por su marido que había fallecido a causa de covid 19. Manifiesta sentimientos de tristeza asociados a la soledad y a su hijo de 44 años que vive en el exterior, con quien no mantiene un vínculo fluido. En el transcurso de los llamados, va deslizando miedos a estar sola, a no poder sin el sostén de un otro.

Con el correr del tiempo, sus llamadas a nuestra línea fueron aumentando de tres a cuatro veces seguidas en una semana. A partir de ese momento se comenzó a vislumbrar cierto deslizamiento en el discurso de Mirta en el que se ve afectada por pensamientos intrusivos en relación a si se habría tragado algún objeto, o si lo tendría perdido en su cuerpo. Las primeras veces que aparecen estos significantes, intervención mediante, logra enlazarlos en la trama discursiva, pudiendo deslizarse al miedo a estar sola. Sin embargo, tales pensamientos se agudizaron notablemente. A partir de sus llamados reiterados, en los que pareciera repetirse el relato casi sin poder torcerlo en su contenido, intentamos diversas estrategias: encontrar asociaciones entre sus síntomas físicos y las escenas atravesadas en los últimos días de enfermedad de su marido; señalar si se le ocurre algo con estas ideas que se le imponen que ella llama "locas" sobre estos objetos que vienen a taponar agujeros; que facilite la posibilidad de ampliar su red socio afectiva (Hijo, amigas, médicos tratantes) para que podamos pensar cómo podrían acompañarla en este momento en que plantea sentir miedo, angustia y soledad. Como respuesta Mirta se niega a que pudiéramos seguir estas líneas de intervención. También se negó a brindar el domicilio para que se realice alguna intervención presencial para realizar una evaluación interdisciplinaria. Es en este contexto que se la interpela en relación a la causa del llamado incesante y continuo al dispositivo. Una pregunta simple que muchas veces en estos casos damos por supuesta aferrándonos del saber construido en tantas comunicaciones. Mirta responde ubicando la importancia que representa para ella que haya alguien del otro lado de la línea que recepcione y escuche su padecimiento, y que le sirven los "consejos" que le brindamos. Aún así continúa negándose a una intervención que articule con dispositivos de salud mental para su evaluación.

Vanesa es una paciente de 48 años que se comunica desde finales del año 2020, iniciando con una frecuencia de una vez por mes y progresivamente aumentando sus llamados a varias veces en una misma semana hasta hace aproximadamente un mes que dejó de llamar.

Su problemática al inicio giraba en torno a la conflictiva vincular con su hermana y se escuchaba cierta dificultad para afrontar la maldad que aseguraba de su parte. Su discurso y posición eran de un estilo pueril y muy padeciente respecto a no saber cómo actuar porque todo lo que podía hacer en su vida estaba obstaculizado por los manejos maliciosos de su hermana. Con el correr de los llamados, comenzó a aparecer un pedido de ayuda respecto a una pareja que llama "casual", según sus dichos, dado que la relación era "para tener relaciones sexuales porque era un hombre casado". En sus llamados desplegaba una y otra vez la insistencia de una duda acerca de hablarle cuando tenía ganas de verlo y el temor de provocar en él cierto hartazgo por hacerle esta propuesta continuamente. En el transcurrir de varias discusiones con su parteneire sexual, accedió a tener relaciones sexuales pero insistia de su parte la necesidad de "hacerlo con protocolo". Su angustia se relacionaba con el miedo a contagiarse pero a la vez también el miedo a perder el contacto con el hombre. Su posición discursiva rodeaba en pedir consejos acerca de qué hacer, como si hubiera una pérdida de referencias en relación al encuentro con un hombre. Cuando se intentaba abrir y desarmar estos significantes coagulados, volvía sobre lo mismo. Se lee desde el equipo cierta invención en relación a su respuesta sobre "los protocolos" por lo que se decide intervenir en la línea de sostenerlos. Frente a nuestros intentos de respuesta Vanesa continuaba sin alivio, presentando la situación en idénticas coordenadas. En el último llamado que realizó al dispositivo, se interviene desde la imposibilidad de brindar una respuesta que colme sus inquietudes, posicionadas

desde un lugar amable sostenido en el no saber cómo ayudarla frente a esa encrucijada. Esto genera un efecto sorpresa para Vanesa. Además, se le hizo una invitación a hacer uso de todo lo que ya se había señalado en llamados anteriores y lo que ella había podido ir haciendo en las situaciones que fue planteando, ubicando siempre también el lugar del conflicto como un escenario propio de la vida. Luego de esta intervención Vanesa no ha vuelto a hacer uso del dispositivo.

¿Responder a los llamados?

Consideramos que podrían desprenderse de estas dos situaciones singulares que planteamos un rasgo común que es en relación a la demanda y a la insistencia de un relato que se presenta siempre igual, como si cada llamado fuese la primera vez, pese a los intentos de modulación por parte de los equipos intervinientes.

Resuena constantemente que la presentación discursiva hace eco de un circuito pulsional sin fin que vuelve siempre al mismo lugar, en el cual no cesan de llamar pero al siguiente llamado no han torcido nada de su discurso, ni han tomado ninguna intervención brindada, siendo una descarga inagotable. En este punto es necesario señalar el efecto que esto tiene en quienes estamos "intentando responder" al ser testigos de que, en ocasiones, como en el caso de Mirta, se evaluaba que había un empeoramiento sintomático. En el caso de Vanesa, continuaba con su pensamiento rumiativo y, aún cuando se la remitía a trabajar sus problemáticas en su tratamiento ambulatorio, nos preguntamos qué podía ofrecer el dispositivo y qué función tendría para ella llamar de manera recurrente.

Un intento de respuesta

En virtud del intento de articular alguna respuesta a la complejidad de los casos previamente planteados y los interrogantes a los que nos hemos confrontado en nuestra praxis, queremos situar en primer lugar esta modalidad en que la demanda se presenta en sí misma como lo sintomático. En este punto es necesario realizar entonces una diferencia entre un dispositivo de contención y orientación que puede tener efectos terapéuticos y un dispositivo de tratamiento en donde, además, se apunta a dar tratamiento al síntoma. Podríamos afirmar que en ambas situaciones clínicas lo que se puede leer son ciertos efectos terapéuticos como apaciguamiento del malestar subjetivo, aunque lo sintomático continuará insistiendo en cada llamado.

Respecto a los efectos terapéuticos ubicamos la vertiente de la función catártica de la palabra como posibilitadora de una descarga que produce un alivio del malestar a condición de que haya un Otro disponible en la escucha. Es posible hacer una lectura a pre coup de que las intervenciones en los casos de Mirta y Vanesa apuntaron a alojar este uso de la palabra y a proponer una regulación pautando un ritmo, un compás, una organización al desborde inicial. Es decir, posibilitar el pasaje de un grito sin Otro a un llamado que se produce entre el sujeto y el Otro.

Respecto de la función del Otro que espera, escucha y acompaña en posición de testigo interesado en atender, es preciso destacar que es en el lazo al Otro en que el sujeto se constituye y busca ilusoriamente encontrar una respuesta y garantía en relación a las preguntas generadas ante el malestar. En este punto es necesario responder allí desde el lugar del no-todo y apostando a que en el texto es donde hay efecto sujeto. Estas coordenadas nos permiten pensar que algo deja marca en los llamados como los de Mirta y Vanesa cuando, por ejemplo, Mirta menciona que "le sirve" escucharnos y que necesita "consejos". También podríamos pensar que en ocasión de que un paciente haya dejado de llamar o disminuye la frecuencia en sus llamados, podría estar relacionado a que algo pudo acotarse de su demanda incesante de suponer que el Otro tiene las garantías.

Nos orienta en este sentido lo que plantea Ulloa, tomando el discurso del psicoanálisis como una herramienta posible de intervención en términos de oficio: "[...] Un oficio que busca apoyo no tanto en lo instituido sino en la singularidad de lo que se va instituyendo sobre la marcha [...] No se trata de andar improvisando lo que ya está hecho, pero cuando se trabaja con la gente y se quiere preservar la singularidad de cada uno, es más necesaria la creatividad que oficia que la regularidad que profesa [...]" (Ulloa, 1995, p.150).

Reflexiones finales

Como conclusión constatamos en estos llamados que la existencia de un Otro como destinatario del mensaje alivia, rescata del desamparo. Lacan en el Seminario 3 nos enseña acerca del destinatario del mensaje, tomamos sus palabras en este punto cuando enuncia que "hablar es ante todo hablar a otros" (Lacan,1956,p.58) y subrayamos la importancia de poder narrar y construir una escena posible de ser vivida.

Además, valoramos especialmente la idea de que puede haber efectos terapéuticos en diversos dispositivos de atención si se está disponible desde una escucha atenta a la singularidad y advertida de los alcances que como lugar Otro pueden ofrecerse a las personas que se comunican. En este caso nuestra función adquiere el valor de un nexo, de un Otro que orienta y esto tiene un efecto ordenador que apareja un alivio innegable frente a la desidia. Que haya un Otro destinatario del mensaje creemos que es algo tan decisivo como estructurante.

Bibliografía

Lacan, J. (1955-56) El Seminario, Libro 3: "Las Psicosis". Buenos Aires: Paidós, 1984.
Lacan, J. (2010) El seminario, Libro 11: "Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis". Editorial Paidos. Buenos Aires.
Rovere, M. (1999). Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
Rubinstein, A. (2009). EFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOANALÍTICA EN ÁMBITOS INSTITUCIONALES. Anuario de Investigaciones, vol. XVI, 2009, pp. 147-156. Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina
Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012) Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. En Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría.
Stolkiner, A. (2013) ¿Qué es escuchar un niño?: Escucha y hospitalidad en el cuidado en salud. En "La Patologización de la Infancia". Ed Noveduc, 2013.
Ulloa, F. (1995). La difícil relación del psicoanálisis con la no menos difícil circunstancia de la Salud Mental. En Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica. Buenos Aires: Paidós.

APORTES DE LXS PSICOANALISTAS AL EQUIPO DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Ana Cecilia Canal [A]

En este escrito abordaré acerca de posibles aportes de lxs psicoanalistas al equipo de salud en el primer nivel de atención. Para ello, partiré de mi rotación de Atención Primaria de la Salud en el marco de la residencia en Psicología Clínica de CABA en un Centro de Salud de la ciudad en 2019. La entrada al primer nivel de atención, con foco en la APS y salud integral, invita a la "Salida al territorio". En el escrito, intentaré esbozar alguna respuesta respecto qué puede ofrecer la presencia de unx psicoanalista al equipo de salud en el primer nivel de atención.

Estar disponibles y apuesta al lazo social

Era enero y con el equipo territorial comenzábamos la recorrida en el barrio para identificar y reducir los focos de dengue. Con folletería estudiada, salimos en equipo interdisciplinario y nos dividimos en duplas por manzanas, para cubrir más superficie. Mientras, resonaban en mi cabeza las eternas discusiones entre residentes: "*¿Por qué tiene que haber unx psiquiatra/psicólogx haciendo eso?".*

A veces no respondía nadie, y cuando lo hacían solían ser mujeres. Algunas se asomaban tímidamente detrás de una ranura la ventana, otras abrían la puerta y agradecían la información. A veces nos invitaron a pasar y aprovechábamos a confirmar si sabían dónde quedaba el Cesac, qué atención se oferta allí y relevar rápidamente si había alguna necesidad de salud del grupo fa-

[A] Psicóloga UBA- Psicóloga Clínica con Residencia en el Hospital Piñero. CABA. Argentina. anacanal28@gmail.com

miliar que se pudiera acompañar con los recursos disponibles. Me quedé pensando acerca de aquella intervención, tendiente a promover y facilitar el acceso al derecho a la salud. Mitre, releyendo a Lacan en su Seminario 7, nos recuerda que "*Hacer las cosas en nombre del bien, y más aún, en nombre del bien del otro pueden conducir a lo peor. Pero hoy favorecer el lazo comunitario se torna muchas veces indispensable"*. (Mitre, 2018, p.15) En un contexto en que las barreras para el acceso se multiplican y el resultado es la segregación, la apuesta psicoanalítica por el lazo social parece un aporte al equipo interdisciplinario de salud. había tenido dengue el año pasado, atendiéndose en el hospital de referencia. Nos contó que su hija había sufrido bastante con los síntomas y toda la familia se había preocupado mucho al respecto y especialmente porque no sabían de dónde provenía el foco, no pudiendo eliminarlo. Su casa y su barrio se habían vuelto en un lugar amenazante para toda la familia y especialmente para la salud de su hija, por la posibilidad de re-infección. Alejandra agradeció mucho la recorrida del Cesac. Le aliviaba encontrarse con que no era sólo una preocupación de su familia, había alguien más allí siguiendo el tema y ocupándose. Me quede pensando en o que puede aportar unx psicoanalista disponible a la escucha, en una recorrido por el dengue o del tema que sea. No se trata del fantasma de "invertir la demanda" que nos asedia a lxs practicantes, sino de acercarnos, constituirnos como un Otro allí, aportar presencia y escucha. Ese es el primer paso para que alguien pueda pedir/demandar algo, y entonces hablamos de hacer lazo.

La posición analítica horadando los saberes técnicos

El Grupo de Crianza que funciona en el Cesac, sigue el lineamiento de "Salud mental en el primer nivel de atención de CABA: Responsabilidades y alcances", el cual propone la crianza como temática que hace a las etapas vitales y se recomienda abordar, si bien no especifica cómo. Este equipo tenía su modo particular de hacer. Estaba conformado por Psicóloga, Trabajadoras Sociales, Medica Generalista, Pediatras, Terapista Ocupacional y Promotoras de salud y desarrollaba encuentros con cuidadorxs de niñxs usuarixs del Cesac o encuentros con instituciones de la zona vinculadas a las niñeces y crianzas (Centro de Primera Infancia (CPI), escuela primaria, centro educativo terapéutico). Los pedidos que recibía el equipo podían ser de lo más diversos. Me detendré en aquel de la directora del primer ciclo de una primaria de la zona: "Den un taller de que las mamás tienen que cortarle las uñas a lxs nenxs para que no haya rasguños". El equipo de lastimadxs; pero también se escuchó en su decir una institución escolar que ante un no saber qué hacer, terminaba habilitando y reproduciendo decires segregativos hacia niñxs y/o cuidadorxs. La propuesta del equipo fue realizar un encuentro de cuidadorxs. A partir de una convocatoria ligada a "las dificultades en la puesta de límites", se pudo armar una conversación entre lxs asistentes. Ellxs al inicio planteaban: "Claro, acá estamos los 6 que venimos siempre que somos los que los nenes se portan bien, y el resto nunca aparecen". Se pudo problematizar acerca de las diferencia de disponibilidad de lxs adultxs en los cuidados, la diferencia en la distribución de tareas entre madres, padres y redes de cuidadorxs en cada caso. Finalmente, cada unx de lxs presentes fue planteando alguna dificultad propia para llevar adelante la función de cuidadorx, y allí aparecían los silencios, las afectaciones en el cuerpo. Algo de lo real fue tocado allí. Hacia el final del encuentro, ese grupo construyó un "no es fácil" y "nadie te enseña a ser mamá/papá". Esto pudo ser dicho y escuchado allí, con el valor singular que adquiría para cada unx. Algo del "notodo" se pudo introducir y soportar en el encuentro. Creo que el equipo de crianza, en ese encuentro con lxs cuidadorxs, logró cierto efecto de bordear lo insoportable y de hacer algo más soportable lo diferente, lo diverso, lo incierto. "*Que el discurso analítico pueda recordar los imposibles y los impasses estructurales, para ayudar a que puedan surgir experiencias advertidas de la deriva mortífera del Ideal."* (Mitre, 2018, p.15) Cabe destacar que la posición analítica no era exclusiva de la psicóloga, sino que ésta se sostenía en el equipo, quien pudiera estar analista allí cada vez. Finalizado el taller, se le transmitió a la directora el devenir del taller y los afectos/efectos recogidos allí. Escuchó con asombro e interés. El equipo también le señaló la importancia de haber pesquisado cierta necesidad y oportunidad de articular con el Cesac. Aleman recuerda que "*Podemos*

*ser muchos, pero eso no borra el vacío de cada uno, no borra el "no hay", y a la vez genera una trama colectiva." (*Alemán, 2013, p.34). Propone "*no a que sea una experiencia que dé ilusión de colmar el vacío, sino que dé posibilidad de afrontarlo y sobrellevarlo de la manera más digna posible."* (Alemán, 2013, p.34).

Una ocasión de encuentro

En el encuentro de fin de año del Grupo de Crianza, entre la sopa paraguaya y la limonada que se compartía entre cuidadorxs, también circulaban historias. Ese día, ante la usual invitación a la conversación, Claudia comentó: "*Al final nos mudamos a la nueva casa, es grande, nueva, linda. Pero nos llamamos y ya no nos escuchamos como antes. Antes estábamos todos ahí, ahora no".* Claudia contaba con extrañeza del nuevo espacio a habitar y la distribución de los cuerpos, las voces… Comentamos el tiempo que llevaría al grupo familiar habituarse a los nuevos espacios y lugares y silencios que ofrecía la nueva vivienda. Se escuchaba que algo se había perdido con el cambio, y le preguntamos por la historia de la casa en que vivían antes. "*Era muy chiquita pero con mi marido pusimos los ladrillos con nuestras manos, la hicimos nosotros. Ahora la tiraron y quedaron los escombros".* Así, Claudia logró circunscribir algo de su malestar, poniéndolo en palabras. Resaltamos la importancia de la historia de aquella primera casa, y en el grupo enseguida le preguntaron si tenía fotos. Luego surgió la inquietud respecto de si se habían despedido de alguna manera especial. ¡Eso a Claudia y su familia no se les había ocurrido! pero le parecía una buena idea. Mitre afirma: "*Muchas veces son necesarios dispositivos que puedan ayudar a los sujetos a tejer una trama simbólica..."* (Mitre, 2018, p.17) En el barrio circulaba que tener la oportunidad de mudarse a uno de los departamentos nuevos era un privilegio. Pero Claudia, en el Grupo de Crianza, pudo contar su experiencia singular. Ese decir fue alojado por el grupo, sostenido por una coordinación atenta a ir a contrapelo de la homogeneización, y apostando a la apertura de sentidos. El dispositivo disponía el intercambio de saberes, de objetos, de palabras, de miradas, de escuchas. Poner en tramitarse y la elaboración de un pequeño ritual familiar para poder perder.

Comentarios finales

Habiendo caminado calles y pasillos cercanos al Cesac, ¿conocí efectivamente el territorio? No, apenas conocí algo del lugar. Spinelli (2016), tomando aportes de la geografía crítica, diferencia entre lugar y territorio. El lugar es la ubicación geográfica de las personas en un tiempo determinado. En cambio, el territorio se articula en términos de proceso, de construcción social en un devenir histórico. Se trata de una "*'trama laberíntica' propia de lo social, atravesada por dimensiones económico-políticas e ideológicas-culturales"* (Spinelli, 2016, p.160) y debe reconocerse como *"espacio relacional-simbólico, en el que actúan capitales y campos que se crean y recrean y pueden excederlo".* Por otro lado, la lógica de redes permite introducir la dimensión activa del sujeto y relaciones de poder, permite pensar los lazos internos y externos, más allá de los límites de grupos y lugares. Rovere (1999) incluso afirma que la representación de redes tiende a desarticular la concepción más territorial. ¿Tenemos lxs psicoanalistas algo que aportar a esta perspectiva del equipo de salud? Pienso que sí. Considero que es un desafío que lxs psicoanalistas podemos asumir. A partir de mi rotación de Atención Primaria de la Salud en el marco de la residencia en Psicología Clínica, tuve la oportunidad de "Salir al territorio" y adentrarme en la lógica de la APS y salud integral. Esto supuso para mi salir de la comodidad de las "cajitas" hospitalarias (psicopatológicas, por servicios, por disciplina), en que siendo psicoanalista solía acomodarme. Logré encontrarme con situaciones clínicas "nuevas", en tanto "llegan" distinto, son leídas con otras coordenadas y se responden de diversas maneras también. Resulta indudable que las instituciones formatean los pedidos y los temas que nos llegan. También me quedo pensando de qué se trata "Salir al territorio", sino salir de los espacios y formatos propios para ir al encuentro de lo diverso. Las posibilidades que ofrece la conformación de equipos de trabajo del Cesac habilita la diversidad. "*Saber y sostener en acto que no todo es psicoanálisis es lo que permite que el psicoanálisis tenga su lugar."* (Mitre, 2018 ,p.33) Sin dudas, ha sido para mí ocasión de gran aprendizaje y una invitación a la creación y la invención para pensar aportes de lx psicoanalista al equipo de salud. Me

quedo pensando en lo interesante de articular con instituciones para trabajar en red, pero saber que la red no puede terminar ahí. Sigue habiendo personas que no lograron armar ese lazo con otrxs, y quedan por fuera una y otra vez de las instituciones, sumando vulnerabilidades (a muchxs lxs conocemos cuando llegan por urgencias, presentando riesgo… ¿sólo así aparecen las instituciones para algunxs?). Y vuelvo sobre el valor de las recorridas y postas en la calle, para salir al encuentro, a sostener que hay tiempo. Y especialmente el valor del cada unx, cada vez. Atentxs a no ceder ante los cierres de sentido homogeneizantes y segregativos.

Fuentes
-Alemán, J (2013) Conjeturas sobre una izquierda lacaniana. Bs. As. Grama ediciones. 2013.
-Bang, C; Stolkiner, A. (2012) Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. En Ciencia, Docencia y Tecnología. Año XXIV. N46. Mayo de 2013.
-Comes, Y. ; Solitario, R. ; Garbus, P, ; Mauro, M. ; Czerniecki, S. ; Vázquez, A. ; Sotelo,
R. ; Stolkiner, A. (2006) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre la población y servicios. Facultad de Psicología -UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones / volumen XIV / Año 2006
-De la Aldea, E. (2016) Sobre el trabajo comunitario. Alguna idas básicas sobre APS y otras… Bs As, 2016.
-Mitre, J. (2018) El analista y lo social. Bs As. Grama Ediciones. 2018. -Rovere, M. (1999) Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario. Ed: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
-"Salud mental en el primer nivel de atención de CABA: Responsabilidades y alcances", Mesa de Trabajo para Fortalecer el trabajo en salud mental en el primer nivel de atención en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, CABA, 2016.
-Spinelli (2016) Volver a pensar en salud: programas y territorios. En Salud colectiva. Universidad Nacional de Lanús. 2016.
-Ulloa, F. (2007). Entrevista a Fernando Ulloa en Cuadernos de campo 2. Pequeñas anécdotas sobre las instituciones. Campo Grupal. Publicación de Año 1 • Nº 2 • Octubre de 2007

EXTERNACIONES EN TIEMPOS DE EMERGENCIA SANITARIAS: ¿NUEVOS INTERROGANTES POSIBLES?

Alejandro Audino [A], G. Vanina Di Modica [B], Daiana Grunevald [C], Gabriela Ippolito [D], Gonzalo Pacheco Serna [E]

Introducción

Se trata de una producción teórica sobre los procesos de externación de usuarios internados por padecimientos de salud mental en una sala de un hospital monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el actual contexto de emergencia sanitaria por la pandemia de Covid-19.

Específicamente se pretendió ubicar cuales son las limitaciones con las que se encuentran los profesionales al momento de planificar las externaciones teniendo en cuenta las restricciones sociales implementadas a raíz de la pandemia y cuales son las limitaciones que responden a los principios de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) y sus alcances.

Marco teórico

I. Covid-19

El 11 de Marzo de 2020 la Organización de la Salud (OMS) declaró el estado de pandemia por

[A] Licenciado en psicología, Universidad del Salvador, concurrente de psicología clínica, del hospital Santojanni. CABA. Argentina. audinoalejandro@gmail.com
[B] Licenciada en Trabajo Social, Universidad del Museo Social Argentino. Trabajadora Social Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José Tiburcio Borda. CABA. Argentina. vanina.dimodica@yahoo.com.ar
[C] Licenciada en Psicología. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Concurrencia en Psicología clínica. Hospital José Tiburcio Borda. CABA. Argentina. day.grunevald@gmail.com
[D] Médica, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina en Psiquiatría. Hospital José Tiburcio Borda. CABA. Argentina. gabrielaippp@gmail.com
[E] Licenciado en Psicología. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Concurrencia en Psicología clínica. Hospital José Tiburcio Borda.CABA. Argentina. gonzalopachecoserna@gmail.com

el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Luego de esta declaración y de la propagación del virus en el territorio nacional, mediante el decreto 260/201 se dispuso la ampliación de la emergencia pública sanitaria en Argentina, establecida por la Ley N° 27.5412 que se prorrogó mediante Decreto 167/20213 hasta el 31 de diciembre de 2021.

Las medidas de restricción social (cuarentena y sus fases), el distanciamiento ciudadano, el uso de tapabocas, la higiene de manos y el proceso de vacunación son las formas que ha adoptado el mundo como estrategias de cuidado colectivo y de no propagación del virus. Específicamente, las vacunas contra la COVID-19 constituyen la estrategia de prevención primaria para poder contrarrestar las consecuencias sanitarias y socio económicas devenidas de la pandemia, es decir, contar con la mayor cantidad de personas vacunadas permitirá reducir la incidencia de la enfermedad, las hospitalizaciones y las muertes producto de esta enfermedad, ayudando a restablecer de manera gradual una nueva normalidad de funcionamiento en nuestro país y el resto del mundo.

En el efector de salud donde realizamos nuestra actividad se adoptaron las siguientes medidas: promover las altas de aquellos usuarios que tengan criterio y cuenten con referentes familiares y sociales; facilitar comunicación telefónica con familiares y amigos; se restringen los permisos de salida de los usuarios internados; se restringe el ingreso al hospital de familiares, amigos y acompañantes terapéuticos de los usuarios internados; aquellos usuarios que abandonen el hospital voluntariamente, sólo será aceptado su reingreso, si las admisiones contarán con disponibilidad de camas y deberán realizar el aislamiento correspondiente.

II. Lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sancionada en el año 2010 tiene por objeto la protección de la salud mental y los derechos humanos de todas las personas que se encuentran en el territorio nacional, concibiendo a las personas usuarias del sistema de salud como sujetos plenos de derechos y ubicando al Estado como garante de los mismos.

En relación a promover el desarrollo de dispositivos, el Artículo 11 establece que las consultas deberían ser ambulatorias, tendrían que haber servicios de inclusión social y laboral para los usuarios después del alta institucional, atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares/comunitarios; como también servicios para la promoción y prevención en salud mental.

Las externaciones son facultad del Equipo de Salud interviniente y según el Artículo 23, el mismo está obligado a externar a la persona o transformar su internación en voluntaria apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente, quedando exceptuadas aquellas internaciones realizadas en el marco previsto en el Artículo 34 del Código Penal.

Una externación sustentable debe planificarse en torno a la garantía de derechos:

- El cuidado como un derecho fundamental para darle sostenibilidad a la salud y a la vida cotidiana, (CELS, 2015:18). La lógica del cuidado implica distribuir las cargas de esa atención en distintas esferas, como la provisión pública, el mercado, el hogar y la comunidad.
- Es necesario continuar trabajando sobre la capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental y su acceso a la justicia.
- Una verdadera articulación con la cartera ministerial que permita garantizar una vivienda digna, en los procesos de externación.
- Recuperar y/o desarrollar habilidades laborales que posibiliten una real inserción en el mundo laboral con una remuneración digna.

III. Instituciones manicomiales o cómo se vulneran los derechos humanos y se obstaculizan los procesos de externación

Las instituciones monovalentes son espacios donde se menoscaba la autonomía, las oportunidades de desarrollo individual y genera la ruptura de lazos sociales de los usuarios con su medio social y comunitario, dificultando los procesos de externación.

Derecho a la Salud

"En la Argentina, la situación de las personas en proceso de externación muestra con toda crudeza los efectos de la prevalencia de políticas nacionales y jurisdiccionales centradas en mantener la institución manicomial", (CELS, 2015:43). La cita anterior nos permite ubicar que la vulneración del derecho a la salud se presentifica en la ausencia de una respuesta integral del sistema de salud y la imposibilidad de descentralizar la atención en salud mental de los efectores monovalentes.

La superior asignación presupuestaria a los hospitales monovalentes dentro del presupuesto de la Ciudad de Buenos Aires va en detrimento a los dispositivos ambulatorios y de los programas que apuntan a la reinserción en la comunidad.

Sobre la capacidad jurídica y acceso a la justicia

Con respecto a la capacidad jurídica y el acceso a la justicia como un derecho, las lógicas manicomiales obstaculizan su debido acceso cuando no fomentan, de manera prioritaria, el contacto directo y corriente entre la persona institucionalizada y el juzgado correspondiente. El contacto con los funcionarios judiciales se ve mediatizado por los equipos interdisciplinarios quienes manejan la información y las consideraciones de los tratamientos aún en aquellos procesos de externación consolidados, lo que contribuye a la dependencia de los usuarios con la Institución y cuestiones ajenas a sus funciones específicas.

La voz de las personas con padecimientos mentales se desestima en los procesos judiciales donde continúa existiendo el prejuicio sobre la locura y su no capacidad jurídica, tampoco se arbitran los medios necesarios para garantizar el cumplimiento de los procesos contribuyendo así a la cronificación institucional.

La intimidad y la vida sexual entre los muros.

La división primaria de los hospitales monovalentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires agrupa a los usuarios según el sexo biológico. Es decir, encontramos una primera e histórica clasificación que obedece a criterios heteronormativos (se da por supuesto la heterosexualidad de los usuarios) arremetiendo a una segregación que impide un contacto sexoafectivo entre los mismos. No hay lugar para las prácticas sexuales en la locura y este "no lugar" obedece a la asunción de incapacidad de estas personas respecto de la reproducción y la crianza. Derecho a la vivienda, al trabajo y a la seguridad social. El derecho a la vivienda de todas aquellas personas que se encuentran transitando por un proceso de externación debe ser garantizado por políticas públicas acordes al espíritu de la LNSM es decir, políticas de desmanicomialización que tengan en cuenta diferentes dimensiones para garantizar el derecho a la vivienda digna: libre elección, seguridad en la tenencia, disponibilidad de servicios, facilidades, infraestructura y condiciones de habitabilidad, gastos razonables con respecto al ingreso, acceso sostenible y ubicación adecuada.

Es necesario visibilizar el mecanismo de las lógicas tutelares y la continua violación al derecho a la vivienda digna a través de la potestad que se arrogan los Equipos de Profesionales tratantes al momento de elegir la vivienda en los procesos de externación.

A pesar de que existen normativas nacionales e internacionales que regulan el derecho al trabajo de las personas con discapacidad psicosocial y establecen ciertos requisitos para garantizar la igualdad de oportunidades, los prejuicios sobre estas personas y sus aptitudes para el trabajo continúan operando como motivos para la exclusión.

Conclusión

Hoy nos encontramos atravesando la peor crisis sanitaria que vivió nuestro pueblo argentino en un contexto global de emergencia. Todas las medidas adoptadas por parte de los estados destinadas al control de la pandemia y al cuidado de los pueblos parecieran no ser suficientes en la vertiginosidad viral y con las campañas políticas que buscan desestabilizar al poder de turno a costa de la vida de miles de personas.

El trabajo interdisciplinario en los efectores de salud y el lugar que ocupan los talleres de rehabilitación para las personas con padecimientos de salud mental constituyen unos de los avances

conquistados a través de la LNSM. Encontramos profesionales que piensan la práctica clínica desde la interdisciplinariedad y conciben al usuario que recibe atención como un sujeto pleno de derechos. Es necesario continuar profundizando en la construcción de procesos participativos con actores comunitarios y en la articulación con una cartera ministerial que permita superar los obstáculos político-financieros, técnico-corporativos e ideológicos para avanzar en la desmanicomialización del sistema de salud mental.

No se pueden desconocer las limitaciones que encontramos en la planificación de las externaciones de usuarios internados por padecimientos de salud mental producto de la pandemia por la Covid-19. Las mismas se revelan en las medidas sanitarias adoptadas por las instituciones de salud mental y aquellas tomadas por el conjunto de la ciudadanía: la falta de permisos de salida, la suspensión de actividades grupales en talleres, la prohibición del ingreso de los acompañantes terapéuticos al hospital, la restricción de visitas de amigos y familiares, la falta de turnos para atención ambulatorias en dispositivos intermedios y la no habilitación de pensiones y hoteles para recibir nuevos huéspedes, son algunas de las limitaciones que observamos en la cotidianeidad del trabajo de externación.

La emergencia sanitaria actual nos habilita a reforzar el trabajo comunitario superando la lógica hospitalocéntrica. Los efectores de salud, especialmente el tercer nivel de atención, se encuentra asistiendo la demanda de personas con Covid-19, dejando para los dispositivos comunitarios la atención de otras problemáticas de salud. Pareciera ser que encontramos en esta crisis mundial, una oportunidad para conseguir el triunfo de la salud mental con la desaparición de su campo como campo aislado y su integración a un sistema de salud integral más igualitario, amoroso, inserto en la comunidad, con lógicas de cuidado y perspectiva de género.

Bibliografía

Centro de Estudios Legales y Sociales, (2015). Cruzar el muro. Recuperado el 13 de mayo de 2020. De https://www.cels.org.ar/web/.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Boletín Oficial N° 32649, República Argentina, 28 de Mayo de 2013.

Rey, M. (2018). Reflexiones a cinco años de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Buenos Aires: [s.n]

Stolkiner, A. (2015a). Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano. En Jaime LLambías-Wolff. La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas, (1a.ed.). Chile: RIL editores.

LA EXPERIENCIA DE DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: UN ENTRECRUZAMIENTO POSIBLE ENTRE PSICOANÁLISIS Y CUIDADOS PALIATIVOS

Maria de los Milagros Di Donato [A], Ana Muriel Balmaseda [B]

Introducción

El presente trabajo intentará dar respuesta a interrogantes que han surgido a partir del trabajo en un servicio de cuidados paliativos con pacientes oncológicos. Los cuidados paliativos consisten en la asistencia activa e integral de las personas con enfermedades potencialmente amenazantes para la vida y de sus familias. A través del trabajo interdisciplinario buscan brindar alivio al dolor

[A] *Lic. en Psicología UBA. Residente de Cuidados Paliativos en Hospital Udaondo. Ex residente de psicología clínica en Hospital de Clínicas UBA. Docente de Psicoanálisis - Facultad de Psicología UBA. CABA. Argentina. mili-didonato@hotmail.com*

[B] *Lic. en Psicología UBA. Residente de posbásica en Cuidados Paliativos en Hospital Udaondo. Ex residente de psicología clínica en Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. CABA. Argentina. murielbalmaseda@gmail.com*

y otros síntomas que pueden presentarse, y acompañar los procesos de afrontamiento y adaptación a las limitaciones que impone la enfermedad.

En esta ocasión haremos hincapié en lo que respecta al abordaje del dolor. Si bien, en tanto síntoma físico, requiere necesariamente de la evaluación médica y el tratamiento farmacológico; también el trabajo interdisciplinario se vuelve una pieza clave para una lectura y un abordaje integral que entienda al dolor como una experiencia que trastoca al paciente en otras dimensiones que exceden e inciden en la dimensión física. Como psicólogxs, entonces, somos convocados a trabajar también con ello.

Partiremos de un recorte clínico para luego realizar una revisión bibliográfica que tome, por un lado, los desarrollos respecto del dolor desde los cuidados paliativos y por otro algunas referencias freudianas, apostando a un entrecruzamiento posible entre ambos discursos.

Caso F.

F. de 55 años de edad, tiene diagnóstico de cáncer de páncreas con metástasis hepáticas y carcinomatosis peritoneal. Se encuentra en seguimiento por nuestro equipo para control de síntomas. Cuando se le informa que no continuará con tratamiento onco-específico comienza a consultar reiteradamente al equipo por dolor no controlado y ansiedad concomitante. Se ubica que por el dolor y la debilidad, F. ya no puede sostener su actividad laboral como encargado de un hogar de niños. F. vive en esta institución desde pequeño y siempre se dedicó a su cuidado. Si bien se le propone trabajar sobre dicha pérdida esto no era posible ya que F. siempre asistía a las entrevistas con dolor. Dada la persistencia del síntoma se decide la internación en la unidad de Cuidados Paliativos. Durante la misma se logra un rápido control sintomático con mínimos ajustes en la analgesia, pero al volver al hogar, reaparece rápidamente el dolor. Esta secuencia se repite en varias ocasiones a lo largo de su seguimiento.

Vemos en este caso, como en tantos otros con presentaciones similares, que somos convocados como psicoanalistas a pensar un abordaje más integral de aquello que se pone en juego en los síntomas. En F. dolor e impacto emocional frente a la suspensión del tratamiento y a la dificultad para sostener su trabajo de toda la vida parecieran encontrarse profundamente imbricados.

Abordaje del dolor desde los Cuidados Paliativos

Desde los inicios de los cuidados paliativos se ha planteado la importancia de comprender al dolor como una experiencia multidimensional. Es decir que el dolor no se trata solamente de un fenómeno físico sino que es una experiencia que implica y afecta al paciente como un todo.

Cicely Saunders, pionera de los cuidados paliativos, acuñó el concepto *"dolor total"* para dar cuenta de la particularidad de dicho síntoma en pacientes oncológicos terminales. Para Saunders, la experiencia de dolor implica varias dimensiones: física, social, emocional y espiritual.

Siguiendo lo propuesto por la autora, para pensar en el correcto abordaje del dolor es necesario trabajar todas las dimensiones afectadas. Ahora bien, ¿Qué implican estas otras dimensiones? La social nombra a lo que queda afectado del rol social a partir de la enfermedad, la pérdida del lugar laboral o del rol familiar. La emocional implica aquellas respuestas emocionales a partir de la vivencia de enfermedad. Por ejemplo, el impacto frente al diagnóstico o frente a la alteración de la imagen corporal, el enojo o la frustración frente al fracaso de los tratamientos y avance de la enfermedad, la desesperanza o el miedo a la muerte. Finalmente, la espiritual incluye aquellas preguntas y reflexiones del paciente en torno al sentido de la vida, sus experiencias, sus creencias y el sentido de trascendencia. De este modo, el concepto de *"dolor total"* sienta el antecedente que permite afirmar que resulta primordial atender a la experiencia singular del paciente que padece dolor en el contexto de una enfermedad terminal.

Actualmente para la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP), el dolor es *"una experiencia angustiosa asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales"* (IASP, 2016). Podemos ver que continúa vigente el hecho de considerar al dolor como una experiencia que implica tener en cuenta para su tratamiento las particularidades de cada paciente.

Según Martin y Zarazaga (2009), el grado en que el malestar emocional asociado a una enfermedad terminal es vivido como sufrimiento, estará mediado por la valoración subjetiva que hace el paciente de su situación y de los recursos con los que cuenta para afrontarla.

La relación entre dolor y sufrimiento vendría condicionada por la carga emocional negativa del dolor. Es decir, que *"no son los síntomas los que causan sufrimiento sino la valoración de la intensidad de la amenaza, es decir, el significado más o menos funesto que la persona atribuye al síntoma".* (p. 232)

En esta misma línea Margarita Gonzalez (2014), plantea que el miedo constituye el factor regulador de las emociones en relación al dolor y se desarrolla a partir de una interpretación del dolor como amenaza que lleva al paciente a procesos de hipervigilancia de su cuerpo. Asimismo, para Astudillo et al. (1994), la persistencia del dolor recuerda al paciente su condición y no sólo le abruma por el sufrimiento inmediato que le causa sino también por la sensación de amenaza e impotencia sobre el futuro.

Reinaldo Bustos Dominguez (2008), en "Antropología del dolor", se sirve de los aportes de Le Breton para pensar la particularidad de la experiencia de dolor. Para estos autores el hombre sano vive en un equilibrio físico-mental que no impone ningún obstáculo entre sus proyectos y el mundo circundante. Cuando hay dolor, el cuerpo se presenta como extraño y rompe esta armónica unidad: "*la lesión, el daño de una función, se impone penosamente a la conciencia del individuo, decrece todo interés por los otros, el individuo se repliega (…) Todo dolor, incluso el más leve, induce una metamorfosis en el sujeto, nos revela nuestra impotencia y nuestra fragilidad, no solo altera la relación del hombre con su cuerpo, sino que invade más allá: contamina la relación total del hombre con su mundo".* (p. 108-109)

Juan Pedro Alonso (2008), también piensa el impacto del dolor desde una perspectiva antropológica y plantea, sirviéndose de otros autores, a la enfermedad y al dolor como puntos de quiebre en la vida cotidiana de quien lo padece. En su desarrollo plantea que el malestar físico da visibilidad al cuerpo silenciado en la vida cotidiana, convirtiéndose en un aspecto central de la experiencia y constituyéndose como foco de incertidumbre. Así el cuerpo atravesado por la amenaza de la enfermedad y la propia muerte interpela e interroga a quien padece.

Algunos aportes desde el psicoanálisis

Ya desde los inicios del psicoanálisis, desde "Los estudios sobre la histeria" (1895), Freud junto a su maestro Breuer se abocan al estudio de los fenómenos histéricos: síntomas en el cuerpo, muchas veces acompañados por dolor para los cuales ubican un sentido enigmático a descifrar. Estos síntomas, que escapaban a las capacidades de explicación y abordaje por parte de la medicina de la época, eran descartados por el discurso médico. Pero Freud no se detiene frente a dicho límite, con el descubrimiento del inconsciente y partiendo del concepto de *"conflicto psíquico"*, va a introducir la idea de que muchas veces el padecimiento psíquico encuentra modos de trasponerse hacia lo corporal. Si bien en el caso de los pacientes oncológicos nos referimos a un dolor con un anclaje en la enfermedad orgánica, los aportes freudianos abrieron camino para poder situar una dimensión psicológica en la experiencia de dolor. En "Malestar en la cultura", el autor va a referirse al cuerpo cómo una de las tres fuentes de sufrimiento que amenazan a los seres humanos, ya que el cuerpo "*destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma*" (p.76)

En "Más allá del principio de placer" (1920) Freud va a situar algunas ideas respecto del modo en que el dolor impacta en lo psíquico. Dirá que existe en el aparato psíquico una tendencia más originaria y anterior a la de evitar el displacer y ganar placer, cuyo objetivo es intentar ligar las cantidades que irrumpen en el aparato de un modo no ligado. Estas cantidades de excitación traumáticas que inundan el aparato psíquico tienen la capacidad de perforar la barrera de protección antiestimulo dejando, como consecuencia, abolido el funcionamiento del principio de placer. Esto le impone al aparato la ardua tarea de poner en marcha todos los medios para defenderse en pos de lograr una ligadura psíquica que permita la tramitación de las cantidades traumáticas.

En relación al dolor, Freud ubica que *"es probable que el displacer específico del dolor corporal se deba a que la protección antiestímulo fue perforada en un área circunscripta (...) desde este lugar de la periferia afluyen al aparato anímico central excitaciones continuas, como las que por lo regular solo podrían venirle del interior del aparato"* (p. 29). Frente al "*carácter paralizante del dolor"*, el aparato deberá producir una enorme contrainvestidura con el fin de suturar ese punto de ruptura, quedando empobrecidos el resto de los sistemas psíquicos al menos momentáneamente. En este punto, en "La represión" (1915), Freud ubica que el dolor se constituye a nivel de lo psíquico como una nueva fuente de excitación continuada que produce un incremento de tensión. Nombrará al dolor como imperativo, y dirá que su meta es sólo el cese del displacer y de la alteración de órgano que este conlleva.

En la misma línea, en "Introducción del narcisismo" (1914) Freud al estudiar la distribución libidinal en la enfermedad orgánica, va a plantear que *"la persona afligida por un dolor orgánico y por sensaciones penosas resigna su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relacionen con su sufrimiento (...) mientras sufre, también retira de sus objetos de amor el interés libidinal, cesa de amar" (p.79).*

Conclusión

A partir de lo expuesto se pueden ubicar algunos contrapuntos entre los cuidados paliativos y los desarrollos freudianos aquí citados que pueden servir para pensar lo expuesto en el caso.

En lo que respecta a los cuidados paliativos se vio que el cuerpo se torna foco de incertidumbre e hipervigilancia, volviéndose recordatorio constante de la enfermedad y la fragilidad concomitante. En este punto, se vuelve necesario evaluar el modo en que el síntoma es significado por el paciente, el cual muchas veces puede ser interpretado como signo de la inminencia de su propia muerte.

Desde Freud podemos ubicar que el dolor produce este incremento de tensión difícilmente tramitable que podemos asociar muchas veces (como en el Caso F) con la percepción certera de muerte secundaria a la suspensión de tratamientos y a la imposibilidad de curación de la enfermedad. En este punto, Freud enlaza la irrupción de cantidades de excitación traumática con la presencia del afecto de terror, correlativo de la sorpresa de aquello que irrumpe en un sistema no preparado y que se asocia justamente al peligro de muerte.

Podríamos decir entonces, a partir de lo desplegado desde ambos discursos, que en la clínica de los cuidados paliativos es necesario sostener una posición de escucha que aloje la experiencia de dolor y padecimiento de cada paciente, apostando a un más allá de lo físico, de lo real del cuerpo y rescate aquello singular de su vivencia y de su historia.

Bibliografía

Alonso, J. P. (2008). Cuerpo, dolor e incertidumbre. Experiencia de la enfermedad y formas de interpelar el cuerpo en pacientes de Cuidados Paliativos. (Con) textos: revista d'antropologia i investigació social, 36-50.

Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., & Gabilondo, S. (1998). Principios básicos para el control del dolor total. Rev Soc Esp Dolor, 6, 29-40.

Bustos Domínguez, R. (2000). Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton. Acta bioethica, 6(1), 103-111.

Freud, S. (1914) "Introducción del narcisismo". En Obras completas, Buenos Aires, Amorrortu editores, Tomo 1976, XIV

Freud, S. (1915) "La represión". En Obras completas, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1976, Tomo XIV

Freud, S. (1920). "Más allá del principio de placer". En Obras completas, Tomo XVIII, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1976.

Freud, S. (1930) "El malestar en la cultura". En Obras completas, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1976, Tomo XXI.

Martíns, A. M. J., & RE, Z. (2009). Dolor y sufrimiento en enfermos oncológicos al final de la vida: el papel del conocimiento de la enfermedad. Med. Paliat, 16(4), 229-234.

González, A. M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. Revista Médica Clínica Las Condes, 25(4), 610-617.

Sánchez, J. R. L., & Largacha, S. R. (2018). Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. Ciencias de la salud, 16(2), 339-354.

LA RELACIÓN ENTRE PROFESIONAL DE LA SALUD Y PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE MUJERES CON FIBROMIALGIA

Rodrigo Sanches Peres [A]

Introducción

La relación entre profesional de la salud y paciente se considera la piedra angular de la atención en salud, especialmente en lo que respecta a las condiciones crónicas, debido a la persistencia de los síntomas y a la necesidad de tratamientos multidisciplinarios continuos (Straub, 2019). Sin embargo, por diferentes motivos, esta relación suele ser conflictiva, lo que genera consecuencias negativas para ambas partes. Cuando esto ocurre, los profesionales de la salud pueden presentar una disminución del nivel de compromiso con el trabajo y una marcada sensación de ineficacia, mientras que los pacientes tienden a una baja adherencia a los tratamientos y, como consecuencia, al deterioro de la calidad de vida (Mitsi et al., 2018).

La fibromialgia es un síndrome crónico, predominantemente femenino, cuyo cuadro clínico se compone de dolor generalizado de etiología indefinida sumado a otros síntomas inespecíficos (Häuser & Fitzcharles, 2018). La baja adherencia a los tratamientos es frecuente en el contexto de la fibromialgia, y se ha asociado a diversos factores, entre los cuales se destacan los problemas relativos a la relación entre profesional de la salud y paciente (Oliveira Junior & Ramos, 2019). Por lo expuesto, este estudio tuvo como objetivo sintetizar la producción científica alusiva a la relación entre profesional de la salud y paciente desde la perspectiva de mujeres con fibromialgia.

El presente estudio se enmarca en una revisión narrativa, una modalidad de estudio bibliográfico no sistemático que tiene como objetivo describir y discutir publicaciones académicas (Rother, 2007). El *corpus* de análisis incluyó específicamente artículos derivados de investigaciones cualitativas desarrolladas con esta población, publicados entre 2010 y 2020 en revistas de reconocida calidad editorial. Se optó por privilegiar investigaciones cualitativas considerando que la relación entre profesional de la salud y paciente es un tema cuya complejidad está determinada por su naturaleza subjetiva. Y el uso de métodos cualitativos valora precisamente la calidad subjetiva de los objetos de estudio (Flick, 2009).

Desarrollo

El *corpus* de análisis se compuso de 8 referencias. En la más reciente de ellas, Boulton (2019) investigó los sentimientos suscitados por el diagnóstico de fibromialgia, tal y como relataran en entrevistas 31 pacientes – 25 mujeres – de origen canadiense o inglés. Todos ellos, en consonancia con el análisis narrativo realizado, calificaron los exámenes médicos a los que fueron sometidos como una especie de "disección tecnológica" agotadora, destinada a descubrir un rastro empírico de alteraciones orgánicas. Además, los participantes afirmaron que la confirmación del diagnóstico resultó ser una "promesa vacía", ya que no condujo a tratamientos resolutivos.

Armentor (2017) buscó comprender las relaciones interpersonales que 20 mujeres con fibromialgia mantenían con parientes y profesionales de la salud. La autora realizó entrevistas con pacientes estadounidenses y analizó los datos a la luz de la *Grounded Theory*. Los resultados revelaron que los vínculos de las participantes se vieron gravemente afectados por la contestación social. Ellas mencionaron que se sentían estigmatizadas y rechazadas, incluso por los profesionales de la salud, principalmente debido a la invisibilidad típica del síndrome, y que, por este motivo, a menudo dejaban de buscar atención en salud.

[A] *Doctor en Psicología y Profesor de la Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. Minas Gerais. Brasil. rodrigosanchesperes@yahoo.com.br*

El enfoque de la referencia de Ashe et al. (2017) fue la exploración de las experiencias desencadenadas por los tratamientos a los que fueron sometidos 14 pacientes con fibromialgia – 12 mujeres – de origen inglés. La interpretación fenomenológica de datos recolectados por entrevistas evidenció que, dentro de la muestra mencionada, la atención en salud se consideraba, en general, una "batalla", ya que los profesionales de la salud desconfiaban de la veracidad de los síntomas declarados. Específicamente, los participantes acusaron a los médicos de obstaculizar el acceso a los analgésicos porque supuestamente atribuían el dolor a problemas emocionales que culminarían en exageraciones o fingimientos.

Colmenares-Roa et al. (2016) describieron la relación entre profesional de la salud y paciente desde la perspectiva de 8 mujeres con fibromialgia y 4 reumatólogos – 2 mujeres – en México. El análisis narrativo de datos recolectados por entrevistas identificó que la mayoría de las pacientes se sentía angustiada por la falta de explicaciones médicas sobre las manifestaciones clínicas del síndrome. Por otro lado, los resultados señalaron que los reumatólogos tendían al autoritarismo en un intento de influir positivamente en la adherencia a los tratamientos y entendían que mujeres con fibromialgia tienen necesidades emocionales específicas, lo que dificultaría la atención en salud.

Durif-Bruckert, Roux y Rousset (2015) tematizaron las experiencias de 35 pacientes franceses con fibromialgia – 32 mujeres – ante los tratamientos farmacológicos. Los datos fueron recolectados por entrevistas, y el análisis de contenido realizado mostró que las incertidumbres movilizadas en los participantes por los medicamentos prescritos afectaban negativamente a la relación entre médico y paciente. Además, los tratamientos farmacológicos se consideraron potencialmente perjudiciales y arriesgados, sobre todo porque muchos participantes manifestaron tener la impresión de que los médicos carecían de conocimientos técnicos adecuados o no proporcionaban una validación apropiada de los síntomas declarados.

Por su parte, la referencia de Briones-Vozmediano et al. (2013) exploró el manejo de la fibromialgia en la percepción de 12 pacientes – 9 mujeres – y 9 profesionales de la salud – 6 hombres – vinculados a un servicio de salud especializado en España. Los datos se recolectaron por entrevistas. El análisis del discurso realizado reveló que la mayoría de los pacientes se sintió muy insatisfecha con las dificultades encontradas para confirmar el diagnóstico y consideró que los tratamientos eran ineficaces, una vez que eran meramente sintomáticos. Igualmente se constató que la relación entre profesional de la salud y paciente, desde la perspectiva de ambas partes, fue calificada como problemática y frustrante.

Juuso et al. (2011) buscaron la comprensión de los significados del dolor para 15 mujeres con fibromialgia. Para ello, realizaron entrevistas con pacientes suecas. La interpretación hermenéutico-fenomenológica de los datos indicó que, en el ámbito de la muestra mencionada, el dolor dificultaría la vida cotidiana en su conjunto, ya que estaría presente de forma constante, aunque con intensidad variable. También se observó que, debido principalmente a la invisibilidad propia del síndrome, las participantes, en general, sentían que no eran tomadas en serio por sus familias y por muchos profesionales de la salud, lo que despertaba rabia y tristeza.

Por último, Rodham, Rance y Blake (2010) analizaron las experiencias de 4 mujeres inglesas con fibromialgia y sus maridos ante el síndrome. El instrumento utilizado para la recolecta de datos fue una entrevista. Basándose en la interpretación hermenéutica-fenomenológica, las autoras descubrieron que las pacientes se sentían aisladas porque tenían la impresión de que debían convencer a los profesionales de la salud de que padecían una enfermedad "real". Las participantes también señalaron que surgía una marcada decepción cuando los profesionales de la salud no les ayudaban a entender sus síntomas.

Por lo tanto, las referencias incluidas en el *corpus* de análisis, tal y como fueron sintetizadas en este estudio, indican que la relación entre profesional de la salud y paciente desde la perspectiva de mujeres con fibromialgia ha sido explorada, principalmente, a través de investigaciones desarrolladas con otros objetivos. Este hallazgo es de gran relevancia, en la medida en que los datos

no fueron visados directamente por los investigadores, sino que fueron presentados espontáneamente por los participantes. Esto sugiere que dicha población siente una necesidad imperiosa de expresarse sobre este tema, por lo que se recomienda seguir investigando, incluyendo mediante procedimientos metodológicos distintos a los que han demostrado ser habituales.

Los resultados de las referencias se complementan y pueden considerarse consensuados, ya que revelan que, en diferentes países, las mujeres con fibromialgia sufren el descrédito de los profesionales de la salud y, como consecuencia, se sienten desanimadas para continuar con los tratamientos. Parece razonable proponer que los problemas relativos a la relación entre profesional de la salud y paciente circunscritos en este estudio están directamente asociados a remanentes del paradigma biomédico, que dan a la atención en salud un carácter reduccionista, impersonal y tecnicista (Lima & Trad, 2008). La fibromialgia, en este sentido, acentúa la importancia de los modelos explicativos sobre el proceso salud-enfermedad basados en una visión holística del ser humano.

Conclusión

La descripción y discusión de las referencias que componen el *corpus* de análisis demuestran que mujeres con fibromialgia tienden a valorar negativamente la relación entre profesional de salud y paciente, principalmente porque entienden que sus quejas no son debidamente valoradas. Muchas sienten que son tratadas con escepticismo, insensibilidad y falta de respeto en los servicios de salud. La relación entre profesional de salud y paciente, así, suele considerarse difícil y frustrante, lo que contribuye a la baja adherencia a los tratamientos. El presente estudio, por lo tanto, evidencia que los profesionales de la salud que trabajan con pacientes con fibromialgia deben estar especialmente atentos a los aspectos ético-relacionales de la atención en salud.

Financiamiento: FAPEMIG/CNPq.

Referencias

Armentor, J. L. (2017). Living with a contested, stigmatized illness: Experiences of managing relationships among women with fibromyalgia. Qualitative Health Research, 27(4), 462-473.
Ashe, S. C., Furness, P. J., Taylor, S. J., Haywood-Small, S., & Lawson, K. (2017). A qualitative exploration of the experiences of living with and being treated for fibromyalgia. Health Psychology Open, 4(2), 2055102917724336.
Boulton, T. (2019). Nothing and everything: Fibromyalgia as a diagnosis of exclusion and inclusion. Qualitative Health Research, 29(6), 809-819.
Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., Ronda-Pérez, E., & Gil-González, D. (2013). Patients' and professionals' views on managing fibromyalgia. Pain Research & Management, 18(1), 19-24.
Colmenares-Roa, T., Huerta-Sil, G., Infante-Castañeda, C., Lino-Pérez, L., Alvarez-Hernández, E., & Peláez-Ballestas, I. (2016). Doctor-patient relationship between individuals with fibromyalgia and rheumatologists in public and private health care in Mexico. Qualitative Health Research, 26(12), 1674-1688.
Durif-Bruckert, C., Roux, P., & Rousset, H. (2015). Medication and the patient-doctor relationship: A qualitative study with patients suffering from fibromyalgia. Health Expectations, 18(6), 2584-2594.
Flick, U. (2009). Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed.
Häuser, W., & Fitzcharles, M. A. (2018). Facts and myths pertaining to fibromyalgia. Dialogues in Clinical Neuroscience, 20(1), 53-62.
Juuso, P., Skar, L., Olsson, M. & Soderberg, S. (2011). Living with a double burden: Meanings of pain for women with fibromyalgia. International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being, 6(3), 7184.
Lima, M. A. G., & Trad, L. (2008). Dor crônica: Objeto insubordinado. História, Ciências, Saúde, 15(1), 117-133.
Mitsi, A., Kourakos, M., Poulimenakou, G., Latsou, D., & Sarris, M. (2018). Therapeutic relationship and quality of life in chronic diseases. American Journal of Nursing Science, 7(3), 103-108.
Oliveira Júnior, J. O., & Ramos, J. V. C. (2019). Adherence to fibromyalgia treatment: Challenges and impact on the quality of life. Brazilian Journal of Pain, 2(1), 81-87.
Rodham, F., Rance, N., & Blake, D. (2010). A qualitative exploration of carers' and patients' experiences of fibromyalgia: One illness, different perspectives. Musculoskeletal Care, 8(2), 68-77.
Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, 20(2), 5-6.
Straub, R. O. (2019). Health Psychology: A biopsychosocial approach. 6th ed. New York: Macmillan.

PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SALUD-SALUD MENTAL EN CONTEXTO DE CRISIS SANITARIA EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Viviana lazarte [A]

El presente escrito se presenta en el marco de un proyecto de tesis de maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad de Lanús y de los proyectos PICT: "Salud mental comunitaria y prácticas participativas que recuperan el pasado local" y del UBACyT "Atención primaria de salud y salud mental comunitaria: análisis de prácticas participativas e integrales llevadas adelante por instituciones en red", bajo la dirección de la Dra Claudia Lía Bang. Ambos proyectos con sede en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, en los que se ha propuesto indagar en prácticas de cuidado en salud mental durante la pandemia por Covid-19.

Se propone poder tomar nociones conceptuales sobre las prácticas de cuidados en salud-salud mental en contexto de crisis sanitaria utilizando diversas viñetas de la práctica diaria para dar cuenta de cómo se han generado otras formas de atención-cuidado dentro de una institución hospitalaria, perteneciente al segundo nivel de atención.

Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo que utiliza técnicas cualitativas para la recolección y análisis de datos. Para ello, se partirá de la reconstrucción de algunas viñetas - relatos vivenciales de la experiencia profesional- seleccionadas por formar parte del campo de prácticas en salud-salud mental en un hospital general de agudos del conurbano bonaerense.

Las presentes viñetas están enmarcadas en un dispositivo institucional en un hospital general de agudos del conurbano bonaerense, conformado por un equipo interdisciplinario para personas internadas y en aislamiento domiciliario por COVID 19. A su vez, dichos relatos se encuentran vinculados a un *Protocolo de abordaje psicosocial en situaciones de internación críticas por COVID-19. Situaciones de últimos días/horas de vida y situaciones excepcionales.* El mismo, tiene como objetivo garantizar los cuidados integrales y derechos de las personas internadas en estado crítico, final de vida y/o con requerimientos de apoyos.

Se han llevado a cabo varias estrategias, como la instalación de parlantes con conexión bluetooth en la terapia intensiva que permiten la emisión de mensajes /audios de la red vincular estrecha a personas internadas (herramienta luego apropiada por el equipo de enfermería que reproduce música en distintos horarios); o bien el ingreso de fotos/cartas o mensajes debidamente desinfectados. También en algunas ocasiones, se ha logrado colaborar con el equipo médico en la organización de una visita presencial con asistencia del equipo de salud; o incluso en el acompañamiento presencial de personas internadas en áreas no críticas con requerimiento de apoyos o bien transitando el final de su vida. A su vez, en la misma línea de dichas intervenciones, se propiciaron elementos recreativos como: sopa de letras, libros, revistas, mándalas, lápices, carpetas escolares para quienes interrumpieron sus estudios, radios, entre otros. En muchas ocasiones, han sido más receptivas para las personas internadas dichas intervenciones que los acompañamientos telefónicos, en otros casos, ambas intervenciones han sido aceptadas. Tomaremos tres situaciones que visibilizan dicho trabajo y el efecto del mismo:

El primer relato es sobre una joven ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva (en adelante UTI) de un hospital general del conurbano bonaerense, debido a la gravedad de su cuadro de covid-19, encontrándose en condiciones de intubación orotraqueal. Rápidamente, desde los equipos de interconsulta de salud mental y trabajo social, se llama de forma telefónica a la madre y se le pregunta si a la paciente le haría bien escuchar las voces de ellos/as, a lo que responde que sí. A

[A] Lic en psicología. Residente del H.I.G.A Paroissien. Maestranda en la Maestría de Salud Mental Comunitaria UNLa. UNLa - UBA. Buenos Aires,. Argentina. lazarte.viviana@gmail.com

partir de esta propuesta, la familia realiza un audio para transmitirlo mediante un parlante inalámbrico y así ser escuchado en la UTI.

Se vislumbra la posibilidad de que un médico de guardia de la UTI transmita el audio. El mismo, decide pasar varias veces el audio *"ya que iba aumentando su frecuencia cardiaca, siendo una mejoría para su situación crítica"*. Es así que el mismo se queda conmocionado con la intervención, siendo la oportunidad para comenzar a trabajar conjuntamente con el equipo de interconsulta de salud mental y trabajo social, y a transmitir los audios de las familias, seres allegados de las personas internadas en la terapia.

En el segundo relato, un señor de mediana edad es internado en la UTI con un cuadro de covid-19 y con rigidez corporal, aparentemente efecto de una medicación psiquiátrica. El mismo, se encontraba consciente, se pasan audios de su madre, quien menciona en los mismos a su terapeuta asignada. El paciente solicita hablar con la misma, por ello se envía un audio por parlante para que el conozca la voz de la persona que iba a acompañarlo a él y a su familia. Días posteriores, pasa a unidad cuidados intermedios, donde la psicóloga que acompaña el caso entra con equipo de protección personal, ingresando lápices de colores, revistas, hojas, entre otros materiales recreativos. El paciente aún se encontraba rígido sin poder utilizar dicho material, es por ello que en la entrevista se le pregunta qué cosas le gustaban, refiere *"la música, me gusta la cumbia".* Se deja el material recreativo de dibujo para otros pacientes internados y se dialoga con ellos. Se realiza comunicación telefónica con la mamá del paciente y al siguiente día consiguen una radio para que el paciente escuche música y noticias en sus días de internación.

El tercer relato, es sobre una pareja de adultos mayores que se encuentran internados en el servicio de clínica médica. Los mismos pasaron de considerarse "moderados" a "leves" en su cuadro de COVID-19. Se realiza llamado telefónico a una familiar cercana para organizar una "visita". Se acuerda que concurra para visitarlos por la ventana y les realice una videollamada con otros familiares. A su vez ingresa una radio, acompañando los días de internación de la pareja, siendo un cambio significativamente positivo para ellos y el entorno (otro paciente que compartía la habitación, personal de salud como enfermeras/os, médicos/as, personal de cocina y de limpieza). En una visita por la ventana, el compañero de habitación expresa: *"Ayer se pusieron a bailar los dos".* Se articuló con una familiar de la pareja y con un espacio cercano a su domicilio, con la intención de mejorar la situación habitacional en la que vivían.

Consideramos al cuidado en salud/salud mental como aquellas prácticas que ponen en relevancia los aspectos vinculares y afectivos que se observan en la atención, entendiendo la dimensión vincular y afectiva asociada al buen trato, a la empatía, y la escucha (Michalewicz, Pierri, Ardila, 2014). Molinier(2014) manifiesta que el cuidado no puede reducirse a la actividad de una sola persona, sino que está respaldado por un trabajo colectivo, de cooperación, apoyo, atención compartida o como menciona la autora de atención colectiva de las "pequeñas cosas".Franco y Merhy (2013) expresan que los trabajadores construyen su proceso de trabajo de acuerdo con un modo singular de significar el mundo e intervenir en él, poniendo un fin a las directrices normativas que intentan encuadrar las prácticas del cuidado en fórmulas protocolares**.** El plano del trabajo y del cuidado en salud es el lugar de expresión de las singularidades y por ello es diverso, múltiple, como las subjetividades en se encuentran interviniendo. Teniendo en cuenta las ideas de Franco y Merhy (2013) el concepto de trabajo vivo en acto, es pensado como un proceso agenciado por sujetos, trayendo sobre sí ciertos atributos: De creación, libertad, inventiva. En relación a ello, Bang (2014), los menciona como creatividad, flexibilidad, escucha, dispositivos flexibles. Encontramos que en los relatos seleccionados han sido significativos para los pacientes internados, así como para sus familiares y/o allegados, diversos objetos como la radio, el material recreativo o los parlantes bluetooth siendo utilizados en un contexto de excepcionalidad, produciendo actos de salud y cuidado.

En relación a todo lo desarrollado, entendemos que las producciones de cuidado que analizamos en las viñetas seleccionadas, van a estar determinadas por la dimensión vincular-afectiva entre el

personal de salud y los pacientes. Desde esta perspectiva, lo territorial está relacionado con un "pensar situado", donde las denominadas coordenadas que determinan su cartografía son espaciales y socioculturales, donde habitan rituales, significados, vida cotidiana (Carballeda,2015) A partir de ello, podemos afirmar que la cultura hospitalaria, su arquitectura, sus modos de estar en la población, determinan a un territorio. Por ello, como menciona Carballeda (2015), a diferencia de pensar al hospital como un mero "espacio físico", la pandemia permite caracterizarlo en las transformaciones permanentes de ciertas significaciones, implicadas en un momento histórico y social, sin olvidar las lógicas instituidas del mismo.

Teniendo en cuenta los relatos seleccionados, creemos que es de gran importancia poder visibilizar aquellas prácticas en salud-salud mental que han tenido una perspectiva de cuidado, siendo esperable que las mismas se sostengan por fuera de la crisis sanitaria. A su vez, entendemos que dicha perspectiva, entra en tensión con otras prácticas denominadas hegemónicas o tradicionales, con tendencia a la biomedicina.

Bibliografía:

Bang, C. (2014) Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Revista Psicoperspectivas: Individuo y sociedad, 13(2), 109-120. Valparaíso, Chile.
Carballeda, A (2015) El territorio como relato. Una aproximación conceptual.Margen: Revista de trabajo social y ciencias sociales.Margen N° 76. Buenos Aires. Franco B, Merhy E (2013) Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Pablo: Hucitec.
Franco T, Merhy E.(2011) El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva.; 7 (1): 9-20.
Merhy, E. (2002) Saúde: a cartografía do Trabalho Vivo. São Pablo: Hucitec Michalewicz; A, Pierri; C, Ardila; S (2014) Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado:Elementos para su conceptualización.Publicado en: Anuario de Investigaciones. Volumen XXI. Tomo I. pp. 217-224. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires
Molinier, P. (2014) Gestión o cuidado: ¿una conciliación imposible? Disponible en https://www.revistaadynata.com/post/trabajos-hospitalarios-gesti%C3%B3n-o-cuidado-una-conciliaci%C3%B3n-imposible---pascale-molinier

PUNTUALIZACIONES SOBRE LOS EFECTOS DEL MALTRATO INFANTIL EN LA CONSTITUCIÓN SUBJETIVA

Paula Karina Belforte [A]

Introducción

La violencia en todas sus dimensiones y campos exige abordajes específicos. En particular el maltrato infantil constituye una problemática que impone el trabajo intersectorial como asi también la incidencia de políticas públicas que den tratamiento a dicha problemática. Es por ello que la violencia hacia los niños, niñas y adolescentes ha sido reconocida internacionalmente como un problema de salud pública, de derechos humanos, jurídico y social (OMS, 2006). El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye (niños como testigos de violencia de genero) entre las formas de maltrato infantil. (OMS, 2006). Resulta importante destacar que el maltrato infantil es una causa de sufrimiento para los niños y las familias, y puede

[A] Psicologa Clinica, formacion en Hospital Argerich. Departamento de Urgencias del Hospita Gral. de Agudos Dra. Cecilia Grierson. CABA. Argentina. paulabelforte@gmail.com

tener consecuencias a largo plazo ante lo cual se precipita importancia de estrategias de prevención que puedan ser adoptadas mediante políticas públicas.

En el presente escrito intentare dar cuenta de la perspectiva de trabajo de un equipo interdisciplinario de protección de derechos de NNyA, el modo de acompañamiento del padecimiento subjetivo y nuestra postura ante el rol de la justicia. Asimismo, me abocare a analizar una situación de vulneración de derechos trabajada en un Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos de niños, niñas y adolescentes del Municipio de Lanús, dependiente de la Dirección de Niñez de dicho distrito, tal organismo administrativo se encuentra enmarcado en la Ley 13.298 de Promoción y Protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Los servicios locales tienen como marco normativo la Convención Internacional de los Derechos del Niño de 1989, la ley nacional 26.061 y como bien decía la ley provincial 13.298 (ambas del 2005). Siendo que tal marco legal habilita la intervención de los equipos técnicos interdisciplinarios. Este trabajo ancla sus fundamentos en articular las nociones teóricas de maltrato físico infantil, abuso sexual infantil y negligencia.

No obstante, se impone ubicar las tensiones subyacentes entre las leyes que enmarcan el trabajo en el sistema de protección de la niñez, el interés superior del niño desde la institución judicial y la perspectiva de los tiempos subjetivos de cada sujeto.

Acerca de Ana. Reseña Clínica e Intervenciones del Equipo interdisciplinario de Protección de Derechos de Niños/as y Adolescentes

Dicha reseña clínica concierne a una niña de 8 años a quien llamare Ana. Se comienza a intervenir con ella y su familia a partir de la demanda del sector educación, manifestando que la niña estaría sufriendo negligencia por parte de sus familiares a cargo, como asi también estaría expuesta a maltrato psicofísico ejercido por su madre.

En primer lugar, ubicare algunas coordenadas de la historia familiar de Ana. Ella se encontraba viviendo con la abuela paterna dado que sus padres se situaban privados de su libertad desde hacía un par de años. A los 7 años de la niña, su madre recupera la libertad y comienza a convivir con la misma tras entrecruzamientos familiares "por la tenencia de Ana". En el inicio de la intervención con la familia, se observa que la madre no tenía un vínculo constituido con la niña ya que estuvo ausente en la temprana infancia, a sabiendas de que son tiempos constitutivos para el sujeto. En este primer tiempo de trabajo, la niña oscilaba en pasar tiempo con su abuela paterna y con su madre, detectándose un discurso ambivalente en ella. Ana expresaba en sus relatos maltrato físico de ambos familiares, depende en el hogar que permanecía, acusaba a la otra familia de ser objeto de maltrato y viceversa.

Ello fue originando denuncias cruzadas entre las distintas familias. La confrontación entre las mismas funcionó, en un principio, como obstaculizador para arribar a un diagnóstico certero de la situación de vulneración en que la niña estaría inmersa.

Por otro lado, parte de la práctica que nos compele a los equipos interdisciplinarios del sistema de protección, conformados por psicólogos, trabajadores sociales y abogados, es relevar información de fuentes secundarias en este caso instituciones barriales que mantenían vínculo con la familia, las cuales mencionan que se evidencio en el último tiempo un cambio en la conducta de la niña, emergieron conductas disruptivas, episodios de agresividad, y también conductas impulsivas e hipersexualizadas. Según el relato de tales referentes, Ana recurrentemente hacia una mostración de su cuerpo, sin velo a su intimidad, sin poder registrar pudor ni verg□enza ante diversas situaciones.

En los encuentros del equipo interdisciplinario interviniente con Ana, relata que la pareja de su tía paterna "la toco" (sic). En su enunciación primaba la angustia, introversión y comenzó a evidenciar sentimiento de culpa. Dando lugar a la escucha y alojando el decir de la niña, el equipo procede a protegerla. Ana, expresa querer regresar a vivir con su abuela paterna con quien se encontraría protegida y cuidada. En este sentido siendo que era un referente afectivo significante,

y que había criado a la niña desde recién nacida, se acuerda con la madre y la abuela, que la niña conviva nuevamente con esta última. Realizándose la denuncia correspondiente.

Sin embargo, como he anticipado en líneas precedentes el maltrato infantil es un problema complejo, intervienen múltiples actores y la violencia intrafamiliar por la que se encuentran atravesados los niños y niñas genera en el interior de cada núcleo familiar, temores ante la inminente ruptura de la homeostasis familiar por lo cual sucede recurrentemente que la situación de vulneración se agudice, asi fue en el caso de Ana que ante el temor e incertidumbre al quiebre familiar, los familiares convivientes comenzaron a descreer de los dichos de la niña. Tal situación es observada a pres coup en las entrevistas posteriores con la niña, en las mismas se evidencio que Ana habría entrado en la fase de retractación del abuso. La niña muestra en su discurso y en las técnicas gráficas proyectivas administradas, se denotan indicadores de agresividad, impulsividad y la presencia de la ambivalencia de sentimientos de amor-odio.

En una entrevista la niña pide que no le digamos nada a su tía paterna (pareja del abusador) y muestra una lastimadura en el torso. Se pregunta e interviene al respecto, a lo que Ana refiere "me lo hice de tanto tocarme" (sic), vaya deslizamiento de significantes. Asimismo, Ana relata que le dolía la espalda, pues se habría caído de la bicicleta y no había recibido atención médica. Ante esta situación el servicio local de protección articula en acto con el pediatra de la unidad sanitaria barrial, surgiendo en dicha evaluación médica indicadores de maltrato pues la laceración hallada se debía a un hematoma interno de días de evolución como así también se detecta una infección urinaria. Ante tales observables se indica inmediatamente la internación en el Hospital General de Agudos Narciso López de la zona de georreferencia.

En dicho nosocomio es evaluada por diferentes servicios y en articulación con el servicio local de protección de derechos es plausible arribar a un diagnóstico de modo integral e intersectorial, de maltrato psicofísico y abuso sexual. Con la información recabada y el diagnóstico arribado se evalúo que Ana no se encontraba protegida ni en la familia paterna ni la materna, pues quedaba como objeto de disputa impidiendo el cuidado de la niña. Es por ello por lo que como medida de protección se tomó una medida excepcional de abrigo en institución.

Violencia en todas sus dimensiones

En el caso clínico desarrollado la aparición de los fenómenos violentos hacia la niña en el entorno familiar es multifactorial. Por lo cual podríamos pensar en las características individuales de cada uno de los familiares de Ana y la modalidad interactiva entre estos. Al respecto, Peroni y Prato afirman que "la situación de violencia llega entonces a percibirse como normal o inevitable y a constituir un elemento fundamental en la dinámica del funcionamiento familiar". (Peroni, Prato, 2012). Ello se ve en la singularidad de los discursos familiares donde la violencia quedaba naturalizada, invisibilizada y por cierto habilitada la perpetración hacia la niña. En particular se dilucida que una relación de alienación en el vínculo de Ana con su tía paterna, una falta de reconocimiento como sujeto, lo que trae como consecuencia una distorsión en la percepción real de la niña. Imponiéndose de modo arrasador aquel efecto desubjetivizante.

Siguiendo al autor H. Kempe, define el maltrato por abuso sexual como "la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar su consentimiento; o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares". (Kempe, 1978)

Son reacciones esperables en niños que han vivido este tipo de vivencias padecer un síndrome de acomodación del abuso sexual. Summit, autor que acuño el termino describe a estos comportamientos como posibilitadores de que el NNyA sobrelleven situaciones de abuso reiteradas sin que se observen indicadores psicológicos o comportamentales que alteren su adaptación social.

Dicho síndrome está compuesto por cinco categorías: 1- el secreto; 2- la desprotección; 3-el atrapamiento y la adaptación; 4- el develamiento tardío o poco convincente; y 5- la retractación (Summit, 1983). Esta última fase se puso de manifiesto en los encuentros con Ana, ello se debe a que en ella hay ambivalencia con relación a la obligación de preservar a la familia y el daño en

ella infligido, no obstante, la adaptación comenzó a ser fallida dado que se evidencio un anestesiamiento de las emociones y un detenimiento en los procesos de aprendizaje, que hicieron arrojar luz al diagnóstico. Debemos tener en cuenta que los niños víctimas de abuso sexual deben enfrentar una segunda situación traumática al producirse la crisis del develamiento, son atacados con el descreimiento, la culpabilización de terceros y el rechazo de personas preponderantemente de su familia (Sarmiento, Varela, Puhl, Izcurdia, 2005, p. 79)

También se pudo detectar negligencia, ya que entendemos por tal configuración aquella situación en que las necesidades básicas del niño (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas) no sean atendidas temporalmente o en forma permanente por ningún miembro adulto del grupo que convive con el niño.

Los efectos psíquicos de la violencia. Consideraciones sobre lo traumático

Desde la praxis analítica el caso presentado nos confronta con la irrupción de lo traumático que toma un valor singular para cada sujeto. El maltrato infantil en todas sus dimensiones incrementa el estado de desvalimiento y desamparo lo que impide el procesamiento y metabolización de lo vivenciado, por ello es tan común la naturalización de las situaciones abusivas de violencia.

El trauma psíquico se caracteriza por un ingreso de excitación en forma excesiva en el aparato psíquico, cuando la excitación supera la tolerancia y capacidad de elaboración de cada sujeto, se torna en efecto de lo traumático.

En el maltrato infantil intrafamiliar las fuentes del estímulo traumático están en el vínculo que el niño mantiene en la cotidianeidad con sus cuidadores. El golpe, el grito, la descalificación, el abuso sexual se convierten en una fuente de estímulos externos traumáticos.

Cuando el maltrato es ejercido por aquellos referentes afectivos de los que depende la vida y el sostén amoroso, las zonas erógenas se constituyen marcadas por el dolor. El yo del placer se estructura por una imagen devaluada y monstruosa de sí. La represión primaria no se puede estabilizar en tanto que los que transmitirían los reprimido no lo tiene claramente instaurado (Janin, 2017). Hemos visto en el caso de Ana, su lugar de objeto. Es decir, según B. Janin, "la hostilidad manifiesta en el maltrato garantiza el vínculo indiscriminado, incestuoso e imposibilita la separación" (Janin, 2017, 228).

A sabiendas que el estupor o la angustia son respuestas posibles al trauma, "el estupor muestra la detención de las respuestas elaborativas del sujeto que implican que el aparato que le ha permitido hasta allí darle sentido a las cosas se ha detenido o que su funcionamiento se ha perturbado" (Tarrab,2005, 61).

Esto ha sido factible de vislumbrar en Ana, pues se observó un deterioro subjetivo, una anestesia ante cualquier impresión, dejándola en un estado de desvitalización. En fin, la desubjetivación que los compele a dichos niños y niñas a ubicarse como objetos de los otros.

Muchas veces hemos leído que el rol del psicólogo en un servicio local de protección de derechos no es terapéutico, pero como analistas, la práctica de la clinica psicoanalítica nos aporta la escucha, lo cual tiene efectos subjetivantes tratando de alojar cada respuesta subjetiva al acontecimiento traumático y frente a ese desborde pulsional que insistirá en repetirse, propiciando la oportunidad de construir algo nuevo, es decir un lazo que retome la palabra.

Ayudar a que en esos encuentros los niños historicen, armando un relato, una trama que oferte un sostén donde solo quedaban marcas de dolor. El maltrato deja marcas horadando la trama que sostiene la vida, golpes y malos tratos sin palabras, donde se es acallado y el silencio arrasa las experiencias vividas, por lo que escuchar a los NNyA es tan importante e imperioso para poner palabras donde antes no las había. Escuchar a un niño, es también escuchar lo que no puede decir, es escuchar su cuerpo, sus miradas, sus gestos, todo ello es lo que nos habla. A su vez, resulta sustancial ubicar que posibilidades ha tenido cada niño de ligazón, de inscripción de representaciones, y de simbolización que será lo que le permitirá afrontar a cada quien situaciones traumáticas.

También es importante diferenciar cuando el maltrato es ajeno al seno familiar o cuando este

es producto de la trama familiar, en el segundo caso se hace más difícil para el niño constituir sostenes internos que no sean arrasados por el maltrato.

Consideraciones finales y controversias del caso

En el servicio local de protección de derechos hemos considerado tal caso como paradigmático pues ha generado controversias al interior del mismo, dado que se ha arribado a el diagnóstico de maltrato físico infantil y abuso sexual infantil, pero sin embargo para la justicia los indicadores hallados no habian resultado suficientes para validar la situación abusiva. Este punto es nodal ya que este servicio ha leído indicadores en los síntomas psíquicos, emocionales y conductuales pero la institución judicial se basaba solo en la palabra dicha sin poder leer lo no dicho, por lo tanto, es crucial nuestra intervención, para arrojar luz sobre estas cuestiones.

Como profesionales del sistema de protección (o bien, como todo profesional que trabaje con la infancia) no podemos dejar de tener en el horizonte el interés superior del niño, principio rector de las leyes 26.061 y 13.298; figura que nos convoca a repensar las prácticas pues es esencial tener en cuenta el derecho del niño a ser oído. Como exponía en el apartado anterior, escuchar a un niño, es leer su cuerpo, sus miradas, es escuchar lo no dicho. Pensamos que el cuerpo habla y que Ana lo hacía con sus síntomas. Fue por ello que para nuestro equipo el interés superior del niño debía velar por protegerla, resguardarla y poder de este modo alojar el padecimiento subjetivo y físico que la niña portaba. La respuesta a si la intervención ha sido pertinente nos la da la misma Ana, cuando una vez protegida, es decir cuando se toma la medida excepcional de abrigo en el camino a la institución Ana pudo expresar "¿acá a la noche también me van a pasar las mismas cosas?" (sic).

La práctica analítica nos muestra una vez más la importancia de poder escuchar que nos dicen los cuerpos, ya que solo la palabra puede ser vacía.

Escuchar a un niño implica una disposición para recibir no solo las palabras sino los diferentes signos e indicadores directos e indirectos que son también forma de lenguaje y expresión.

Para dar cometido a un sistema que proteja a la infancia debe construirse un modelo de intervención respetuoso donde la centralidad y el sentido estén puestos en los NNyA, donde se requieran intervenciones éticas, donde se proponga alojar los conflictos emocionales de los niños, aliviar el sentimiento de culpa, temor y confusión. Donde las intervenciones apuesten a desactivar la revictimización de los NNyA, por lo cual resultaría pertinente promover un abordaje integral que propicie la articulación e interconexión de las instituciones por donde circulan los decires de los sujetos que atendemos.

BIBLIOGRAFIA

Barudy, J. (1999). Maltrato Infantil. Ecología Social: Prevención y Reparación. Santiago de Chile. Chile . Editorial Galdoc.
Barudy, J. (1998). El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona, España. Editorial Paidós.
Bowly, J. (1998) El apego y la perdida. Buenos Aires. Argentina. Editorial Paidós.
Janin, B. (2017). "Capitulo 9: Las marcas de la violencia". En El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva. Buenos Aires. Argentina. Editorial Noveduc libros.
Kempe, RS. y Kempe, CH. Niños maltratados. 1979. Madrid. España. Ediciones Morata.
Ley 13.298 de la Promoción y Protección Integral de los derechos de los niños. Decreto 300/05. Provincia de Buenos Aires.
OMS (2006), Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencia. Recuperado en https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/ch ld_maltreatment/es/
Peroni, Prato (2012). Aportes para la intervención en maltrato y abuso sexual infantil y adolescente. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Uruguay Cooperativa Andenes.
Sarmiento, A., Varela, O., Puhl, S., Izcurdia, M. (2005). "Abuso Sexual Infantil". En La psicologia en el campo jurídico. Buenos Aires. Argentina. Editorial E.C.U.A
Tarrab, M. (2005). "La insistencia del trauma". En Belaga, Guillermo (Compilador), (2005), "La urgencia generalizada 2. Ciencia, política y clinica del trauma". Buenos Aires. Argentina. Grama Ediciones.

PROCESO DE REGISTROS EN SALUD PÚBLICA: ALGUNAS REFLEXIONES

Luciana Galloni [A]

Introducción

Al analizar los modelos de salud, desde sus inicios, se advierte que los servicios de salud se han organizado según un modelo de gestión que pareciera no haber sido diseñado, originariamente, para instituciones de la salud (Merhy, 1997). Así la administración en salud fue concebida bajo un modelo de organizaciones fabriles, lo que incidió en la forma de definir, entre otras cosas, a su productividad.

Desde el paradigma industrial, la eficacia del proceso de trabajo en salud estaba dada según sea el aumento de su producción. A modo de ejemplo se podría decir que la productividad en salud estaba signada por el aumento de la cantidad de consultas y de prácticas en salud (Merhy, 1997)

A tal fin, Mario Rovere (2015) explica que lo que legitimaba a un efector de salud era su producción, el autor dice que,

> (…) llevado al extremo de lo absurdo, podría indicar que es más importante el número de consultas o el número de egresos que la cantidad de problemas resueltos. Producción y resultado pueden quedar fuertemente disociados. (pág. 113)

En la actualidad, desde los equipos de salud, se hace evidente la necesidad de revisar y reflexionar sobre las prácticas en salud y su construcción colectiva, no solo en términos de cantidad (número de atenciones y número de prácticas) sino, más bien, en la capacidad de reconocer y atender las necesidades de salud de una población a cargo (Galloni, 2018).

Sanitaristas como Túlio y Merhy (2016) refieren que, en los últimos años, se evidencia un desplazamiento del campo de la producción de valor, ponderado por el paradigma industrial, hacia el campo de la producción colectiva. Esto visibiliza la relevancia del trabajo cotidiano como instituyente de la capacidad de reconocernos, conocernos y actuar en el campo de las prácticas sociales.

Reflexionar respecto de los procesos de trabajo requiere valorizar la fuerza que tienen las personas trabajadoras, entre otros actores, como promotoras de transformaciones en el sistema de salud. En palabras de Minayo (2012), un trabajador comprometido con su tarea es aquel que forma parte de la definición del propio proceso de trabajo.

En este sentido resulta inevitable entender al proceso de registros en salud como parte del proceso de atención que realizan los trabajadores y las trabajadoras del campo de la salud. Se considera que la construcción de datos, la sistematización de información y la producción de conocimiento son materia prima al momento de tomar decisiones respecto de la gestión interna de los efectores, trabajar en la integralidad y continuidad del abordaje de los procesos de salud-enfermedad-cuidado, promover la reflexión sobre las prácticas y lograr transmisión y trascendencia de los procesos de cuidados. (Alonso & Bonifazzi, 2019).

La necesidad de pensar el proceso de registro en su complejidad

Trabajadores y trabajadoras del primer nivel de atención reconocen la importancia de registrar sus prácticas, por ejemplo, en las historias clínicas y en sistemas informáticos (Galloni, 2018). Ahora bien, hasta aquí podrían enunciarse algunos interrogantes que abren el juego a pensar el proceso de análisis: ¿cuáles son los registros que realizan las personas trabajadoras en el primer nivel de atención?, ¿quiénes registran?, ¿dónde se registra?, ¿qué datos se registran?, y lo que se registra: ¿resulta de relevancia al momento de dar continuidad a los procesos de cuidados en salud?, ¿permite planificar en salud y/o tomar decisiones respecto de la gestión interna de los efectores? Asimismo, ante la necesidad de revisar intervenciones e historiar procesos de cuidado: ¿los registros otorgan información unificada e interdisciplinaria? Para las personas trabajadoras ¿los registros son

[A] Psicóloga . Centro de salud n7- Equipo de salud mental DISER- (Dispositivo Interdisciplinario Soporte Estratégico Regional) Rafaela. Santa Fé. Argentina. lucigalloni@hotmail.com

parte del proceso de trabajo en salud?, ¿Qué lugar tiene la practicas de registros en el proceso de cuidado de la salud?, ¿para qué se registra?, esto es, ¿qué usos y sentidos dan, las personas trabajadoras a los registros en salud? En consonancia con los interrogantes planteados y tomando los aportes de Spinelli (2010) es necesario reconocer que el campo de la salud es un campo atravesado por el conflicto producto de las acciones de actores individuales, colectivos y corporativos dotados de intereses, capacidades singulares y objetivos, incluso, antagónicos. Al hablar de actores, Spinelli refiere a profesionales del campo de la salud, gestores de salud, actores vinculados a la política, sindicatos, representantes de la industria farmacéutica y da visibilidad al rol de las personas usuarias como actores necesariamente activos en la construcción del sistema de salud.

Entonces, comienza a hacer sentido que, reflexionar en torno al proceso de registros en salud requiere trascender una descripción solo en términos de registros numéricos (cantidad de atenciones, diagnósticos, prácticas, población adscripta) para conocer, además, cómo se construye el proceso de registros y quiénes participan en dicha producción (Rovere, 2018). Asimismo, y entendiendo a los registros como modo de inscripción de las prácticas en salud (Feldman, 2019) resulta relevante conocer, además, qué usos y sentidos tiene la práctica de registros para las personas trabajadoras.

Proceso de trabajo en salud.

La organización de los procesos de trabajo en salud es indisoluble de la discusión sobre los valores sociales que produce. Pensar el proceso de registros en salud contribuye a reflexionar sobre los procesos de producción de información y conocimiento y, su incidencia en la oportunidad de mejorar el acceso a salud entendiendo a la salud como derecho social. (Túlio & Merhy, 2016)

Tulio y Merhy releen y analizan los constructos teóricos de Marx a fin de enmarcar algunos principios sobre el trabajo. Plantean que el pensamiento marxista nos aproxima a un entendimiento amplio de la cuestión del trabajo en general. Destacan que la corriente marxista ha trabajado sobre el sentido del trabajo humano. Marx entiende al trabajo, no solo en su dimensión operativa, sino y, ante todo, como una práctica que expone la relación del hombre con el mundo en un proceso dialéctico de mutua producción. (Túlio & Merhy, 2016).

Así, los procesos de trabajo en salud se materializan en los actores que los producen. Actores que son individual y colectivamente productores y producidos en cada una de sus prácticas y en el encuentro con otros. Todo espacio, en el que se producen prácticas de salud opera en el campo de los procesos de subjetivación. Procesos que se expresan en la construcción de subjetividades comprometidas con la producción de sentidos para aquellas prácticas.

Rovere (2015), planta la necesidad de entender, como parte de los procesos de trabajo, a los espacios de revisión y reflexión sobre las propias prácticas y su construcción colectiva. No solo en términos de cantidad (número de atenciones y número de prácticas) sino y más bien, en la capacidad de reconocer y atender las necesidades de salud de una población a cargo.

Las personas trabajadoras son artífices de los procesos de trabajo que, a la vez, producen prácticas de salud relacionales y situadas en un territorio. Así, hace sentido recuperar el concepto de participación comunitaria. Una categoría teórica que, dirá Montero (2005), es de uso común, pero tienen diversas y complejas acepciones. La autora define a la participación como un proceso organizado, colectivo, libre e incluyente. Menciona que hay actores diversos que difieren según las tareas que realizan y sus grados de compromiso con la totalidad del proceso. Los procesos participativos generan valores y objetivos comunes que, en la búsqueda de concreción, producen, por añadidura, transformaciones individuales y colectivas.

En este sentido, revisar la propia praxis, reflexionar y construir con otros se vuelve, necesariamente, un acto político. Por esto, analizar los procesos de trabajo en salud permite pensar los modos de producción del cuidado que traen inscriptos en sí mismos, las acciones de las personas trabajadoras. Acciones que constituyen en primer lugar a las personas trabajadoras y al mismo tiempo, a la relación de éstas con las personas usuarias de los servicios de salud y finalmente, con los procesos de la institución (Sousa Campos, 1998).

Proceso de registro: la construcción compleja de la práctica de escritura

A partir de la necesidad de pensar la noción de proceso, Pichón Rivière (1987) en su libro *El Proceso Grupal,* despliega algunas ideas haciendo alusión a la producción de hechos no lineales, sino más bien, atravesados por el conflicto. Así, al hablar de proceso Rivière implica al aprendizaje como una situación de cambio que ocurre como resultado de una práctica y de la interacción con un otros y otras.

Ahora bien, al hablar de procesos de escritura, referimos a la noción procesual de su construcción. La escritura es un proceso y por ende involucran *per se* un proceso de elaboración. Registrar implica detenerse, limitar un tiempo y un espacio para hacer lugar al acto de escribir. (Cuaderno de Experiencias en Salud V.2, 2019)

Carpintero (2018) teoriza respecto de la vinculación entre escritura, registro y memoria. Menciona que la herencia que dejan quienes producen sentido debe ser el insumo para crear y producir. Es necesaria la existencia de un pasado en tensión con el presente que permita fantasear una idea de futuro. Si no hay pasado (historia escrita) desde donde crear, no hay posibilidad de inventiva.

La escritura posibilita la comprensión, construcción y resignificación de las experiencias. Permite hacer borde, limitar la palabra, darle existencia. Permiten nombrar y ordenar la realidad cuando se presenta confusa y caótica. En este sentido, los procesos de escritura en salud no se constituyen desde una perspectiva homogénea, sino entre saberes diversos. Saberes que buscan no ser protagonistas unos sobre otros sino democratizar el poder y, así, generar prácticas que, como dirá Ferrandini (2011), corran el límite de lo posible

Los procesos de registro habilitan la reflexión sobre la praxis a fin de enriquecerla, interrogarla, y poner en diálogo una necesaria diversidad de saberes. La reflexión sobre lo escrito contribuye a la inventiva de nuevos sentidos. Boragnio y Cantú enuncian que los procesos de registro dan existencia a una realidad y generan una inscripción que, al estar documentada, tiene la función de circular y trascender en la historia.. (Boragnio & Cantú, 2016).

La escritura como proceso facilita espacios de articulación y reflexión colectiva. Esto implica que los equipos hagan praxis en su propia práctica, manteniendo abierta la pregunta sobre el sentido de la práctica y sus efectos. (Onocko Campos, Massuda, Valle, Castaño, & Pellegrini, 2008).

Por otra parte, Feldman (2020) refiere que, para el psicoanálisis, escribir es un acto político, advierte que toda narración es implicada pues siempre se relata desde algún lugar. Cuando algo de la palabra se escribe, no solo deviene registro escrito sino, nueva lectura. La escritura es un proceso de creación donde algo de lo dicho se inscribe y deviene propio. En este sentido, escribir se liga a una práctica que compromete al escribiente.

Es sabido que, en psicoanálisis, la pregunta por la función de lo escrito tanto en la enseñanza teórica y la transmisión clínica, ha sido una pregunta que motorizó diversos trabajos de investigación. En este sentido, Freud refiere al relato clínico como género particular, y en su escrito *Consejos al médico sobre el tratamiento Psicoanalítico* (Freud, 1912) deja una guía orientadora para pensar el proceso de registros en la clínica.

Finalmente, es necesario recordar que la práctica del registro establece un compromiso de acuerdos y responsabilidad entre personas trabajadoras, personas usuarias, la comunidad y sectores diversos, incluso fuera del campo de la salud, con quienes se construyen acciones y se comparten tareas. Esto revela la importancia de continuar reflexionando en torno a la producción de conocimiento en salud pública, ya que permite construir modos de cuidados singulares y colectivos según las necesidades concretas de cada territorio.

Bibliografía

Alonso, M. M., & Bonifazzi, J. P. (2019). Trabajo con Población a Cargo, profundizando conceptos y repensando herramientas. En D. Montenegro, & J. Herrmann, La clínica y la Gestión de la Medicina General (págs. 230-247). Rosario: Nuevos Tiempos.
Boragnio, D., & Cantú, G. A. (junio de 2016). La importancia de la escritura para la producción, transmisión y articulación teórico-clínica del pensamiento en la formación de psicoanalistas de niños. Perspectivas en Psicología, 13(1), 21-26. Obtenido de http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/224/142
Carpintero, E. (noviembre de 2018). Memoria y transmisión. Topia. Obtenido de https://www.topia.com.ar/articulos/memoria-y-transmision

Feldman, L. M. (2019). Politica del síntoma: leer y escribir como política. Obtenido de Lobo Suelto: http://lobosuelto.com/politica-del-sintoma-leer-y-escribir-como-politica-lila-maria-feldman/
Feldman, L. M. (2020). La narración como acto político . Lobo Suelto. Obtenido de http://lobosuelto.com/la-narracion-como-acto-politico-lila-m-feldman/
Ferrandini, D. (2011). Algunos problemas complejos de salud. Algunos problemas complejos de salud. Rosario.
Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En Obras Completas. 1976, Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
Galloni, L. (2018). Tesis: Cuidados de salud mental en la red de cuidados de salud general. Rafaela.
Merhy, E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. 71-112. San Pablo. Obtenido de https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/145
Minayo Gómez, C. (2012). Historicidad del concepto "salud del trabajador" en el ámbito de la salud colectiva: el caso de Brasil. Scielo, 221-227. Obtenido de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v8n3/v8n3a01.pdf
Ministerio de Salud. (2019). Cuaderno de Experiencias en Salud V.2. (L. Galloni, & M. E. Padrón, Edits.) Cuaderno de Experiencias en Salud V.2, 2. Obtenido de https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/256607/1351399/file/cuadernos%20de%20experiencias%20en%20salud-n%C2%BA2_compressed.pdf
Montero, M. (2005). Trabajo comunitario. Selección de lecturas. La Habana: Caminos.
Onocko Campos, R., Massuda, A., Valle, I., Castaño, G., & Pellegrini, O. (2008). Salud Colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. Scielo- Salud Pública. Obtenido de https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1851-82652008000200008&script=sci_arttext
Rivière, E. P. (1987). El Proceso Creador. Buenos Aires: Nueva Visión.
Rovere, M. (octubre de 2015). La salud mental de los trabajadores de salud. Entrevista a Mario Rovere. Clepios.Revista de profesionales en formación en salud mental., XXI(3), 112-117. Recuperado el 11 de 11 de 2019, de http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/clepios/clepios68.pdf
Rovere, M. (Septiembre de 2018). La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva provatizadora. Saúde Debate , 42, 315-327. doi:10.1590/0103-11042018S121
Sousa Campos, G. (1998). Equipos matriciales de referenica y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud. Paideia y Gestión: Un ensayo sobre el soporte Paideia en el Trabajo en Salud. Salud, 1(1), 59-67. Obtenido de www.alames.org/documentos/equipos.pdf
Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva, 275- 293.
Túlio, F., & Merhy, E. (2016). Trabajo, producción del Cuidado y subjetividad en salud: Textos seleccionados. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Lugar.

PROYECTO ADULTOS MAYORES EN CONTEXTO COVID-19 SERVICIO DE SALUD MENTAL

Melisa Ladavaz [A]

Introducciòn

El siguiente trabajo presentará un dispositivo novedoso llevado adelante en un Hospital de Agudos de CABA en los meses de abril, mayo, junio y julio del 2020. Se considera de vital importancia dar a conocer esta experiencia, ya que incorpora prácticas de Atención Primaria de la Salud en un segundo nivel de atención.

La Pandemia, ha supeditado la posibilidad de rearmar los servicios de salud, posibilitando la creación de nuevos espacios de atención impensados hasta el momento.

Es por ello, que el escrito tiene como objetivo visibilizar una posible práctica frente a un contexto desafortunado, así como potenciar los beneficios de una atención temprana y oportuna, resaltando las prácticas de promoción y prevención de la salud.

Contexto del surgimiento:

A partir de la declaración de la pandemia de la enfermedad por el COVID-19, en marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la caracterizó como una emergencia de salud pública con importancia internacional. En este contexto la población en su totalidad debió enfrentar

[A] Residente psicóloga. Hospital Ramos Mejia. CABA. Argentina. meli.ladavaz@gmail.com

un virus potencialmente contagioso, a la vez de verse obligados a modificar sus rutinas diarias. Es imposible dejar de considerar la carga potencialmente traumática de esta situación.

En este sentido, la OMS considera que una pandemia puede leerse como unincidente crítico, el cual puede traer aparejados múltiples efectos psicosociales. El riesgo psicosocial es definido por la OPS/OMS: "como la probabilidad de que un evento traumático exceda un valor específico de daños, en términos sociales y de salud mental. Es el producto de la interacción entre las condiciones externas (amenaza) e internas (vulnerabilidad)." (Organización Mundial de la Salud [OMS]-Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016 p.2)

En este contexto, y para dar un abordaje acorde a la situación, los sistemas sanitarios debieron reformarse. En primer lugar fue necesario sectorizar la población, para así poder brindar una atención diferencial. Para ello fue imprescindible identificar las distintas vulnerabilidades relacionadas con el género, la edad, y el nivel socio-económico.

El término población de riesgo fue una categoría que sentenció la importancia que comenzaba a cobrar este sector de la población,y por lo que fue imperante repensar los modos de acompañamiento que se podían brindar desde el equipo de salud mental de un Hospital General. En palabras de la OMS: "Una buena asistencia sanitaria y social en general es importante para mejorar la salud, prevenir enfermedades y tratar los padecimientos crónicos de las personas mayores" (2017, OMS)

Marco teórico del proyecto

Este dispositivo fue enmarcado entendiendo a la salud mental como parte del campo heterogéneo de la salud. En este sentido, y partiendo de este paradigma, se considera a la atención primaria como "la forma más integral, positiva y democrática de construir el cuidado de la salud y favorecer la equidad" (Gerlero et al, 2011, pág. 24). Como premisas de dicha visión se establece primordial para nuestro trabajo diario destacar los conceptos de accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado. Estos lineamientos fueron tomados como ejes articuladores del proyecto.

De este modo, cabe resaltar la importancia de concebir la atención de manera integral, desligándose de la tradicional división cuerpo mente. Esta concepción integralista, también implica la ampliación de la mirada sobre los usuarios y su relación con el sistema sanitario, para extender la importancia de los cuidados y la salud a otros sectores y actores como pueden ser la familia, grupo de pares, organizaciones sociales/barriales, etc.

Los principios previamente mencionados fueron los que guiaron la creación de un dispositivo de atención primaria para adultos mayores. Debido a que los usuarios atendidos ya frecuentan grupos brindados por el Servicio de Gerontología del mismo Hospital, el primer objetivo fue posibilitar el trabajo en red entre ambos servicios y poder planificar en conjunto las estrategias a realizar.

La meta final fue acercar el servicio de salud mental a este sector de la población y brindar acciones de promoción y prevención de la salud. Para ellos se diagramó como metodología la realización de una evaluación psicosocial que comprendiera distintos aspectos de la vida diaria de dicha población, así como también interrogar sus conocimientos y sentidos elaborados alrededor de la pandemia.

En resumen, nos parece interesante retomar las palabras de Natella quien entiende a la salud y a la enfermedad "como un proceso y como un producto social, psicológico y biológico(…) la atención y las intervenciones deben incluir y accionar en estos tres ámbitos."(2008, pág.20)

Como marco teórico también se recogieron aportes de otros modelos centrados en el apoyo social. Este concepto es definido como "la ayuda ya sea emocional,instrumental o de otra índole que se deriva de un determinado entramado social" (Fernández Ballesteros, Izal, Montorio, González & Diaz Veiga, 1992, p. 177). Esta ayuda se considera importante ya que puede promover hábitos de salud, así como detectar desviaciones de la misma. Ambas vertientes pueden asociarse positivamente con la sobrevida. (Sluzki, 1996). En este sentido, el apoyo social está orientado al cuidado y a la promoción de la salud.

Hasta aquí la fundamentación teórica. A continuación se procederá a comentar brevemente la implementación del proyecto.

Puesta en acción

Como puntapié y objetivo de trabajo se planteó la realización de llamados a adultos de la tercera edad para brindarles acompañamiento durante el momento de mayor confinamiento vivido en el año 2020. Seleccionamos esta población por ser señalada como uno de los grupos de riesgo.

El dispositivo constó de dos llamados a cada usuario. Luego de la realización del primer contacto con el total del grupo, es decir, de haber realizado el primer llamado a todos los usuarios, consideramos importante precisar la información que brindaríamos en el segundo llamado en función de las necesidades particulares que habíamos observado en cada adulto. De todas formas acordamos realizar el segundo llamado sin excepción, y que luego, en función de una evaluación caso por caso, se determinaría la especificidad del seguimiento a largo plazo.

Las dos entrevistas tuvieron una duración variable en tiempo y fueron semi-estructuradas, para las cuales se confeccionó una grilla con preguntas e información a conversar. Una vez finalizada la primera etapa de llamados, se realizaron reuniones de equipo para discutir los datos relevados, y poder llevar adelante una evaluación final de lo observado. Luego de analizar la información recogida, se realizaron indicaciones teniendo en cuenta la necesidad particular de cada caso, por ejemplo en alguna ocasión se realizó una derivación a tratamiento por salud mental, y en otros se orientó sobre el acceso a recetas mèdicas.

La primera entrevista consistió en una evaluación global de la persona donde se interrogó sobre su estado emocional, su red de apoyo, el uso de tecnología, y conocimientos específicos sobre el covid 19 (contagio del virus, síntomas, pautas de prevención,etc).

De este primer acercamiento se desprendieron dos objetivos claros: Por un lado, la realización de una evaluación situacional del usuario, y por el otro la importancia de brindar información pertinente sobre el COVID-19 para promover prácticas de cuidado.

Fueron de gran aporte los desarrollos elaborados en el último tiempo sobre la relevancia de la categoría de cuidado. Si bien existen diferentes definiciones, el equipo tomó la conceptualización de Stolkiner y Ceminari (2018) en la cual: Incluye varias dimensiones como el autocuidado; el cuidado directo de otras personas, en tanto relación interpersonal de cuidado; la provisión de condiciones para que se realice el cuidado como la limpieza del hogar y la compra y preparación de alimentos y por último, la gestión del cuidado que incluye la coordinación de horarios y supervisión de tareas de cuidado (pág.38)

Resaltamos este último punto ya que consideramos que la comunicación eficaz sobre los peligros y riesgos existentes, a la vez de ofrecer herramientas para enfrentar las problemáticas en su vida diaria, promueven prácticas de preservación de la salud.

En el segundo llamado, se realizó una entrevista con el usuario más detallada acerca de las problemáticas ubicadas en la primera llamada, y los modos posibles de solución. Es decir, se realizó una lectura pormenorizada del caso, brindando una escucha y una respuesta singular en cada situación. En resumen, en el segundo llamado se procedió a enfatizar sobre los puntos inconclusos de la primera, así como a brindar la orientación necesaria respecto a las diferentes temáticas preguntadas que se habían detectado deficientes en la primera evaluación, considerando las dificultades propias de cada usuario.

Análisis de la experiencia

Si bien el proyecto fue impulsado por prejuicios que circulaban tanto en la sociedad, como en los profesionales, tales como: "no entienden de tecnología", "no van a soportar el encierro""corren riesgo de depresión", queremos destacar que durante su implementación fue una sorpresa grata no hallar una necesidad ferviente de recibir apoyo por parte de un equipo de salud mental. Pudimos concluir que, en palabras de Iacub: "Al contrario de lo que se cree, los viejos tienen muchos más recursos." (2020)

A su vez, un eje interesante a analizar, es el entrecruzamiento entre la singularidad de los casos,

y la posibilidad de realizar acciones de promoción y prevención a un grupo etario. La conjunción de las acciones ha sido posible gracias a la versatilidad de los profesionales para flexibilizar los modos y la información a transmitir.

Partiendo de la particularidad de cada usuario, se ha priorizado la orientación que cada adulto mayor requería.

En este sentido, y para concluir queremos destacar la visión sobre la que nos apoyamos, en la cual la promoción en salud orienta la generación de procesos participativos y singulares, promoviendo la creación de prácticas creativas de cuidado.

Bibliografia:

Natella, G (2008) La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental. En Cannellotto,

A. Luchtenberg, E. En Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión. Edición San Martín: Universidad Nacional de Gral. San Martín

Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud (2016). Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias. Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias, Organización Panamericana de la Salud. atencion-psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en Gerlero,S. Augsburger,A. Duarte,M. Gómez,R. Yanco, D. (2011)Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. Revista Argentina de Salud Publica. (Vol 2, N°19) Pág 24-29.http://www.rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen9/art-orig-salud-mental.pdf

Fernández Ballesteros, R.; Izal, M.; Montorio, I.; González, J. L. & Diaz Veiga, P. (1992). Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Barcelona: MartinezRoca.

Sluzki, C. (1996). La red social: Frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa.

Iacub, R (2020) Coronavirus y vejez: ¡Yo no soy tu abuelo! Entrevista a Ricardo Iacub. 27 de marzo de 202 Pagina 12. https://www.pagina12.com.ar/255272-coronavirus-y-vejez-yo-no-soy-tu-abuelo

Ceminari, Y. Stolkiner, A. (2018) El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas. En Memorias X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2018

DEL S.U.M. AL ZOOM. EL ENCUENTRO COMO ESENCIA DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Paul Majluf [A]

El objeto de estudio de la Psicología Comunitaria es la transformación social, de acuerdo a Maritza Montero (Montero,M. 2004). En Bahía Blanca, tenemos el privilegio de tener la posibilidad de una Residencia de Psicología social y comunitaria, una de las dos de su especialidad, siendo la pionera, la de Salta. Es decir, que la formación que la Secretaría de Salud está apostando desde hace, este año, 16 años, es la de un Psicólogo /Psicóloga /Psicólogue capaz de trabajar con otros , otras, otres, poniendo al servicio de la tarea su capacidad y su conocimiento, apostando a un intercambio de saberes y conocimientos, con la población de una determinada comunidad. En mi caso, trabajé en varias comunidades, hace varios años, inicialmente como Psicólogo de Planta, y y además,durante diez años, como Instructor de la Residencia de Psicología social y comunitaria, con el compromiso de formar colegas en este área de la Salud Pública. ¿qué hace un Psicólogo o Psicóloga comunitario comunitaria? Técnicamente, es agente facilitador, es generador de procesos, buscador de conexiones. Teóricamente, el método de la Psicología Comunitaria es el de In-

[A] Profesor Y Lic. en Psicología Especialista en Psicología Social con Orientación Comunitaria. Profesor Consulto CONEAU (2017).Docente UNS, UNISAL y USAL. Instructor de Residentes (2011-2021). Bahia Blanca. Buenos Aires. Argentina. paul.majluf@yahoo.com.ar

vestigación/Acción Participativa,(Montero, M., 2012). El mismo implica el contacto con la comunidad desde minuto cero, con la idea de que cada actor social que participa será quien marque la brújula, quien nos diga en qué momento del acontecer se está, cuáles son las necesidades individuales, relacionales y colectivas . Y son ellos y ellas, porque la historia de esa comunidad no comienza el día que el Psicólogo o Psicóloga llegó al barrio. Esta premisa, que está incluida dentro de las condiciones necesarias para ejercer la Psicología Comunitaria que propone Montero, la de ser modesto, es en la que basa nuestro accionar desde la ética y la técnica. Todo nuestro campo de acción es en la comunidad y con la comunidad. Es en el encuentro con otros y otras. Hasta el 18 de marzo de aquel año, veníamos trabajando presencialmente con la comunidad. Desarrollábamos dispositivos comunitarios con niños, niñas y adolescentes; hacíamos "Escuelas que alojan", con las Escuelas 29 y 36; planificábamos con el Equipo del Jardín 941, llevar adelante un evento conjunto en el mes de la mujer, así como también con el Club de Fútbol. Se sucedían reuniones con el Equipo del Espacio Nido, grupos terapéuticos, grupos focales, visitas domiciliarias. Intentábamos lograr por fin la Reunión de Red de Actores de Vista Alegre, que nos era tan difícil de concretar. Todas las acciones tenían un eje en común: un encuentro. Estábamos en reunión de Equipo en el lugar destinado para vernos y escucharnos: el Salón de Usos Múltiples del Centro de Salud . El S.U.M. De pronto, disruptivamente, lo sabido: la pandemia que nos toca vivir. Como primera medida sanitaria, hubo que dejar de tener presencialidad y contacto. El aislamiento social, preventivo y, además, obligatorio. Inevitablemente, las preguntas: ¿Trabajo en terreno sin terreno? ¿Prácticas de salud comunitaria sin encuentro? Este es el relato de tres experiencias remotas de dispositivos de encuentro: RED DE ACTORES, GRUPO DE REFLEXION , ESCUELAS QUE ALOJAN (Majluf, P. 2008)

Algunas de las prácticas y aprendizajes que nacieron a partir de un contexto de pandemia, y de la confirmación fáctica de la brújula que marca el deseo.

DEL S.U.M. al ZOOM

El Primer mes fue de un acomodamiento forzoso. Las circunstancias que vivíamos eran desconocidas y además con un escenario común: lo cercano que empezó a parecernos tener problemas de salud, los agentes de salud, nuestras familias, nuestros seres queridos, la comunidad con la que trabajábamos. La mayoría de las instituciones del barrio y de la ciudad cerraron sus puertas. El sistema de salud permaneció no sólo con sus puertas abiertas, sino que además fue el bastión principal de todas las acciones en salud, las más importantes y determinantes, para salir de ese momento. Se crearon dispositivos que resultaron necesarios para el momento que vivíamos: hacia adentro y hacia afuera. Y la conciencia colectiva de que cada actor, cada actriz debía contribuir desde su lugar para que la situación mejorase tomó lugar. Se había perdido el contacto, el físico y el otro. De golpe, y por un tiempo, las situaciones mas acuciantes que requerían contacto diario, pasaron a una pausa inexplicable. El encuentro estaba suspendido. La esencia de lo comunitario, no como enfoque, sino como posición, nunca se perdió. Al mes, y tras haber sido una propuesta del Centro de Salud , convocamos a una Reunión de Actores y actrices sociales, generamos, por supuesto como hemos generado todos y todas un nuevo grupo de watsapp, y nos convocamos a juntarnos, como lo veníamos haciendo, sólo que en lugar de hacerlo en el S.U.M., lo empezamos a hacer por ZOOM. Homofónicos, con la misma intención: encontrarnos.

REUNION DE ACTORES.

En 2019, un grupo de estudiantes del Area de Trabajo en Terreno de la carrera de Medicina que estaban trabajando en el barrio, habían tenido como resultado en la priorización de problemas, que el barrio tenía una RED DÉBIL. Se nos hacía cuesta arriba a la comunidad involucrada, tanto del centro de Salud, como la Residencia misma , poder hacer una reunión para que actores se junten. No lo habíamos podido lograr. En 2020, desde mayo, comenzaron a juntarse, en ZOOM. Comenzamos a generar una reunión, que sistematizamos como quincenal, los jueves, a las 11hs, manteniéndose la frecuencia, que entendemos es la forma de asegurar continuidad al proyecto, que se instale la idea del dia y horario fijos, como referencias. Hemos tenido continuidad y per-

manencia en las reuniones. Y la mayoría de la comunidad interviniente ha manifestado que les han sido de gran utilidad. Por supuesto, que en un inicio, la oferta fue escucharnos, fueron tiempos de angustia que se necesitaba compartir. . Cabe aplicar la consabida frase borginana: No nos une el amor, sino el espanto (Borges,J, 1963) , en un segundo momento, a partir de las premisas básicas: ¿Cómo está el Club? ¿En qué andan? ¿Qué necesitan? Fueron surgiendo acciones en conjunto, con la comunidad diversa. ¿Cómo podemos explicarnos que la Red funcionó mejor en los tiempos remotos? Entendemos que la esencia es la necesidad del encuentro. Sea por la via que sea, si no es presencial. Dos de las acciones que surgieron, en las que participé, fueron:

Grupo de Reflexión con Jardin 941 y Escuelas que Alojan, con Escuela 36, ambos llevados adelante en equipo con practicantes de la carrera de la Licenciatura en Psicología de la USAL/JUAN 23.

GRUPO DE REFLEXIÓN.

La Directora del Jardin 941, no se perdió una reunión de Actores. Es de las más activas, proactivas y colaboradoras de lo que va escuchando que necesitan los demás actores y actrices de la comunidad, y lidera los procesos no sólo educativos, sino también anímicos y motivacionales, con el equipo de maestras con las que trabaja, que demostraron preocupación constante con la problemática de los niños y niñas que concurrían al jardín., o mejor expresado, que no concurrían. En los encuentros de Red, expresaban la sensación de extrañar ver a los niños y niñas, pero también eso que pasaba cuando se juntaban con sus compañeras maestras. Le propongo, ante esto, un Grupo de Reflexión, encontrarnos. Lo sistematizamos con cuatro encuentros, por plataforma meet, con frecuencia quincenal, donde determinaríamos juntos la necesidad de qué abordar. El primer encuentro fue un re encuentro, hubo mucha emoción, coincidió con que era el 11 de septiembre, y fue de catarsis, pero además de la expresión del llanto, que llamativamente, tuvo lugar , en un dispositivo por pantalla, que aparentemente es tan frío. Lo que siguió después de ese dia, fue mirar para adelante, proyectar, y saberse acompañadas. Nos quedamos con la sensación de que habíamos facilitado ese acompañamiento.

ESCUELAS QUE ALOJAN.

Este dispositivo, que venimos proponiendo, en mi caso, desde 2007 a la actualidad, siempre tuvo de base el vernos y escucharnos presencialmente, en la Escuela, ante una determinada necesidad que pudiera leer el Equipo que tuviera. De la Reunión de Actores, surge la idea de hacerlo remoto, con la Trabajadora Social de la Escuela , que concurria a las reuniones. Lo sistematizamos en cuatro encuentros, y en este caso, se trabajó hacia adentro del Grupo, todo lo que la pandemia había mostrado acerca de un Equipo, que, por razones familiares, se había quedado sin la Directora, desde marzo hasta octubre, y había tenido que no sólo dejar de verse, sino adaptarse a una modalidad de acción sin el liderazgo natural de su Directora, lo que había traído algunas cuestiones vinculares que debían ser trabajadas en el dispositivo. A juzgar por la devolución hecha por los actores y actrices intervinientes, entendemos que nuestra acción facilitó que algunas cuestiones pudieran desarrollarse, a partir de encontrarse y conversar

CONCLUSIONES

Silvia Plaza, habla de enfoque comunitario vs posición comunitaria.(Plaza, S., 2019)

La vuelta que se le encontró el año pasado, a la necesidad esencial del encuentro, fue virtual. Pero se la encontramos. Nada reemplaza el vinculo. El lazo social.

Las redes son sociales desde su nacimiento: nos preexiste la idea de una red. En lo remoto, se llaman redes sociales.

Los problemas que tuvimos, que fueron de conectividad, no pudieron con la transferencia instalada, y esto dejó ver qué habíamos construido antes, ya que en ese vínculo previo se basó que pudimos trabajar y encontrarnos.

Para el final, volver a mostrar que la esencia es el encuentro, cualquiera sea la forma que le vayamos encontrando cada uno de nosotros y nosotras. Y poner en valor una vez más la potencia irreemplazable de las palabras cuando circulan. Si queremos escuchar, las palabras están ahí, todo

el tiempo hablando de encontrarnos, con los mismos problemas que teníamos en lo presencial:

Cuando nos juntábamos y nos entusiasmábamos para darle forma a los proyectos que habían salido en la reunión, decíamos "Que no se corte!", igual que este año, ante los problemas de conectividad o mala señal.

Nosotros y nosotras que nos estamos encontrando por esta plataforma, MEET- Palabra en inglés cuyo significado es

To see and talk to someone: Ver o hablar con alguien. Meet.

La apuesta, siempre es el encuentro.

BIBLIOGRAFIA

BORGES, J. L. Buenos Aires. 1963. Recuperado 12/09/2021.En .

MAJLUF, P.(2008) Escuelas que Alojan.Proyecto presentado para Beca Médicos Comunitarios.

MONTERO,M. Introducción a la Psicología Comunitaria. Editorial Paidós. Buenos Aires.2004.

MONTERO, M. Hacer para transformar. Cap. 1: El Método en Psicología Comunitaria. Pags 27-33. Ed. Paidós. Buenos Aires. 2da. Reimpresión 2012.

PLAZA, S. Apuntes sobre Psicología Comunitaria. En "Tramas que insisten. Debates en Psicología Comunitaria." Capítulo 1. Págs. 19-73.PLAZA, S. (Coordinación) .Cuadernos de Psicología Comunitaria N°2. Serie Debates en Psicología Comunitaria. Noviembre/2019.

EFECTOS DE LA ESCUCHA ANALÍTICA EN LA INTERCONSULTA HOSPITALARIA: LA SITUACIÓN DE INTERCONSULTA

Analia Fernández [A]

La interconsulta a Salud Mental en los hospitales existe hace años. Podríamos ubicar que en nuestro país se inició con Goldenmberg y su equipo en 1956 (Criscaut, 2000) cuando se creó el primer Servicio de Psicopatología en un hospital general. Desde aquel momento, profesionales del ámbito de la salud mental se han incluido y se incluyen en la interconsulta hospitalaria, muchos de ellos desde una orientación psicoanalítica.

El presente trabajo surge, inicialmente, del interés de investigar qué introduce de novedoso y diferente la *escucha analítica* en un campo en donde lo que prima es el discurso médico[1]. En función de ello, emergieron nuevos interrogantes: ¿qué se escucha a partir de un pedido de interconsulta a Salud Mental desde una orientación que incluye al psicoanálisis? La *escucha analítica*, ¿introduce aportes al campo de la atención y tratamiento del paciente internado por otras disciplinas? ¿Cuáles? ¿Cómo se escucha aquello que se pide? ¿Se escucha de igual modo al profesional solicitante de la interconsulta, al equipo tratante del paciente, al paciente? ¿Qué asemeja o diferencia aquellos modos posibles?

De manera general, nos interesa recordar que el Psicoanálisis surge -o más bien se va construyendo- a partir de que Sigmund Freud (1893) escucha aquello de la medicina que no encaja. El Psicoanálisis emerge en diálogo con el discurso médico de la época subrayando que, aunque lo aborden de modo diferente, tanto la medicina como el psicoanálisis tienen su punto de intersección

1 *El presente trabajo se desprende de la tesis -en construcción- de la Maestría en Psicoanálisis, de la Facultad de Psicología, de la Universidad de Buenos Aires.*

[A] *Lic. en Psicología. Especialista en Psicología clínica (UBA). Ex residente y psicóloga de planta hospital M. Belgrano. Instructora de Residentes (Morón). Maestranda en Psicoanálisis (UBA) CABA. Argentina. analiajfernandez@gmail.com*

en el hecho de dedicarse al sufrimiento humano (Criscaut, 2003). Sin embargo, en el recorrido que realiza Freud (1893, 1905, 1920) la noción de cuerpo queda trastocada totalmente: está el cuerpo biológico, pero con el concepto freudiano de inconsciente e investigaciones al respecto, emerge uno nuevo: el cuerpo del psicoanálisis.

Freud (1917), con sus teorizaciones sobre sexualidad y muerte como aquello no inscripto en el inconsciente, como aquello sobre lo que siempre intentamos decir a pesar de su imposibilidad, produjo una herida narcisista cuyas marcas perduran aún hoy en día. Asimismo, ubicamos que cuestiona una gran parte de las ideas instituidas en su época respecto a la concepción de salud y enfermedad con lo que desarrolla en *Más allá del principio del placer* (1920). Planteos subversivos que emergieron a partir de que Freud se permitió escuchar algo allí donde hasta el momento había *nada*. Modo de escuchar particular que incluye aquello que insiste en quedar por fuera. Modo de escuchar que indefectiblemente es también recorte, en donde escucha y decir quedan entramados al modo banda de Moebius. *Escucha analítica* que a la vez que dice, crea.

En el presente trabajo hablamos de *pedido de interconsulta* siempre que haya una solicitud de intervención dirigida a Salud Mental por parte de algún profesional de la salud -en su mayoría médicos- sobre algún paciente internado en la institución, para despejar alguna cuestión que interrogue, exceda a su saber y/o modo de llevar adelante el tratamiento y/o abordaje del paciente.

En este sentido, proponemos partir del supuesto de que no todo pedido de intervención a Salud Mental -nombrado cotidianamente como solicitud de interconsulta- constituye de por sí una *interconsulta*. A la vez, diferenciamos los pedidos de interconsulta entre disciplinas médicas de la interconsulta que se realiza a Salud Mental, ya que entendemos que ésta última presenta características particulares desde una *escucha analítica*, que incluye momentos y tiempos determinados, con un modo novedoso de entender lo inter.

La situación de interconsulta

Nuestra experiencia en la práctica de la interconsulta en diferentes hospitales generales de la provincia de Buenos Aires nos ha permitido identificar que la mayoría de los pedidos de intervención a Salud Mental emergen del interés, inquietud y/o incomodidad de los profesionales médicos que integran los diferentes servicios -con excepción de algunas solicitudes realizadas por parte del Servicio de Trabajo Social-.

Decidimos hablar de interconsulta a *Salud Mental*[2] ya que, en los pedidos de interconsulta, al menos en los inicios del trabajo con determinado profesional y/o servicio, no se suele diferenciar entre psiquiatría y psicología. Muchas veces, incluso, interconsultar a Salud Mental es sinónimo de hacerlo a Trabajo Social. Se trata de pedidos que no discriminan un saber disciplinar sino más bien lo que se solicita es que alguien intervenga sobre aquello que queda por fuera del saber y/o quehacer médico, sin importar cómo ni quién lo realiza. Entendiendo que, si es algo que *les* queda por fuera, deberá intervenir alguien que también esté por fuera del tratamiento del cuerpo biológico. Si bien existen diferentes formas de intervenir sobre aquello que excede al saber-hacer médico, nos resulta fundamental trabajar la modalidad de respuesta desde una *escucha analítica* en la interconsulta hospitalaria, considerando que ella permite precisar efectos específicos que es posible identificar, vez a vez.

En el entramado entre interconsulta y *escucha analítica* ubicamos la clave en lo inter, ya que no estamos hablando de una consulta a Salud Mental, la cual quedaría más bien del lado de una derivación, en donde la *escucha analítica* pondrá el discurso del paciente en primer plano. Por el contrario, en la mayoría de los pedidos de interconsulta a Salud Mental el paciente *no ha pedido nada.* Incluso, la mayoría de las veces no está siquiera al tanto de que el médico está interconsultando por él con la intención de que Salud Mental lo entreviste. Es por esto que, al menos en

2 *Escribimos, además, Salud Mental ya que retomamos lo que plantea Lacan respecto al nombre propio (Lacan, 1961-1962) en el sentido de que es lo más propio de un sujeto -de allí la elección en el uso de mayúsculas- pero, a la vez, lo más impropio -ya que no nos dice nada sobre aquello que nombra-.*

un primer momento -y esto es lo que nos interesa específicamente- sostenemos que la *escucha analítica* no se entrama con lo que *le pasa* al paciente, sino con lo que el médico *dice* de lo que le pasa al paciente.

Partiendo de que los pedidos de interconsulta surgen allí donde el acto médico ha quedado interrumpido por alguna cuestión, proponemos articular la *escucha analítica* específicamente con aquello que los médicos dicen sobre lo que suponen que le pasa al paciente. Sin embargo, consideramos que incluir la *escucha analítica* respecto a lo que dice el paciente suele ser necesario para interrogar y desplegar cómo se articula el discurso médico en determinada situación, a fin de localizar los impasses del accionar médico (Gamsie, 2009) y apostar a restablecer el mismo.

Escucha analítica en interrelación con el acto médico -y sus posibles impasses- que incluye *escuchar* las transferencias en juego -destacando especialmente aquella que se establezca entre quien hace el pedido a Salud Mental y el interconsultor-. En este sentido, se vuelve clave la noción de *transferencia de trabajo* que Jacques Lacan (1964) presenta en su *Acto de fundación de la escuela*, para formalizar los modos posibles de lazo respecto al saber en lo que hace específicamente a lo *inter.* Apostar a la *transferencia de trabajo* con otros colegas y, especialmente, con otros discursos implica soportar la imposibilidad de anticipar los resultados de la intervención y sostener la apertura ante la sorpresa de lo nuevo. Esto posibilita introducir una discontinuidad en aquel discurso que se ha instalado como único.

A partir de lo antedicho, proponemos como noción clave la de *situación de interconsulta* para nombrar los efectos del entramado entre escucha analítica e interconsulta a Salud Mental. Postulamos que la *situación de interconsulta* podrá incluir el decir de un paciente, pero lo que decididamente incluirá siempre es la *escucha analítica* del *decir médico*. *Escucha analítica* que parte de que "no hay escucha inocente" (Kahanoff, 2011, p.371), a la vez que *escuchar* es también un modo de leer un entramado, un modo de decir, "casi equivalente al de bien decir" (Lacan, 1964a, p.129). Planteamos a la *situación de interconsulta* como aquello que cae de la experiencia y se recorta, es decir, buscamos elevarla a la noción de caso clínico tal como es trabajado por diferentes psicoanalistas, siendo el mismo resultado de una construcción (Álvarez y otros, 2005; Bassols y otros, 2005) en donde es necesario ubicar el nuevo ordenamiento de los elementos de la estructura bajo transferencia (Bassols y otros, 2005).

Proponemos que la *escucha analítica* es condición para que el pedido de interconsulta a Salud Mental devenga una *situación de interconsulta*. En este sentido, se destaca que *interconsulta* no es sinónimo de *situación de interconsulta*. La *situación de interconsulta* es una construcción que se produce, vez por vez, al *escuchar analíticamente* el entramado discursivo en juego y que incluye precisar el impasse en el acto médico. Asimismo, sostenemos que incluir la escucha analítica en la construcción de la *situación de interconsulta* implica situar el malestar insondable y, desde allí, restablecer el acto médico de un modo novedoso dando lugar a lo imposible y al deseo en juego. Entender la intervención de Salud Mental como *situación de interconsulta* implica situar, a partir de la escucha analítica, la distancia existente entre aquello que se demanda y lo que se recorta como deseo, abriéndose de ese modo *otra escena* que permite alojar la subjetividad del sujeto de la interconsulta.

Desde esta perspectiva, consideramos que teorizar los efectos de la escucha analítica ante los pedidos de interconsulta a Salud Mental se corresponde con una posición política en sentido ético (Lacan, 1959-60), en tanto se trata de formalizar el compromiso con el que se viene trabajando en salud pública desde el psicoanálisis en interrelación con otros discursos; razón por la cual consideramos necesario poder dar cuenta de aquello diferente y novedoso que emerge en la interconsulta hospitalaria a partir de que la *escucha analítica* está en juego. Desde esta perspectiva, entendemos que el mismo hecho de nombrar -y teorizar- las prácticas de un modo determinado transforma la realidad, posibilitando abrir nuevas formas de pensarla. En lo que hace al presente trabajo se propone que, al poner a trabajar la idea de *situación de interconsulta*, emerja y se promueva un modo novedoso de escuchar los entramados en dicha práctica.

Bibliografía
Álvarez, M. y otros (2005). Apuntes sobre la construcción del caso y su transmisión. NODVS XII L'aperiòdic virtual de la Sección Clínica de Barcelona. Barcelona. Recuperado de: http://www. scbicf.net/nodus/contingut/article.php?art=168&rev=26&pub=1.
Bassols, M. y otros (2005). La presentación de casos, hoy. NODVS XII L'aperiòdic virtual de la Sección Clínica de Barcelona. Barcelona. Recuperado de: http://www.scbicf.net/nodus/contingut/article.php?art=169&pub=4&rev=26&idarea=7.
Criscaut, J. J. (2000). Una guía básica para la interconsulta. Clepios, VI (4), pp. 189–192.
Criscaut, J. J. (2003). El dispositivo analítico en el campo médico. En Departamento de estudios sobre el cuerpo (DEC). Área 2. Clip medicina. Recuperado de: http://ea.eol.org.ar/01/es/template.asp?simultaneas/psicoycuerpo/clipmed/jjcriscaut.html
Freud S. (1893 [1888-93]). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. En Obras Completas, Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992.
Freud, S. (1905 [1901]). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En Obras Completas, Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992.
Freud, S. (1917[1916]). Una dificultad del psicoanálisis. En Obras Completas, Vol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992.
Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En Obras Completas, Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992.
Gamsie, S. (2009). La interconsulta. Una práctica del malestar. Buenos Aires: Ediciones del Seminario. Col. Filigrana. 2009.
Kahanoff, D. (2011). Sobre la construcción de un campo: no hay escucha inocente. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
Lacan, J. (1964). Acto de fundación. En Otros Escritos. Buenos Aires. Paidós. 2014.
Lacan, J. (1964a). El Seminario de Jacques Lacan. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2008.
Lacan, J. (1959-60). El Seminario de Jacques Lacan. Libro 7: La ética del psicoanálisis. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2007.

DEL AGRUPAMIENTO A LA EMERGENCIA DEL EQUIPO. UNA PERSPECTIVA MICROPOLÍTICA

Analía Fernández [A], Joaquín Tey [B], Nancy Crasnich [C]

La Cordada (2020) es un equipo interdisciplinario, integrado por profesionales de la salud y del campo social. Se trata de una usina de ideas, en permanente construcción, que reflexiona y produce teoría sobre las experiencias y los modos de organización colectiva. También es un laboratorio de experimentación, que observa y analiza en acto los propios procesos del trabajo en equipo.

Apostamos a producir encuentros que incluyan la hospitalidad, la diversidad de pensamientos, la apertura al otro, la disposición al intercambio y la sólida formulación de argumentos. Estos son, para nosotrxs, algunos requerimientos centrales del trabajo conjunto, aunque no necesariamente se presentan como condiciones iniciales. Generalmente se trata de un horizonte en la construcción colectiva, que se irá desplegando y explorando en el mismo proceso en el que un agrupamiento deviene equipo.

En las líneas que siguen expondremos algunas de las ideas fundacionales de nuestro trabajo de indagación y producción conceptual.

Fundamentos.

En nuestro equipo, diversos campos del pensamiento dialogan para componer un cuerpo de ideas capaces de alojar la complejidad de lo múltiple.

[A] Lic. en Psicología, UBA. Especialista en Psicología clínica, UBA. Ex residente y actual psicóloga de planta Hospital Manuel Belgrano. Instructora de Residentes (Morón). Maestranda en Psicoanálisis. CABA. Argentina. analiajfernandez@gmail.com
[B] Lic. en Psicología, UBA. Ex residente y ex jefe de residentes y actual Psicólogo de planta Hospital "Manuel Belgrano". Psicólogo en Clínica de Rehabilitación "ULME" y en Escuela especializada "Fátima". CABA. Argentina. joaquintey@gmail.com
[C] Lic. en Psicología, UBA. Especialista en Política y gestión de la salud mental, UBA. Supervisora y docente. Doctoranda, UBA. Hospital Manuel Belgrano. CABA. Argentina. ncrasnich@gmail.com

El psicoanálisis ilumina la incompletud estructural de todo sistema y aporta una ética que se sostiene en el vacío de saber. Sin embargo, para que la incompletud irreductible y la caída del Uno de la complementariedad no reduzcan la imposibilidad lógica a la imposibilidad fáctica de la organización colectiva, nos proponemos sostener un diálogo de ideas que permita formular una teoría específica, referida al funcionamiento de los equipos. La sociología, el trabajo social y los abordajes comunitarios nos aportan conceptos e interpretaciones sobre fenómenos sociales y colectivos. La filosofía, la política y ciencias como la matemática, la lógica y la física abonan bases sólidas a nuestra empresa de construir una epistemología consistente sobre experiencias difusas de final abierto. El deporte, el arte y otros campos de la experiencia humana también dialogan amistosamente en La Cordada.

Hacia la construcción de una teoría micropolítica de los equipos.

Se llama *cordada* al conjunto de montañistas unidos por una misma cuerda. Las referencias al lazo y el anudamiento nos reúnen bajo este nombre, además de las resonancias que nos remiten a la construcción de acuerdos, la cordialidad y el corazón que sus integrantes ponemos en la tarea.

La inspiración original proviene de la vida y la obra de Fernad Deligny, dedicadas al trabajo con "niños difíciles". Sus proyectos experimentales en instituciones de puertas abiertas, con instructores reclutados entre obreros y desocupados del barrio, lo convirtieron rápidamente en un referente de la "educación especial" en Francia. Progresivamente, fue alejándose del sistema institucional y en la década del 60 pasó un tiempo en la famosa Clínica La Borde, invitado por Jean Oury y Félix Guattari. Tras esa experiencia, comenzó su último proyecto: una red de acogida para niños autistas**,** 'La gran cordada'**,** que alumbró las reflexiones aparecidas en sus textos.

Su obra se ha dirigido a forjar la sensibilidad de los 'trabajadores sociales' de todo tipo, que chocan con la ineficacia de las idealizaciones pedagógicas, psicológicas y sociales, además de las coerciones institucionales. (Deligny, 2021)

Una pregunta. Muchas preguntas.

El acto fundacional de La Cordada se ubica en la reunión de múltiples interrogaciones acerca del trabajo en equipo y se resume, para luego desplegarse, en una pregunta surgida de la teoría política del filósofo Alain Badiou (2011): *¿De qué somos capaces cuando nos organizamos colectivamente?*

En su teoría del *acontecimiento*, Badiou (2002) analiza el nivel macropolítico, es decir la producción de la organización de grandes colectivos, cuyo efecto perdura en el tiempo. Por razones metodológicas, La Cordada ha decidido enfocar su análisis en los pequeños colectivos denominados *equipos* disciplinarios, interdisciplinarios e intersectoriales. Este recorte, entre otras cosas, nos permite abordar los modos de organización y funcionamiento de los equipos que integramos y otros con los que interactuamos, sustrayéndonos del problema de la representación. En los pequeños colectivos existe la posibilidad de que cada integrante se presente en nombre propio sin mediar representación, a través de sus palabras y silencios, de sus acciones e inacción.

Este enfoque de la política a pequeña escala, que denominamos *micropolítica* (Guattari y Rolnik, 2013), nos ha llevado a reformular la pregunta inicial para transformarla en la siguiente: **¿De qué somos capaces cuando nos reunimos y trabajamos en equipo?**

Indudablemente, darle curso a esta interrogación exige definiciones: ¿A qué llamamos equipo? ¿Podemos construir alguna clasificación que caracterice diferentes tipos de equipo desde la perspectiva micropolítica? ¿Es posible gestionar equipos "desde adentro"? Cada una de estas definiciones dibuja un trayecto, evoluciona y se reformula en el desarrollo de nuestro trabajo.

Entendemos que un equipo, como tal, nunca está en el punto de partida, sino que nace de una apuesta y es efecto de la organización. El equipo, en tanto función colectiva, no se define solamente por su numerosidad ni por el hecho de compartir espacio y tiempo de trabajo, sino por una dinámica de intercambios que permita la presentación de las ideas, el encuentro con la diversidad y la construcción de nociones comunes. (Deleuze, 1981)

La complementariedad imposible (Badiou y Cassin, 2011), la tensión entre las decisiones indi-

viduales y los intereses comunes, los desacuerdos y oposiciones de ideas y subjetividades representan algunos de los obstáculos que encuentra el trabajo en equipo. (Foucault, 2017)

Afrontar esos obstáculos y abordar procesos de construcción colectiva requiere disposición a la hospitalidad (Derrida, 2006), es decir una apertura al otrx que no se reduzca a la tolerancia, sino que soporte la discrepancia, la tensión intrínseca entre lo instituido y el acontecimiento, entre lo calculado y lo sorpresivo e incalculable. Para que un colectivo devenga equipo, cada quien deberá estar dispuesto a recibir al otrx dentro de su campo simbólico y, a su vez, deberá estar abierto a ser visitado por aquel, siendo sorprendido, incomodado, transformado.

En el análisis micropolítico del trabajo en equipo nuestro foco se dirige a estudiar los recursos que permiten -partiendo de un simple agrupamiento- arribar a la construcción de lo común, a los acuerdos y a la toma de decisiones consensuada colectivamente.

A partir de estas bases conceptuales, podemos dar curso a las preguntas específicamente micropolíticas: ¿Cómo nos representamos la organización colectiva? ¿Cómo administramos la conducción, el liderazgo y la transversalidad? ¿Con qué recursos contamos? ¿Cuáles podemos instrumentar? ¿Cuál es la relación, en la experiencia efectiva, entre lo colectivo, lo individual, lo singular y lo subjetivo? ¿Cómo intervenimos para generar acuerdos, tomar decisiones y afrontar conflictos? Importa destacar que no nos referimos a cualquier equipo, sino a aquellos de los cuales formamos parte. No hablamos de algo abstracto y general, sino concreto y situacional.

Estas preguntas señalan algunas de las líneas de análisis que surgen a partir de tropiezos que nos presenta la práctica diaria en equipos de trabajo y también de la confianza, que compartimos, en el valor de la producción colectiva y su potencia.

Como dijimos, consideramos que el análisis micropolítico del trabajo en equipo requiere una teoría específica, por eso hemos abordado el estudio de algunas definiciones clásicas para reformularlas y articularlas a partir de nuestro enfoque.

En nuestra propuesta, el concepto de equipo -más allá de la mera agrupación o la denominación formal de los dispositivos institucionales- está articulado a la idea de "máquina en lo social" acuñada por Deleuze y Guattari. La elección de la noción de máquina tanto como la de agenciamiento colectivo apuesta a complejizar la teoría sobre el funcionamiento de los equipos, ya que la máquina social, en tanto ensamble, se produce en función de la tarea que realiza y se definen a partir de ella. Esto nos permite pensar su configuración y funcionamiento a partir de conexiones y producciones. (Murillo, 2019)

En términos spinozianos (Deleuze, 1981) la idea de equipo incluye a 'aquellos que se componen bien' en la realización de una tarea determinada y encuentra adecuada articulación con la perspectiva compleja enunciada por Edgar Morin, quien plantea que "el todo tiene cualidades o propiedades que no se encontrarían en las partes si éstas se separaran las unas de las otras." (1999, p.16)

Entendemos al equipo como un sujeto colectivo, que trasciende a sus integrantes y se constituye en referente para quienes lo conforman y también para otrxs actorxs sociales con los que interactúa.

Para que se produzca el fenómeno colectivo es necesario trabajar en esa dirección, crear las condiciones para que la máquina que llamamos equipo consista en su función, produzca conexiones y exprese su potencia.

Entendiendo la potencia como *capacidad de un equipo*, la reconocemos al menos en un atributo: el de *ser resolutivo*, vale decir desplegar su eficacia.

Para evaluar la eficacia desde la perspectiva micropolítica, encontramos necesario pensar *hacia adentro* y *hacia afuera*: analizar el funcionamiento y la organización colectiva tanto como la productividad en el logro de los objetivos específicos de cada equipo. Ese es el horizonte de trabajo de La Cordada: sistematizar categorías de análisis a partir de un enfoque metodológico riguroso y, a la vez, adecuado a un pensamiento político que no se limite a los aspectos administrativos, pero que tampoco los excluya.

Pensarnos como equipo.

Volvamos a la metáfora que origina nuestro nombre. La escalada requiere de un mínimo de dos personas anudadas por y a una cuerda. Nadie escala solx.

Una de las habilidades básicas consiste en aprender a hacer nudos. Hay nudos que ajustan y aseguran, nudos que dan movimiento, nudos "ocho" que permiten conectar, nudos que fijan. Los errores que pueden costar la vida son aquellos que se producen cuando alguien escaló muchas veces, cuando sabe mucho, automatiza y deja de dudar, por lo tanto de cuidarse. Es por esto que el chequeo de seguridad se hace de manera cruzada: suele ser más fácil ver lo que otrx no ve, o hizo mal. En la escalada eso puede salvar una vida.

La Cordada propone enlazar ideas y acciones surgidas de las experiencias de trabajo en equipo, para anudar la diversidad en criterios comunes y decisiones compartidas. Ver lo que otrx no ve y aportarlo, puede salvar un proyecto, revitalizarlo y, seguramente, enriquecerlo. En los equipos, la organización colectiva requiere de la disposición de sus integrantes para interrogar la situación y no apresurar conclusiones. El acuerdo será un punto de llegada, en el punto de partida la diversidad y el desacuerdo son esperables y hasta deseables.

Estamos en el camino de construir una teoría que posibilite y sostenga una ecología de las prácticas colectivas, basada en debates, encuentros y desencuentros que alumbren acuerdos de organización. Una tarea de esta índole nos expone a la incertidumbre, el desorden y el obstáculo y, al mismo tiempo, nos propone no retroceder ante la política. Esta es la apuesta y el desafío de La Cordada.

Bibliografía

Badiou, A. (2002). Condiciones. Siglo veintiuno.
Badiou, A. (2011). ¿Qué significa cambiar el mundo?
http://alucero-montano.blogspot.com/2011/09/alain-badiou-de-la-definicion-de-verdad.html
Badiou, A., Cassin, B. (2011). No hay relación sexual. Dos lecciones sobre "L'Étoudit" de Lacan. Amorrortu.
Deleuze, G. (1981). Spinoza: Filosofía práctica. Tusquets.
Deligny. F. (2021) Cartas a un trabajador social. Cactus.
Derrida, J. (2006). La Hospitalidad. Ediciones de la Flor.
Foucault, M. (2017). Una introducción a la vida no fascista. Prefacio a la edición estadounidense de El Anti Edipo. http://lobosuelto.com/una-introduccion-a-la-vida-no-fascista-prefacio-de-michel-foucault-a-la-edicion-estadounidense-de-el-anti-edipo/
Guattari, F., Rolnik, S. (2013). Micropolítica. Cartografías del deseo. Tinta limón.
La Cordada. Micropolítica de los equipos (2020). Integrada por Nancy Crasnich, Analía Fernández, Gaspar Macías, Joaquín Tey, José Cohen, Nora Lomberg, Mabel Seguro.
Morin, E. (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Santillana.
Murillo, M. (2019). Deleuze & Guattari. El deseo y lo social. Brueghel.

MIGRACIÓN Y PRÁCTICAS TERRITORIALES EN UN BARRIO POPULAR DE LA CIUDAD DE SALTA

Paula Ulivarri [A], Amelia Clark [B]

Introducción

Este trabajo forma parte del programa interdisciplinario Migraciones y Gobernabilidad, conformado por un equipo perteneciente a las carreras de psicología y arquitectura de la Universidad Católica de Salta. El objetivo es indagar la dinámica de los procesos migratorios de ciudadanos bolivianos en la ciudad de Salta-Argentina, teniendo en cuenta tanto sus estrategias organizativas

[A] *Lic en psicologia. Esp y Mg en salud publica. Docente e Investigadora Universidad Católica de Salta. Responsable del Area de Investigación. Psicóloga en el Ministerio de Salud Publica de Salta. Cerrillos, Salta. Argentina. pulivarri@ucasal.edu.ar*
[B] *Lic en psicologia. Docente e Investigadora Facultad de Artes y Ciencias- Universidad Católica de Salta. Salta, Salta. Argentina. aclark@ucasal.edu.ar*

como los marcos normativos y regulatorios que encuadran la gestión migratoria en el país. Se trata de una investigación cualitativa, a partir del Estudio de Casos; este método nos permite una lectura- entre otras- un contexto atravesado por múltiples determinantes: sociales, culturales, económicos y políticos. El espacio de trabajo es un sector de la ciudad de ubicado al sureste, constituido por tres barrios heterogéneos, el Barrio 20 de junio, Ampliación 20 de junio y el Barrio Tinkunaku. Todos ellos surgieron de distintas maneras, de un Plan provincial de viviendas el primero y como asentamientos espontáneos los otros dos, con distintas historias, sin embargo, en esa diferencia, pudieron encontrar sus puntos en común, sus espacios de lucha y reconocimiento hacia un exterior que los homogeniza permanentemente.

Se abordó la temática con un modelo de investigación flexible y emergente. Las herramientas que nos permitieron acercarnos a los habitantes se fueron sumando, articulando, pensando a medida que nos internábamos más en su cotidianeidad; de esta manera las entrevistas, las encuestas, la cartografía social a distancia, la observación participante y la bitácora de campo fueron nuestros aliados, sobre todo, en momentos en que la pandemia de COVID-19 nos fue limitando nuestras posibilidades de estar-en.

Luego de dos años de trabajo, fuimos configurando las categorías previas que nos permiten analizar la dinámica de barrios populares, donde la migración, de otros países, pero también del interior de la provincia configurando desplazamientos de entornos rurales a urbanos es una más de las dimensiones que atraviesa su vida cotidiana. Entonces, nos encontramos con una comunidad (el barrio) con sentido de comunidad, con historias de participación comunitaria, con redes que se activan ante momentos de alarma, destacando recientemente la situación de pandemia COVID-19 y el aislamiento y distanciamiento, en definitiva, con historia-s.

Este espacio nos permite contar esa historia de lucha y resiliencia, frecuentemente invisibilizada, personas que se unieron para convertir un asentamiento en un barrio popular (Carvajalino Bayona, 2019), a pesar y a través de todos los obstáculos que tuvieron y aún tienen.

Las categorías emergentes de la investigación que se seleccionaron para esta presentación giran en torno a: a) la territorialidad y el sentido de comunidad, b) los espacios microsociales y la participación comunitaria, y c) las redes barriales. A fines de presentar nuestra experiencia, intentaremos compartir algunas de las ideas más relevantes de cada una de estas categorías, entendiendo que es un recorte, una mirada dentro de múltiples posibilidades de ser analizada una dinámica barrial. Partimos de la advertencia que estas categorías bajo ningún concepto se encuentran aisladas, al contrario, se entrelazan continuamente, dando sentido al territorio como categoría central.

El sentido de comunidad y las prácticas territoriales

El concepto de comunidad fue actualizándose, sobre todo en los últimos años, ampliándose en sus posibilidades de interpretación. De esta manera, podemos entenderlo como los vínculos de confianza y de reciprocidad entre los integrantes de un barrio, pero también en una red social o un grupo sin territorio físico que lo limite. Sabemos que el sentimiento de pertenencia en estructuras colectivas nos permite tomar parte en la toma de decisiones sobre los asuntos que nos involucran, como individuo y como sociedad.

El sentido de comunidad fue definido en la década de los 70 por Sarason (1974, en Maya Jariego, 2004) y tomada hasta la actualidad, por su fuerza conceptual. Este autor entiende el sentido de comunidad como aquella sensación de formar parte de un grupo, un sentimiento compartido de que las necesidades colectivas serán atendidas bajo un compromiso cooperativo entre todos sus integrantes. El sentido psicológico de comunidad tiene cuatro componentes: a) Pertenencia: el sentido de implicación personal en la comunidad tiene atributos esenciales, tales como la pertenencia y la identificación con la comunidad o la seguridad emocional; b) Influencia recíproca: entre los miembros y la comunidad se experimentan dinámicas de intercambio recíproco de poder; c) Integración y realización de necesidades: hace referencia a la posibilidad de compartir valores y recursos, y a la satisfacción de las necesidades individuales entre los integrantes de una comu-

nidad; y d) Conexión emocional compartida: es un vínculo basado en las experiencias compartidas entre los miembros de una comunidad. Es un factor esencial en el mantenimiento de comunidades sólidas.

En nuestra investigación pudimos evidenciar, en primer lugar, la capacidad de las organizaciones sociales, formales e informales, para incidir en el entorno comunitario; en segundo lugar, el papel modulador de las dinámicas organizativas en los procesos de identificación y fortalecimiento desde la participación comunitaria. Estos resultados se suman a las evidencias que señalan que el sentido de comunidad facilita el proceso y que, a su vez, este proceso tiene efectos positivos sobre el nivel de implicación y compromiso con la organización.

Los espacios microsociales y la participación comunitaria

Al participar en organizaciones locales, los miembros de la comunidad adquieren control sobre su entorno, se identifican con la comunidad y contribuyen a fortalecer la cohesión social. El estudio de la participación en contextos comunitarios requiere tomar en consideración el contexto organizativo y el grado de efectividad de las acciones puestas en marcha. Tampoco puede aislarse del concepto de redes, partiendo de la consideración que se activan cuando surge algo concreto. Pudimos observar que, si bien para la mayoría de las personas del barrio tal participación no es observable todo momento, coinciden en señalar que fue un elemento imprescindible en sus primeras etapas de constitución y organización.

Por microespacio entendemos ese territorio donde se desarrollan las prácticas sociales ligadas a la sobrevivencia cotidiana, constituyéndose por sobre todas las cosas como espacio social donde tales prácticas aparecen como producciones culturales, imprimiendo huellas que hacen que ese territorio se convierta en algo propio, resignificado. Esto pudo observarse en momentos como la construcción de la cartografía social, momento de poner en común las experiencias, los recuerdos, los espacios subjetivos. Momento de encuentro entre subjetividades, que permite no sólo reconstruir una historia de lucha y sostener-ser, sino también, y sobre todo, de proyectar el barrio que quieren para sus familias, para ellos y para la ciudad.

En estos momentos, se encuentra más que nunca la posibilidad de concretar su barrio-futuro, a través de la puesta en escena de la Ley 27453, de Integración socio urbana de los barrios populares. Estamos presenciando un momento donde aquella participación de antaño, recordada como efectiva en su momento, se encuentra en proceso de activación, no sin desconfianza ni esfuerzo, pero con entusiasmo y que va tomando fuerza de a poco.

Las redes barriales

Tomando las categorías anteriores, encontramos que las redes que tejen, unen, articulan, los deseos y las esperanzas de las personas-nodos que la componen.

En la ciudad de Salta, los pueblos originarios, que migran del interior de la provincia, junto a los migrantes que provienen de Bolivia conforman una población sin acceso –o con acceso restricto- a los bienes y servicios públicos urbanos, al sector inmobiliario formal y a la propiedad de la vivienda. Este sector reside mayormente en los barrios populares y constituyen el grupo social más afectado por la falta de planificación urbana de la Ciudad.

Estudiar las estrategias de las personas migrantes permite ampliar lo que tradicionalmente es considerado como el ámbito político de las migraciones. Ello implica poner en primer plano la especificidad que la condición migrante y la experiencia migratoria imprimen a las prácticas (no autorizadas) de ciudadanía.

La zona sudeste de la ciudad, donde se ubican los barrios mencionados, tiene una larga historia de trabajo en red. Durante 20 años existió una mesa de enlace, constituida por diferentes instituciones locales (centro de salud, centro vecinal, escuelas, iglesias, lideres informales). Sin embargo, desde hace un tiempo, este espacio de apoyo no se encuentra activo, ya no se reúnen para pensar al barrio como conjunto. Continúa pese todo presente el concepto de red, entendida como el espacio donde se establecen relaciones de intercambio, de ayuda mutua. La comunidad recupera que en el marco de la red donde tenemos la oportunidad de reflexionar sobre lo social

tal como lo experimentamos en nuestras prácticas cotidianas, crear alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades.

Las redes barriales tienen la especificidad de estar conformadas por instituciones que comparten un espacio geográfico y dirigen sus acciones a una misma población. Al potenciar los recursos, se fortalece la capacidad de la comunidad de resolver problemas por sus propios medios. Queda, por tanto, activar este espacio común-comunitario, ya que saben que es la manera de lograr cumplir su objetivo, que no es en soledad, sino con otros.

Cuando en el 2020 se declara el ASPO (aislamiento social y preventivo obligatorio), producto de la pandemia COVID-19, muchos barrios populares quedaron aislados, marginados. Estos procesos de exclusión fueron facilitados por la situación geográfica de estos barrios, que establece una situación de aislamiento por la falta de vías de conexión con el resto de la ciudad. Los barrios son colindantes con canales aliviadores, un parque industrial, el río; cuentan con pocas calles de ingreso y salida. Las fuerzas de seguridad no ingresaban a los barrios para vigilar la dinámica interna, sino que se colocaban como límite en el intercambio con el resto de la ciudad y esta fisura es lo que permitió la activación y articulación de una red más amplia de la imaginada.

Durante esos meses, los barrios se convirtieron en pequeñas islas, donde debían reinventarse para seguir respondiendo a las necesidades de los vecinos, como, por ejemplo, los comedores comunitarios, donde niños y adultos mayores concurrían diariamente. Las tareas de cuidado se multiplicaron, incluyendo actividades de enseñanza a los niños y adolescentes y se redujeron las fuentes de recursos materiales. En el contexto de ASPO se recuperaron prácticas de solidaridad y trabajo organizado, recuperando experiencias de los momentos fundacionales de estos barrios donde los migrantes sin acceso a tierras organizaron el espacio vacante urbano en los barrios que hoy conocemos.

Antes de la pandemia, ya se encontraban vinculados los 43 barrios populares de la ciudad de Salta, identificados por el RENABAP; esto a través de las redes sociales y grupos de WhatsApp. Esta red es lo que les permitió estar conectados a pesar del ASPO, ayudarse desde la distancia a pensar nuevas estrategias para abordar lo emergente. La red virtual reemplazó rápidamente a la red física, aprendieron a vincularse de otra manera. Esto permitió que actualmente se conviertan en un grupo fortalecido para responder de manera conjunta a los requerimientos que exige la Ley de barrios populares, para convertirse en parte integrante de la gran ciudad.

Conclusiones preliminares

Este breve trabajo de sistematización nos permitió visibilizar las diferentes aristas de lo que significa vivir en un barrio popular, haciendo énfasis en sus potencialidades. Nuestro propósito fue plasmar en breves palabras la fuerza, la lucha de las personas que lo habitan, que buscan permanentemente deconstruir las representaciones sociales del *resto de la ciudad*, que los leen como barrios peligrosos, de tráfico y consumo de sustancias, bandas y violencia, donde la policía no se atreve a entrar, ese conjunto de personas que a veces –muchas- debe mentir sobre su domicilio real para conseguir un trabajo digno y formal.

Pudimos observar que, en este gran territorio, migrantes y locales se unen para sostener procesos comunitarios, para realizar las mejoras que permitan convertir el asentamiento en barrio. La situación de ASPO y DISPO se presentó como una posibilidad de articulación entre distintos barrios, dentro y fuera de la provincia a través de la virtualidad. La crisis recuperó y resignificó las historias fundacionales y los aportes de los migrantes, así como hizo visible las situaciones de vulnerabilidad específica de quienes no cuentan con redes familiares y vecinales. El desafío de las redes se presenta actualmente en la forma de la reapertura y la vida cotidiana, con la posibilidad de construir sobre lo organizado y planificado.

Bibliografía

Carvajalino Bayona, H. (2019). Barrios populares: alternativa a la crisis habitacional , desde los pobladores. Revista Credencial. Obtenido de: http://www.revistacredencial.com/credencial/historia/temas/barrios-popularesalternativa-la-crisis-habitacional-desde-los-pobladores

Maya Jariego, I. (2004). Sentido de Comunidad y Potenciación Comunitaria. Apuntes de Psicología, 22(2), 187-211.

NOTAS PARA REFLEXIONAR SOBRE EL DERECHO A LA ESCUCHA DE LAS INFANCIAS: ANÁLISIS DEL CUENTO INFANTIL ¡AHORA NO, BERNARDO!

Fanny Novack [A], Fabiola Mansilla [B]

Introducción

La Infancia a través del tiempo.

Podemos decir que la infancia es una construcción moderna. A lo largo del tiempo las infancias han sufrido diferentes manifestaciones de crueldad y desamparo. Como así también a partir de ello se han constituido *derechos* como modos de cuidar y proteger a las infancias.

Diferentes autores nos permiten miradas y representaciones de la infancia a través del tiempo.

Jonathan Swift, en "A modest proposal", nos habla de devoradores y devorados. La infancia a través del tiempo. ¿Qué y quienes devoran a la infancia?. Esos devoradores han sido los mismos padres, los monstruos, la religión, la fabrica, como en la actualidad lo son la medicalización de las infancias, el desamparo, la falta de cuidado y prácticas desubjetivantes de los adultos para con los niños.

En el mundo antiguo la infancia aparecía en una inferioridad de condiciones (no era entendida como en la actualidad), frente al hombre adulto ciudadano. Se equiparaba a la infancia con las mujeres, los ebrios, los ancianos, los animales; seres inferiores.

La vida familiar estaba dominada por el poder absoluto del padre, que lo ejercía legalmente sobre los esclavos pero también sobre su mujer y sus hijos. El *pater familias*. Si un hijo había sido vendido tres veces se encontraba legalmente emancipado de la *patria potestas*. Asimismo, el padre podía matar a sus hijos y a su mujer. El Estado mantenía repugnancia a limitar la autoridad del padre. Grimal, P., *La civilización romana*. Barcelona, Paidós, 2007 (1987), p. 108.

Mientras el hijo no se halle asociado a la religión doméstica, no es nada para su padre. "De Coulanges, F., *La ciudad antigua*. Madrid, Edaf, 2007 (1982), p. 92.

Para Phillipe Ariés, la niñez y la adolescencia son construcciones modernas, que se inician a finales del siglo XVII. La importancia de figuras tales como Rousseau y acontecimientos tales como la Revolución Francesa alcanzan un grado importante de reflexión. Sostiene que el niño tradicional era feliz porque podía mezclarse libremente con personas de diversas clases y edades y que en la época moderna se "inventó" un estado especial, *la infancia*, que dió origen a una concepción que privó a los niños de libertad. Para Lloyd de Mause: "La historia de la infancia es una pesadilla. Cuanto más se retrocede en el pasado, más bajo es el nivel de la puericultura y más *expuestos* están los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror y los abusos sexuales". Propone una historización de la infancia dividida en seis etapas: Infanticidio (Antigüedad - siglo IV), Abandono (siglos IV-XIII), Ambivalencia (siglos XIV-XVII), Intrusión (siglo XVIII), Socialización (siglo XIX - mediados del XX), Ayuda (mediados del siglo XX).

¿Qué es infancia?, ¿Qué incluye este concepto?

En el Siglo XX se ha hecho mayormente visible la problemática infantil, lo cual permitió la exploración del pasado, hecho provocado por múltiples fenómenos como reconocimiento jurídico mundial de los derechos humanos, las hipótesis sobre la desaparición de la idea social de la infancia por efecto de la expansión de los medios de comunicación y la incertidumbre creciente respecto de los vínculos entre generaciones adultas y generaciones jóvenes.

Para Sandra Carli mirar la infancia significa dar cuenta y pensar acerca de las mutaciones que se produjeron en la experiencia infantil desde mediados de Siglo XX hasta la fecha. La infancia es

[A] *Psicopedagoga. Orientadora Vocacional-Ocupacional. Docente Universitaria, Investigadora y Extensionista. Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Río Gallegos, Santa Cruz. Argentina. novack_fanny@hotmail.com/ fnovack@uarg.unpa.edu.ar*

[B] *Profesora de Letras. - Investigadora. UNPA-UARG. Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Río Gallegos, Santa Cruz. Argentina. fabi_mancilla@hotmail.com*

un concepto que se inscribe en trabajos de diversos tipos que oscilan entre la omisión del relato acerca de las transformaciones que la afectan, desde perspectivas sustancialistas y la prescripción absoluta del estatuto de la infancia a partir de intervenciones profesionales y disciplinarias.

Según el diccionario de definiciones de Oxford Languages, infancia es el "primer período de la vida de la persona, comprendido entre el nacimiento y el principio de la adolescencia", también es "un conjunto de personas de esa edad". Desde una perspectiva del tiempo, el concepto de infancia refiere entonces, en primer lugar, a un período vital, a un tiempo biológico que se sitúa entre el nacimiento y el comienzo de la adolescencia. La categoría infancia, desde el psicoanálisis, se define como el tiempo de estructuración psíquica, pero en la constitución psíquica siempre desempeña un papel estructurante la relación con el otro, en la medida en que toda tópica psíquica es desde el principio intersubjetiva (Bleichmar).

El tiempo en la infancia es un tiempo construido por los adultos, un tiempo histórico-cultural: es en la trama de una sociedad y de una cultura que se dota de sentidos a esa edad, instalándola como tal en otra temporalidad que no se ciñe a la temporalidad biológica, evolutiva de la edad, sino que se inscribe en un proceso más amplio de índole social.

Ambas temporalidades, la del niño como un cuerpo en crecimiento y la de la sociedad en la que se constituye como sujeto, están estrechamente articuladas. Es en la ligazón entre la experiencia de los niños y la institución de los adultos, que se produce la constitución del niño como sujeto: esta ligazón es constitutiva.

La Infancia como Derecho o los Derechos en la Infancia.

En la Convención de los Derechos del Niño (1989), ya se plantea la cuestión del cuidado como una preocupación y se señala especialmente como una responsabilidad de los Estados, recordando que en la Declaración Universal de los Derechos Humanos las Naciones Unidad proclamaron que "la infancia tiene derechos a cuidados y asistencias especiales"… Asimismo "teniendo presente que la necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959 y reconocida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño, teniendo presente que como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, "el niño por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especial, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento.

Alicia Stolkiner nos habla de la escucha como hospitalidad (desde una mirada Derridiana), concepto del cual podemos encontrar multiplicidad de sinónimos como: cobijo, asilo, refugio, seguridad. Así mismo liga la escucha a un "acto de salud", de salud mental, que promueve una posibilidad de subjetivación como así también de objetivación. La escucha posibilita un encuentro intersubjetivo, ya que recupera la dimensión subjetiva de los intervinientes.

En el cuento infantil que elegimos, nos encontramos con Bernardo. Él es un niño que según lo que muestran las imágenes podría tener aproximadamente seis años. Se acerca a su papá quien estaba clavando un clavo en la pared, y lo saluda: "Hola pa", dijo Bernardo. Podemos deducir que dicho saludo es una invitación hacia ese adulto, a compartir con él. El padre sigue de espaldas sin mirarlo, y le dice: ¡Ahora no Bernardo!. Bernardo se aleja.

¿Qué significa escuchar a un niño?. La Convención Internacional de los Derechos del Niño establece que todo niño tiene derecho a ser escuchado (Art. 12). Si bien refiere a procesos jurídicos, marca un precedente en la ubicación de las infancias como sujetos de derecho.

Escuchar promueve procesos de subjetivación como decíamos anteriormente, la posibilidad de reconocer que la voz de los padres no es necesariamente la suya, que tiene voz propia, sentimientos, autoría de pensamiento. Hospedarlo en su carácter de "extranjero". Esa extranjería de

la infancia, poco recordada por parte de los adultos, ya que al decir de Freud el vivenciar infantil queda bajo el influjo de la amnesia infantil.

Bernardo al no encontrar atención, escucha y disponibilidad en ese padre, se acerca a la madre, y le dice: "Hola ma". Se repite el mismo patrón que con el papá. La madre no lo mira. Y le responde: "Ahora no, Bernardo". Bernardo mira hacia el techo, con una mano en el mentón, y se queda parado allí pensando.

Los niños son sujetos en construcción. Necesitan de ese otro adulto, como continente y sostén de sus necesidades y aconteceres. Se requiere así de intersticios necesarios, puntos de encuentro entre un niño y un adulto, de una ética de la mirada y de la escucha, del reconocimiento de ese niño en su otredad. Skliar (2017) propone pensar la infancia como un tiempo de detención, de invención, de una atención desatenta, de un porvenir abierto. No se trata de un pequeño que se va a desarrollar como adulto en un plan prestablecido, de un futuro prediseñado de antemano, sino de un sujeto en toda su potencialidad presente. Es una subjetividad en el aquí y ahora con sus miedos, sus angustias, sus sueños.

Bernardo esta allí frente a sus padres. Reclama mirada y escucha. Que le *donen* un tiempo. Bernardo intenta captar la atención materna, diciéndole a modo de preocupación: "Hay un monstruo en el jardín y me va a comer". La madre siempre de espaldas y sin mirarlo, vuelve a decirle: "Ahora no, Bernardo!.

Los adultos en tanto figuras cuidadoras, deben ejercer dicha función. La mera presencia física, no le garantiza al niño dicho cumplimiento. Estos padres parecerían estar muy ocupados, como si el tiempo apremiara, y la desmentida de un niño alzando su voz, por ser escuchado. Carlos Skliar (2017) define la ética como "una óptica del reconocimiento al otro, la acústica del escuchar sus historias, la sensibilidad hacia lo frágil, la respuesta singular, la búsqueda de la propia voz." El adulto opera como modelo identificatorio, el nielo toma emblemas de esas figuras significativas y necesarias para su constitución subjetiva.

Podemos destacar también la particularidad humana del lenguaje, el pasaje del "oír" como una función biológica, al "escuchar" como una construcción cultural, social, humanizante: "Escuchar es inseparable de hacerse escuchar" (Schaeffer, 1988). La de Bernardo es una búsqueda incesante de con-mover a esos otros, de con-ver-sar. Y más allá de sus insistencias, pareciera no lograrlo.

Byung-Chul Han, nos dice que hoy cada vez más perdemos la capacidad de escuchar. Escuchar no es un acto pasivo; se caracteriza por una actividad peculiar. Primero tengo que dar la bienvenida al otro, es decir, tengo que afirmar al otro en su alteridad.

Bernardo porta su soledad en si mismo. Baja las escaleras para ir al jardín. Bernardo salió al jardín. "Hola monstruo", le dijo al monstruo. El monstruo se comió a Bernardo de un bocado.

Siguiendo esta línea acerca de la dificultad estructural para escuchar, podemos traer los aportes de Julián Ferreyra, quien nos señala: La pregunta sobre cómo escuchar a un niño no se plantea en la búsqueda de un saber-hacer, una técnica o como determinados pasos a seguir que pudiesen ser estandarizados. Problematizar sobre la escucha – a cualquier sujeto, pero sobre todo a un niño-siempre abre a la dificultad de encontrarnos con el malentendido: estructura discursiva que, dicho en pocas palabras, muestra que lo que se dice y se oye difiere o confunde lo que se quiso decir; o, lo que es lo mismo, las palabras y sus efectos no son transparentes a la escucha. En los niños, ese malentendido se ubica principalmente en su relación diversa con el lenguaje, con los códigos y los modos de habitar la palabra, Los niños hablan otra lengua, la infantil, conteniendo un lugar y una función del saber diversa a la del mundo y lenguaje adulto (Ferreyra, 2016).

Pero: ¿Qué intentaba decir Bernardo?. La necesidad de este niño de ser cuidado, amparado. De no quedar invisibilizado. Apostar a la escucha, retomando los decires de Stolkiner conlleva al amparo, mostrarle a ese niño que es importante, como sujeto de deseo y pensamientos propios. Habilitar un espacio de escucha permite que el niño que pueda expresar sus malestares, sus miedos, ligar y procesar dolores, siempre en un espacio de confianza.

El cuento continua de este modo: "Luego el monstruo entró a la casa. GRRR, hizo el monstruo

detrás de la mamá de Bernardo. La mamá nuevamente sin mirar, respondió: ¡Ahora no, Bernardo!!!. Luego el monstruo se dirigió al papá de Bernardo. El monstruo mordió al papá de Bernardo en una pierna, mientras estaba leyendo el diario. El papá sin mirar respondió: ¡Ahora no Bernardo!!!. Acto seguido la mamá de Bernardo dice:¡Tu comida está lista!, y puso la comida frente al televisor.

Bernardo va desapareciendo ante la mirada y la escucha de sus figuras cuidadoras. Pareciera que el tiempo es utilizado para otras cosas, en lo cotidiano de estos papás, y no opera el deseo de escuchar a este hijo, de preguntarle que desea decir. Fernando Ulloa no dice que el escenario donde el cachorro humano va constituyéndose como sujeto es el de la ternura. Y nos habla de dos ejes de la ternura por un lado la "empatía" que genera el suministro de lo necesario para el niño, y por otro lado el "miramiento", en su significado de mirar con considerado interés, con afecto amoroso, a quien ha salido de las entrañas, es reconocido sujeto distinto y ajeno.

Ahora bien, esa falta de miramiento amoroso, de escucha interesada, ¿hicieron desaparecer a Bernardo y convertirlo en una cosa monstruosa?. Esa falta de interés también se visualiza en el no compartir un momento tan importante como lo es el almuerzo. Faltan "entres", que oficien de puentes, de un verdadero encuentro entre esos padres con ese hijo, un vínculo amoroso y saludable. ¿La soledad para algunos niños puede ser un monstruo fagocitante, devorador?.

…"El monstruo se comió la comida. Luego vio la televisión. Después leyó una de las historietas de Bernardo. Y rompió uno de sus juguetes"… Pero lo que acontecía, no hallaba registro, escucha, mirada en los padres de Bernardo. Para ellos todo parecía continuar tal cual.

…"Vete a la cama. Ya te subí la leche". Dijo la mamá de Bernardo. El monstruo subió las escaleras. "Pero si soy un monstruo", dijo el monstruo. "Ahora no, Bernardo" Dijo la mamá de Bernardo y cerró la puerta de la habitación.

La mamá en la última viñeta, mira sin mirar. No opera una mirada libidinizante hacia ese otro, una caricia, una muestra de ternura, un beso de buenas noches. No registra la metamorfosis.

Silvia Bleichmar nos advertía acerca de la responsabilidad de las figuras adultas para con las infancias. Ese vínculo asimétrico, esa relación desigual en tanto conocimientos acerca del mundo, distancia generacional y obligaciones.

Para ir concluyendo

Las presentes notas son una invitación a pensar el Derecho a ser escuchados por parte de las infancias. Adultos que no parecen con la disponibilidad psíquica necesaria, para prestarse como carretel, como continente, para generar escenas, movimientos subjetivos. Inmersos en sus propios ruidos internos, los adultos se olvidan de los niños.

A lo largo de la historia los niños han sido devorados por la fábrica, la religión, arrojados a actos de crueldad. En la actualidad se inscriben nuevas formas de crueldad, como lo es la indiferencia, desmentir la presencia del otro. El no reconocimiento de dicha otredad, quita la entidad de sujeto, y coloca en posición de objeto. La soledad también es una devoradora de infancias, el desamparo, el desvalimiento, la falta de tiempo también lo son.

El tiempo es una construcción también del ser humano. Pero aún así estamos "sujetados" al tiempo y en el tiempo. En relación al tiempo desde la mitología podemos encontrar diversos abordajes. Cronos que representa el tiempo mensurable; para conservar su poder, él precisa devorárselo todo, incluyendo a sus propios hijos. El ¡Ahora no Bernardo! Expresaba esa falta de tiempo, que todo lo devora. Se hace necesario crear una urdiembre en la cual el tiempo no lo deteriore todo. Un tejido, lazos, hechos de palabras, de oportunidades, de ternura, de miramiento y escucha, en la cual el tiempo no sea un enemigo, sino más bien una posibilidad, de reparar, de reconstruir vínculos, de acompañar y de devolverle a ese otor que nos mira como a un espejo que es importante para los adultos.

La literatura infantil permite en ese juego identificatorio encontrarse como niño, encontrarse como adulto. La posibilidad de generar a partir de escenas de lectura de cuentos infantiles, espacios intersticiales, donde la escucha sea un Derecho adquirido y sostenido, para con las infancias.

Bibliografía Consultada.
Aries, P. (1981) Historia social da crianza e da familia. Río de Janeiro. Editora Guanabara. (Primera edición en francés: 1973)
Bleichmar, S. (2012). Violencia social-Violencia escolar. De la puesta de límites a la construcción de legalidades. Buenos Aires. Noveduc.
Carli, S. (2011). Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la infancia en la historia de la educación Argentina (1880-1955). España. Miño y Dávila Editores.
Colángelo, M.A. (2003). La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. En Mesa Infancias y Juventudes. Pedagogía y formación. Trabajo presentado en el Laboratorio de Investigaciones en Antropología Social. Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina.
Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989). Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Artículo 12.-
Derrida, J. y Dufourmantelle, A. (2008). La hospitalidad. Buenos Aires. Ediciones de la Flor.
Fernández, G. (2014). Los devoradores de la infancia. Buenos Aires. Comunicarte.
Fernández, G. (2021). Clase de la Diplomatura en Literatura Infantil y Juvenil, de la UNSAM. Devoradores y devorados: modesta proposición. La infancia "expuesta" en géneros escritos de los siglos XX y XXI.
McKee, D. (1980). ¡Ahora no, Bernardo! Buenos Aires. Alfaguara Infantil.
Skliar, C. (2017). Pedagogía de las diferencias. Buenos Aires: Noveduc.
Stolkiner, A. (1995). Las palabras y los gestos. En Revista E.Psi.B.A,
Stolkiner, A (2012). Infancia y medicalización en la era de la salud perfecta. En Revista Propuesta Educativa N 37, FLACSO.
Stoljiner, A. (2013). ¿Qué es escuchar a un niño? Escucha y hospitalidad en el cuidado de la salud. En La patologización de la infancia (III). Problemas e intervenciones en las aulas, G. Dueñas, E. Kahansky y R. Silver (comp.). Buenos Aires. Noveduc.

DISPOSITIVO DE ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL (D.O.A.P.)

Carlos Sebastián Núñez [A], Marianela Magadan [B]

El presente escrito tiene como finalidad explicitar las razones por las cuales consideramos necesario modificar el nombre del Dispositivo de Área Externa de Salud Mental a Dispositivo de Orientación y Atención Primaria en Salud Mental. Luego de analizar y debatir al interior del equipo y encontrando motivos fundados para solicitar el cambio de nombre del Dispositivo

Partimos de concebir a la Atención Primaria en Salud Mental como *"la estrategia de salud basada en procedimientos de baja complejidad y alta efectividad, que se brinda a las personas, grupos o comunidades con el propósito de evitar el desencadenamiento de la enfermedad mental y la desestabilización psíquica, asistir a las personas que enferman y procurar la rehabilitación y reinserción familiar, laboral, cultural y social de los pacientes graves, luego de superada la crisis o alcanzada la cronificación." (Ley 25.421, 2001).* A partir de esta concepción es que desde hace un tiempo pensamos que el término "Área Externa" presenta serias limitaciones para definir y significar lo que implica un dispositivo de atención primaria en salud mental.

Consideramos a la atención primaria en salud mental como la intervención de mayor accesibilidad y cercanía con la población que tiene como destinataria, esa cercanía puede efectivizarse si se logra articular una red de profesionales por fuera del edificio del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia, y ese "por fuera" resulta ser un término muchas veces excluyente, y generador de una dicotomía entre lo que es perteneciente al hospital y lo que no. Pero es esa lejanía del edificio del hospital la única que permite, como hemos dicho antes, facilitar el acceso de la población, así como la mayor articulación posible con actores e instituciones que conforman el núcleo de las atenciones en salud mental. Red y articulación que en su retroalimentación posibilita una atención integral en salud mental, un sostén en el tiempo con base en la territorialidad de las prácticas, y una referencia y contrarreferencia entre la comunidad y los distintos dispositivos del Departamento de Salud Mental.

[A] *Lic. Psicologia coord RISMC Coord DOAP. HRCR. Comodoro Rivadavia, Chubut. Argentina. sebastianunez@gmail.com*
[B] *Lic. Psicología UNLP Esp Salud Mental Comunitaria Chubut. HRCR. Comodoro Rivadavia, Chubut. Argentina. lic.marianelamagadan@gmail.com*

Asimismo, entendemos que la designación "Área Externa" propicia el malentendido con un departamento homónimo del hospital, el cual se encarga de la coordinación y supervisión de todos los centros de atención primaria de la salud (CAPS). Esto ha quedado evidenciado en demandas que nos han llegado no sólo de instituciones de nuestra ciudad, sino de actores y otros servicios del propio hospital; las cuales no corresponden a nuestro dispositivo. Así también el término "Área Externa" resulta una designación que no es explicativa ni descriptiva de las funciones que cumple el dispositivo, como hemos mencionado anteriormente, sino desde su ubicación topológica de extra-territorialidad del edificio del hospital.

Durante la pandemia de Covid-19 las funciones del dispositivo, conocido como "Área Externa", procuraron garantizar la accesibilidad a través de medios telemáticos. En este tiempo se logró ampliar la accesibilidad y se puso en práctica la orientación y evaluación en lo referente a las consultas de salud mental; entendiendo que dichas prácticas resultan privilegiadas y necesarias para una atención primaria en salud. Sobre esta base, junto con la formalización del Dispositivo de Orientación y Contención en salud mental (D.O.C.), y a 10 años de la promulgación de la ley nacional de salud mental, es que consideramos que una nueva nominación del dispositivo de atención primaria en salud mental permitiría comprender y proyectar la potencialidad del mismo, y fundamentarlo como un dispositivo necesario para garantizar el acceso a la atención y a los derechos referidos a la salud mental de nuestra población.

Bibliografía.

Ley 25.421 de 2001. Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental. 26 de abril de 2001. Recuperado de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/66858/norma.htm

ENTRECRUZAMIENTOS PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLÓGICOS Y COVID-19: ENTRE LO SINGULAR Y COLECTIVO, ENTRE LO NATURAL Y CULTURAL

María Gabriela Sánchez Negrete [A], Mercedes Maidana [B]

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA (PNIE)

La PNIE es ante todo una disciplina científica, que estudia las relaciones entre lo que sentimos, pensamos y nuestro sistema nervioso, endócrino e inmunológico. Estos tres subsistemas: nervioso, inmunológico, e endócrino conforman la red PNIE al actuar recíprocamente, por lo cual un cambio en alguno de estos sistemas repercutirá en los otros. Esto se debe a que estos sistemas tienen influencias regulatorias y bidireccionales, a través de un "lenguaje común" (Besedovsky y Sorkin, 1977), ya que tienen mediadores químicos comunes y receptores presentes en los tres sistemas. Además, si lo que sentimos y pensamos influye en el funcionamiento de esta red, nuestra manera de sentir y pensar dependerá, a su vez, de este modo de funcionamiento en red.

Estudios recientes en los campos de la epigénetica y las neurociencias han puesto de manifiesto que la expresión de los genes depende del medioambiente y que el cerebro es claramente un órgano social que se modifica constantemente por la experiencia gracias a su capacidad plástica.

[A] *Dr. y Lic. en Psicología. Docente CAECE y UBA Directora Licenciatura en Psicología Ucaece. UBA, CAECE, AASM. CABA. Argentina. mgsn@caece.edu.ar*
[B] *Psicoterapeuta; Profa. Pesquisadora da Universidade e Membro do C CABA. Argentina.*

Nuestras experiencias de vida dejan una impronta biológica en nuestro cerebro (Kandel, 1998), modifican sinapsis, modifican circuitos, y dejan huellas que lo hacen único. En tanto el cerebro no es un órgano aislado si no que forma parte de esta red PNIE, esta experiencia vincular construye nuestros cuerpos y lo modifica constantemente. Por eso nuestro cuerpo no es el de la biología pura, es un cuerpo construido a través de la experiencia vincular.

Si el cerebro es un órgano social, desde la mirada PNIE los ***vínculos*** cobran una importancia fundamental. Freud (1917) ya lo decía a principio de siglo XX en su conceptualización de series complementarias, es más atribuyó una interacción entre los factores constitucionales (genética) y las experiencias infantiles en la génesis de la neurosis en la etapa adulta (dos tiempos del trauma). Hoy ha sido demostrado como nuestros vínculos tempranos, nuestras experiencias de vida especialmente las que ocurren tempranamente (en la niñez o incluso intrauterinamente) dejan su huella (Ansermet y Magistretti, 2006**)**. Más aún, ha sido demostrado cómo el abuso físico o psicológico en la infancia se relaciona con el desarrollo de cuadros psicopatológicos en la etapa adulta e incluso con el modo de procesamiento cognitivo de la información (Betancourt, 2011).

Sin embargo, no toda persona que ha sufrido experiencias traumáticas en la infancia tiene como único destino posible el padecimiento, no siempre la única respuesta posible a la adversidad en la infancia es el sufrimiento. Los vínculos incluso los tardíos (cuando ya somos adultos) pueden funcionar como amortiguadores de las situaciones de estrés, ya que tienen un efecto protector en el proceso de la enfermedad.

Cada persona es única, porque la construcción de su cuerpo y de su psiquismo, ha estado atravesada por las vicisitudes de su genética, su historia singular, sus vínculos y las condiciones histórica-sociales generales (Stolkiner y Gómez, 2012). ***El proceso de enfermar ocurre entonces en cuerpos singulares, ocurre en sujetos atravesados por una historia particular, un contexto vincular singular pero dentro de un contexto sociohistórico general.***

PANDEMIA: COVID- 19

Según la OMS, COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2 (del inglés *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2)*. Dicha organización, fue notificada de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, cuando se reportó un grupo de casos con «neumonía vírica» en Wuhan, República Popular China.

El 30 de enero de 2020, la OMS declaró que la epidemia de COVID-19 conlleva una emergencia de salud pública de preocupación internacional. El 1° de marzo de 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció que la nueva enfermedad por el coronavirus Sars- CoV - 2 puede caracterizarse como una pandemia, luego de considerar los "niveles alarmantes de propagación y gravedad, como por los niveles alarmantes de inacción". En esta fecha la epidemia COVID-19 adquirió el status de pandemia, porque se consideró que la epidemia se había extendido por varios países, en distintos continentes y que estaba afectando a un gran número de personas.

A su vez, especificó que: "pandemia no es una palabra para usar a la ligera o descuidadamente", en tanto y entre otras situaciones, puede causar un miedo irrazonable. Agregó que "describir la situación como una pandemia no cambia la evaluación de la OMS de la amenaza que representa este virus. No cambia lo que está haciendo la OMS, y no cambia lo que los países deberían hacer".

El Director General de la OSM también especificó: "Nunca antes habíamos visto una pandemia provocada por un coronavirus. …". En el momento en que se declaró la pandemia, se había determinado 118.000 casos en 114 países, y 4291 personas habían perdido la vida.

VIRUS SARS-CoV-2

El virus SARS–CoV-2 es el agente etiológico que causa la enfermedad COVID-19. Es un virus ARN cuyo genoma está formado por una cadena simple de ARN de polaridad positiva. En su cápside se diferencian distintas proteínas estructurales, entre las que se destaca la proteína "Spike" o espícula. La misma es una glicoproteína, con dos dominios, el dominio S1 que es variable y es

la porción que reconoce al receptor, mientras que el S2 es más constante e interviene en la fusión entre la estructura viral y la membrana plasmática celular (Sanjuan, 2020).

El virus SARS-COV-2, pertenece a la familia Coronviridae y al género Beta coronavirus, es un tipo de virus que afecta a los mamíferos, y ha sido demostrado que tanto los murciélagos como las civetas son reservorios de este tipo de virus. Los coronavirus tienen la a capacidad para saltar y adaptarse de una especie a otra causando enfermedades infecciosas denominadas zoonóticas (Tolosa, 2020).

Además, es importante señalar que en varios países incluida China estos animales se consumen. El contacto estrecho entre el hombre y los animales silvestres reservorios de coronavirus, es la actual teoría científica para explicar el origen y propagación de la enfermedad COVID-19. Es posible, además, que entre los murciélagos y el hombre existan hospedadores intermediarios como el pangolín.

Queda claro que el hombre irrumpe y altera barreras naturales al entrar en contacto con animales silvestres. En este irrumpir en la naturaleza genera lo que podemos considerar "desastres", o "catástrofes", que no son naturales, sino que son procesos históricos y sociales, que visualizan la relación de la sociedad y la cultura frente a la naturaleza (García López, 2021). ***Puede considerarse entonces que esta pandemia, se origina en este entrecruzamiento entre lo natural y cultural.***

PNIE Y ESTRÉS

Diferentes autores han utilizado y utilizan el término ***estrés*** de modo diferente. Esta presentación no se propone hacer un recorrido histórico del término, ni de cómo su acepción puede relacionarse enfatizando o bien las respuestas, o el estresor o bien los procesos cognitivos que intermedian la respuesta.

Se parte de la conceptualización de Heim y Nemoroff (1997) quienes propusieron el constructo de "***fenotipo vulnerable al estrés***" para dar cuenta que la respuesta al estrés en la etapa adulta no dependía únicamente de la vulnerabilidad genética a enfermar, sino que también dependía de la presencia o no de sucesos traumáticos tempranos (STT). Este fenotipo vulnerable, es entonces una consecuencia epigénetica de esta interrelación entre la genética y los STT, y se caracteriza por una respuesta exagerada a estresores en la etapa adulta caracterizada por hiperactividad del eje Hipotálamo-Hipofiso-Adrenal (HHA), simpática y noradrenérgica central y que se manifiesta a través de cambios conductuales y cognitivos, como irritabilidad, depresión, ansiedad, dificultades para presentar atención, pensamiento confuso, así como también presencia de enfermedades médicas o incremento de la sintomatología.

Tanto en los seres humanos como en animales, el estrés que ocurre tempranamente afecta al sistema nervioso central, fundamentalmente por los efectos que los glucocorticoides tienen sobre el hipocampo. Esto determinará distintos modos de procesar los estímulos y de responder al estrés en la etapa adulta. Numerosos estudios han demostrado que las experiencias traumáticas tempranas (como la deprivación materna en modelos animales, o el abuso sexual en humanos) tienen efectos de larga duración en el procesamiento de la información y en la conducta

Existe además fuerte evidencia empírica de que las respuestas de estrés son moduladas por factores psicosociales. Es importante en esta parte, señalar la importancia que tienen las *estrategias de afrontamiento* que permiten modular la respuesta al estrés. Siguiendo a Lazarus y Folkman (1984) el afrontamiento se define como: "*aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y / o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo"*.

Otro aspecto importante es la amplia evidencia que relaciona diferentes aspectos temperamentales o de personalidad de los individuos en la respuesta al estrés (Denney, 1981).

Desde un punto de vista psicoanalítico, Zukerfeld (1996) propone el constructo de vulnerabilidad somática basado en el modelo de la Tercera Tópica. La vulnerabilidad somática al estrés (VS), es definida como la cristalización del modo de funcionamiento psíquico propio del inconsciente es-

cindido, que consiste en huellas activables, pero no evocables verbalmente. Si bien en este modelo hay coexistencia con el funcionamiento del inconsciente reprimido, lo que caracteriza a la vulnerabilidad es un modo de funcionamiento psíquico cristalizado, con predominio narcisístico-nirvánico. Esta VS se expresa a través de diferentes indicadores: pobre actividad fantasmática, tendencia a la descarga, pobres recursos yoicos que incluyen estilos de afrontamientos no adecuados, presencia de cogniciones y/o conductas de riesgo, alteraciones cognitivas, síntomas en el sentido médico, y cambios fisiológicos (hormonales, inmunológicos, etc.). Desde esta perspectiva, la VS depende del interjuego de tres ejes: el funcionamiento psíquico, los recursos del yo, y la red vincular. La presencia o no de red vincular remite a la percepción subjetiva de sentirse apoyado o contenido, remite a la percepción de sentir que existen vínculos que funcionan como fuente de contención, o bien como fuente de estrés (Zukerfeld, 2005).

Numerosas investigaciones realizadas desde la década de los 80, han destacado la importancia de la *red de sostén*, como un factor social que juegan un rol fundamental en la atenuación del impacto de la situación estresante (Cohen, 1985; Power, 1988; Sluzki, 1995, Cyrulnik, 2001, Zonis-Zukerfeld y Zukerfeld 2002; Sztejfman, 2010; Alfaro Campos, 2020 y Sorce, 2020).

ESTRÉS y COVID-19

El Sistema inmunológico tiene un rol fundamental en el proceso de salud - enfermedad. Su buen funcionamiento es crucial para el mantenimiento de la buena salud. Numerosa evidencia científica, indica que el proceso de envejecimiento y el estrés inciden negativamente en la respuesta inmunológica y favorecen el desarrollo y/o el agravamiento de enfermedades preexistentes. Esta situación se ve exacerbada en personas mayores que se encuentran deprimidas y/o están atravesando una situación de estrés (Kiecolt-Glaser y Glaser, 2001). Estos autores señalan que la interrelación de la edad con la depresión y la percepción de estrés incrementa la morbilidad y mortalidad.

Más aún, numerosos estudios que vienen desarrollándose desde la década de los 90, han demostrado que lo**s** factores emocionales (depresión, cuadros de ansiedad, sentimientos de soledad) pueden alterar la capacidad del cuerpo para desarrollar una respuesta inmune adecuada**.** Glaser y col (1992) demostraron como la respuesta a la vacuna de la hepatitis B en estudiantes universitarios jóvenes estaba condicionada por factores psicológicos como los sentimientos depresivos. El estrés contribuye a aumentar la susceptibilidad a las infecciones, mientras que la percepción de apoyo social contrarresta su efecto (Kiecolt-Glaser y Glaser, 2001).

Así como los factores emocionales afectan la respuesta inmune, y provocan una disminución de la inmunidad celular y en la producción de anticuerpos, de igual modo se ha verificado que la respuesta a vacunas depende de estos factores también (Kiecolt-Glaser y Glaser, 2001).

A su vez, ha sido ampliamente demostrado que la eficacia de las vacunas depende no sólo de la vacuna sino de las condiciones psiconeuroinmunoendocrinológicas de las personas vacunadas. Más aún, los factores psicológicos han sido implicados en la prevalencia y/o en la severidad de los efectos adversos que las vacunas tienen. Estudios recientes (Madison, Shrout, Renna y Kiecolt-Glaser, 2021) muestran que factores de estrés emocional (depresión, por ejemplo) pueden alterar la capacidad para desarrollar una respuesta inmunitaria a las vacunas para la enfermedad Covid-19.

Por otra parte, numerosos autores mencionan que, durante la pandemia, el temor al coronavirus dio lugar al término "coronafobia", lo que incrementó los cuadros de depresión, ansiedad generalizada y otros síntomas asociados al neuroticismo (Lee, Jobe, Mathis y Gibbons, 2020). Más aún, los sentimientos individuales de miedo se tornaron en un miedo colectivo (Gotteli, 2020). Simbólicamente, el otro pasó a ser peligroso, posible portador del virus, y de muerte propia o de un conviviente.

A su vez, la medida de intervención comunitaria de confinamiento (Cetron y Landwirth, 2005) frente a la actual pandemia, incluyó diferentes estrategias como el aislamiento y el distanciamiento social (Wilder-Smith y Freedman, 2020; Sánchez Villena, y La Fuente-Figuerola, 2020). Medidas protectoras que apuntaron y apuntan a disminuir el contagio y el riesgo de propagación del Sars-COV-2 se tornaron en fuente de estrés e incidieron e inciden actualmente en el desarrollo de síntomas emocionales y psicoafectivos. Numerosas investigaciones han demostrado los múltiples los

efectos psicosociales que experimenta una población expuesta a una epidemia, como también han demostrado el incremento en la psicopatología como consecuencia del aislamiento social como medida. Se han reportado diversas respuestas emocionales e incluso a largo plazo, como el trastorno por estrés post traumático, trastornos depresivos, y los trastornos de ansiedad, frente a otras epidemias (Chan y Huak, 2004; Chua, Cheung, Cheung, y col, 2004; Lee, Kang, Cho, Kim y Park, 2018). Más aún, ya ha sido reportado, un incremento en la sintomatología psicopatológica como consecuencia de la actual pandemia y de las medidas de distanciamiento y aislamiento que se tomaron, tanto en la niñez y adolescencia (García Ron y Cuéllar-Flores, 2020), como en la población en general (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely y Greenberg, 2020; Ramírez-Ortiza, Castro-Quinteroa, Lerma-Córdoba, Yela-Ceballosa y Escobar-Córdoba, 2020; Wang, Pan, Wan, Tan, Xu y Ho, 2019; Chen, Liang, Li, Guo, Fei y Wang, 2020; Altena, Baglioni, Espie, Ellis, Gavri y Holzinger, 2019).

CONSIDERACIONES FINALES

Nos encontramos en el medio de una pandemia que nos atraviesa a todos, sin embargo, el modo en que lo hace es singular. Pandemia que, a su vez, surge porque el hombre irrumpe de alguna manera lo natural, un virus animal se convierte en un agente infeccioso humano.

Cada uno de nosotros a lo largo de nuestra historia hemos construidos nuestros cuerpos, pensamos y sentimos en base a nuestro propio recorrido que es siempre en relación a un otro. Somos seres culturales, con realidades económicas y sociales diferentes. Cada uno de nosotros es más o menos vulnerable al estrés, cada uno de nosotros está preparado psiconeuroinmunoendocrinológicamente de un modo distinto para afrontar la infección con SARS–CoV-2 e incluso a la vacuna.

En el medio de todo esto, se tomaron diferentes medidas para todas y todos, entre ellas y primariamente la de distanciamiento y aislamiento social; familias separadas, amigos separados, abuelos aislados en geriátricos, medidas que fueron paliadas parcialmente con reuniones sociales virtuales y muy lentamente a través de encuentros en grupos pequeños y en lugares abiertos. Lo social, fuente de entramado vincular, amortiguador del impacto de las emociones negativas, se tornó en este contexto de pandemia, en fuente de posible contagio. Surgieron sentimientos de soledad e indefensión, de ausencia de control y de miedo. El otro se tornó en alguien "peligroso" (Lee, Jobe, Mathis y Gibbons, 2020).

Pero también, surgieron recursos y ganas de acompañar y hacerse presente. Basta pensar en los médicos, enfermeros, psicólogos, policía, personal de limpieza, entre otros, actuando en la "trinchera". Se armaron nuevos entramados para mitigar tanto dolor.

Desde una mirada PNIE no podemos perder de vista la complejidad de estos entrecruzamientos entre lo singular y lo colectivo, lo natural y lo cultural, remarcar la importancia del aislamiento y/o distanciamiento, pero diferenciando el tipo del mismo, apuntalar la importancia del aislamiento o distanciamiento físico, pero no simbólico-social, y a su vez enfatizar lo vital en el generar respuestas creativas frente a tanto padecimiento. Esta mirada PNIE nos ofrece entonces una oportunidad para reflexionar acerca de todos estos entrecruzamientos, y sobre nuestra responsabilidad en cada uno de ellos.

Referencias

Alfaro Campos, Karina (2020). Factores psicosociales asociados al estrés laboral en el personal de salud de la Micro Red Ocobamba durante la pandemia covid-19. Tesis para obtener el grado académico de maestría en Gestión de los Servicios de la Salud. Universidad César Vallejo Sac-Lima este.

Altena, E, Baglioni, C, Espie, C. A, Ellis, J, Gavriloff, D, Holzinger, B, Schlarb, A, Frase, L, Jernelöv, S, Riemann, D. (2020). Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. J Sleep Res. 29: e13052 Recuperado de: https://doi.org/10.1111/jsr.13052.

Ansermet, F., Magistretti, P. (2006). A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente. Bs. As., Argentina: Ed Rústica Besedovsky H, Sorkin E. (1977). Network of immune-neuroendocrine interactions. Clin Exp Immunol. 27 (1): 1-12.

Betancourt, Y. C. Cognición social y trauma temprano (2011). Típica, Boletín Electrónico de Salud 7 (2): 122-141.

Brooks, S. K, Webster, R. K, Smith, L. E, Woodland, L, Wessely, S, Greenberg, N, (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet 395 (10227): 912-20. Recuperado de: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

Cetron, M., Landwirth, J. (2005). Public health and ethical considerations in planning for quarantine. Yale J Biol Med.78:325–330

Chan A. O, Huak, C. Y. (2004). Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. Occup Med (Lond)., 54(3):190-6.
Chen, Q, Liang, M, Li, Y, Guo, J, Fei, D, Wang, L, Sheng, C, Cai, Y, Li, X, Wang, J. Zhang, Z (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry. 7(4): e15-e6. Recuperado de https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X
Chua, S.; Cheung, V., Cheung, C.; McAlonan, G.; Wong, J, Cheung, E.; Chan, M, Wong, M, Tang, S.; Choy, K, Wong, M, Chu,C, Tsang, K. (2004). Psychological effects of the sars outbreak in hong kong on high-risk health care workers. Can J Psychiatry. 4;49(6):391-3. Recuperado de: https://doi.org/10.1177/070674370404900609
Cohen, S.; Willis, T. A. (1995). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. Psychological Bulletin 98: 310-357.
Cyrulnik B. (2001). La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia. Barcelona: Editorial Granica.
Denney, D. R.; Frisch, M. B. (1981). The Role of Neuroticisim in relation to Life Stress and Illness. J. Psychosom. Res. 25 (4): 303-307
Freud, S. (1917). Algunas Perspectivas sobre el Desarrollo y la Regresión: la Etiología. Conferencia 22. Conferencias de Introducción al Psicoanálisis (parte III). Obras Completas. Bs. As., Argentina: Ed. Amorrortu.
García López, A. E. (2020). La pandemia en la cotidianidad: El Covid-19 y las nuevas dinámicas globales. En Ensayos Desconfinados. Ideas de debate para la post pandemia (Grupo de investigación Corona Social). Barcelona, AnthropiQa 2.0. Recuperado de https://www.coursehero.com/file/65069711/Dialnet-Covid19Caos20-765841pdf/
Glaser R., Kiecolt-Glaser J. K., Bonneau R. H., Malarkey, W., Kennedy, S., Hughes, J. (1992). Stress-induced modulation of the immune response to recombinant hepatitis B vaccine. Psychosom. Med. 54(1): 22 - 9. doi: 10.1097/00006842-199201000-00005.
Gotteli, B. (2020). La pandemia del miedo. Posibles efectos psico-sociales del miedo social y colectivo ante la inminencia del coronavirus. En Ensayos Desconfinados. Ideas de debate para la post pandemia (Grupo de investigación Corona Social). Barcelona, AnthropiQa 2.0. Recuperado de https://www.coursehero.com/file/65069711/Dialnet-Covid19Caos20-65841pdf/
Heim, C, Owens, M, J, Plostky, P. M, Nemeroff, Ch. (1997). The Role of Early Adverse Life Events in the Etiology of Depression and Posttraumatic Stress Disorder. Focus on Corticotropin-Releasing Factor. Annals of the New York Academy of Sciences, 821 (1 Psychobiology), 194–207. Recuperado de: https://doi.org/10.1111/J.1749-6632.1997.TB48279.X
Kandel, E. R. (1998). A new Intellectual Framework for Psychiatry. Am J Psych, 4: 457-69
Kiecolt-Glaser, J. Glaser, R. (2001). Stress and Immunity: Age Enhances the Risks. Current Directions in Psychological Science, 10:18-21.
Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1984/1986). Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona, España: Ed. Martínez Roca.
Lee S. A., Jobe M.C., Mathis A. A., Gibbons J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. J Anxiety Disord. 74:102268. Recuperado de htpp//10.1016/j.janxdis.2020.102268.
Lee, S. M, Kang, W. S, Cho, A. R, Kim, T, Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. Compr Psychiatry. 87:123-7. Recuperado de htpp//10.1016/j.comppsych.2018.10.003
Madison, A. A., Shrout, M. R., Renna, M. E., Kiecolt-Glaser, J. K. (2021). Psychological and behavioural predictors of vaccine efficacy: Considerations for COVID-19. Perspectives on Psychological Science, 16(2), 191–203. Recuperado de: https://doi.org/10.1177/1745691621989243
Organización Mundial de la Salud (OMS). https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjw2ZaGBhBoEiwA8pfP_p05SFSIBp_mKkzFSjql4iU6atTk5v-AsJjdlxyBDkBqmMYozTUDyBoCEw8QAvD_BwE
Organización Panamericana de la Salud (OPS). https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia
García Ron, A., Cuéllar-Flores, I. (2020). Psychological impact of lockdown (confinement) on young children and how to mitigate its effects: Rapid review of the evidence. Anales de pediatría, 93(1), 57–58. Recuperado de: https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.04.008
Ramírez-Ortiza, J, Castro-Quinteroa, D, Lerma-Córdoba, C, Yela-Ceballosa, F, Escobar-Córdoba, F. Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. Colombian Journal of Anesthesiology. 48(4): e930. Recuperado de: https://doi.org/10.5554/22562087.e930
Sánchez-Villena, A. R., de La Fuente-Figuerola, V. (2020). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? [COVID-19: Quarantine, isolation, social distancing and lockdown: Are they the same?]. Anales de pediatría, 93(1), 73–74. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.001
Sanjuan, N. (2020). Sars-CoV-2 y Dengue. Clase Teórica N°9. II Cátedra de Micorobiología, Parasitología e Inmunología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
Sluzki, C. (1995). De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta la red social. En Dabas, E.; Najmanovich, D. Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Bs. As., Argentina, Ed. Paidós.
Sorce, A., De Lucca, S. (2020). Psychosocial factors and Burnout Syndrome among mental health professionals. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 1-11. Recuperado de: https://10.1590/1518-8345.4175.3336
Stolkiner, A., Gómez, Z. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. Vertex Rev. Arg. de Psiquiat. Vol. XXIII: 57 - 67
Sztejfman, C. (2010). Estrés psicosocial y baja resiliencia. Un factor de riesgo para hipertensión arterial. Relaciones entre la hipertensión arterial y psicoanálisis Revista Argentina de Cardiología, 78 (5), pp. 398-399.
Tolosa, A. (2020). Acotando el origen del coronavirus SARS-CoV-2. Recuperado de: https://genotipia.com/genetica_medica_news/origen-coronavirus-sars-cov-2/
Wang, C, Pan, R, Wan, X, Tan, Y, Xu, L, Ho, C. (2019). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(5). Recuperado de: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729

Wilder-Smith A., Freedman D.O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. J Travel Med. 27:1–410
Zonis Zukerfeld, R; Zuckerfeld, R. (2002). Vulnerabilidad, sostén y evolución terapéutica. Fepal - XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis - Montevideo, Uruguay "Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica" – Setiembre 2002
Zukerfeld, R; Zonis Zukerfeld, R. (1996): Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica. Bs. As., Argentina: Ed. Paidós.
Zukerfeld, R; Zonis Zukerfeld, R. (2005). Procesos Terciarios de la Vulnerabilidad a la Resiliencia. Bs. As. Argentina: Ed Lugar.

PERCEPCIÓN DEL ESTRÉS EN POLICÍAS ANTE ESTRESORES DESCONOCIDOSPANDEMIA COVID - 19

Susana Manzur [A], AgustínTogo [B], Noelia Aranda [C], Marcos Acuña [D], Viviana Gutiérrez [E], Analía González [F], Adriana Tomsic Roy [G], Emmanuel Zavaleta [H]

Introducción

La posibilidad de un desastre microbiano es una realidad en el mundo actual. Las epidemias son emergencias sanitarias de alto impacto, de amenaza a la vida de las personas, que pueden causar cantidades significativas de enfermos y muertos y el temor al contagio protagoniza y agrava la situación. Resultan amenazadas la seguridad y normal funcionamiento de la comunidad. Las medidas de control ante una pandemia requieren cambios de patrones de comportamiento, con una participación activa de la comunidad.

Existe un riesgo de origen ocupacional, que es al que se hallan directamente expuestos los miembros de los equipos de respuesta que trabajan en la emergencia (agentes de salud y seguridad publica principalmente). Ante esta realidad que se impone, es necesario el estudio de las respuestas por parte de los grupos poblacionales afectados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al estrés como "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción". En la investigación bibliográfica de la temática se evidencia como los diversos autores concluyen en que el estrés presenta una fisiología determinada, llamada específicamente "Fisiología del estrés", donde las respuestas de un organismo a nivel físico, psíquico y biológico frente al estímulo estresor, integran un complejo mecanismo psiconeuroendocrino.

La población policial es especialmente vulnerable al estrés por lo impredecible, plural y cualitativamente diferente de las demandas a las que se enfrenta a diario. El estrés es inherente a la

[A] *Lic. en Psicología. Subcomisario de la Policía de la Provincia de Santiago del Estero. Secretaría de Seguridad. Capital, Santiago del Estero. Argentina. sumanzur@hotmail.com.*
[B] *Oficial Sub inspector de la Policía de la Provincia de Santiago del Estero. Docente Universitario. Lic en Antropología, Egresado de la UNLP Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Secretaría de Seguridad. Capital, Santiago del Estero. Argentina. agustintogo81@gmail.com*
[C] *Lic. en Sociología. Doctoranda en Humanidades. Oficial Ayudante de la Policía de la Provincia de Santiago del Estero. Docente. Secretaría de Seguridad. Capital, Santiago del Estero. Argentina. arandanoely@gmail.com*
[D] *Diseñador Grafico. Cursando 3 er Año de tecnicatura universitaria en Seguridad Policial - Ucse. Subcomisario de la Policía de la Provincia de Santiago del Estero. Secretaría de Seguridad. Capital, Santiago del Estero. Argentina. markitosoficial@gmail.com*
[E] *Lic. en Sociología. Oficial Inspector de la Policía de la Provincia de Santiago del Estero. Secretaría de Seguridad. Capital, Santiago del Estero. Argentina. vivianadanielagutierrez@gmail.com*
[F] *Lic. en Sociología. Oficial ayudante de la Policía de la Provincia de Santiago del Estero. Secretaría de Seguridad. Capital, Santiago del Estero. Argentina. gonzalesanalia@gmail.com*
[G] *Cabo 1º de la Policía de la Provincia de Santiago del Estero. Técnica en Seguridad. Secretaría de Seguridad. Capital, Santiago del Estero. Argentina. adtomgig1234@gmail.com*
[H] *Cabo 1º de la Policía de la Provincia de Santiago del Estero. Profesor. Secretaría de Seguridad. Capital, Santiago del Estero. Argentina. emamuelzavaleta@gmail.com*

función policial por la naturaleza de su trabajo, las numerosas exigencias del rol, y por las particularidades de la institución en la que se desarrolla.

Es posible que los riesgos y peligros propios de la tarea policial sean las causas de estrés de mayor fuerza, pero no son las únicas ni las más habituales (García Castro, 2015). así, los estresores del mundo policial son múltiples, derivados del puesto y horario de trabajo, la función, el verticalismo de la institución, la sobrecarga laboral, y ahora también el trabajo en prevención, protección y aislamiento social exigido por un enemigo invisible como el virus causante de una pandemia.

La Policía de Santiago del Estero no cuenta con estudios de la percepción del estrés en funcionarios frente a situaciones críticas nuevas como la propagación viral. Este trabajo de investigación, aportará información en relación a la prevalencia del mismo. El entrecruzamiento de datos brindará información relevante en cuanto a los destinos de los funcionarios, horarios, edades, antigüedad, eventos traumáticos específicos a lo que estuvieron expuestos y la eventual relación con los niveles de estrés manifestados.

Teorías relacionadas al estrés

Las diversas teorías relacionadas al estrés, se agrupan en tres grandes líneas según consideren a éste como estímulo, respuesta o un proceso interactivo entre el sujeto y su medio:

Enfoque fisiológico, o teoría basadas en las respuestas: su referente es Selye, donde frente a un entorno nocivo se produce un Síndrome General de Adaptación que consta de 3 etapas:

- Primera etapa: es una fase primaria general de alarma del organismo frente a una situación advertida como crítica o peligrosa. Los cambios fisiológicos aceleran la frecuencia cardiaca y los músculos se tensan, mientras que, a nivel mental, se producen los recuerdos de confrontación como estrategia para el enfrentamiento. Si el estrés no se reduce, se produce el paso a la siguiente fase de adaptación.
- Segunda etapa: se produce la resistencia generalizada del organismo para adaptarse a las nuevas condiciones. En esta etapa se intensifica el uso de estrategias defensivas, el organismo opone más resistencia. El conflicto surge cuando el estrés es prolongado; la persistencia en el tiempo produce un agotamiento de los recursos y provoca el desgaste.
- Tercera etapa: constituye la fase de la fatiga debido a la persistencia de la tensión, por lo tanto, el organismo pierde su capacidad de resistencia y sucumbe a síntomas similares a los de la primera etapa. Las respuestas son clasificadas como conductuales o somáticas, ya que frente a los estímulos considerados aversivos (o agentes estresores), la respuesta psicofísica se eleva y aparece el riesgo para el organismo en general, a nivel somático.

Enfoque técnico o teorías basadas en el estímulo

Holmes & Rahe (1967) describieron a la aparición del estrés desde la perspectiva de los sucesos vitales (experiencias objetivas) que implican un cambio en la conducta del sujeto. Los estresores son definidos como situaciones o elementos en el medio externo, que actuarían como estímulos que atentan contra el equilibrio del sujeto. Se refieren a una variable independiente, proveniente de la naturaleza nociva del trabajo. Son propias de las características del trabajo y de su entorno objetivo y mensurable, como: sobrecarga laboral, falta de personal, exposición a situaciones de riesgo, sistemas de jerarquía piramidal, falta de apoyo de superiores, etc.

Enfoque interaccional o teorías interaccionales

Plantean un enfoque evolucionado de los dos anteriores ya que superan los conceptos binarios de Estimulo/Respuesta, agregando el paradigma actual de Estímulo – Organismo - Respuesta, donde el organismo nuclea los procesos perceptivos, cognitivos y emocionales del sujeto psicológico, ligados a la Triada Ecológica, donde el proceso de enfermedad o salud del organismo depende de la interacción de los elementos que la integran (agente, huésped, ambiente). Actualmente, el Modelo Transaccional es el más aceptado al plantear la valoración cognitiva que efectúa el sujeto, en la aparición del estrés. El estrés es considerado como el resultado de la interacción entre la persona y su entorno, en cuya interacción se involucran los procesos cognitivos y las reacciones emocionales, determinando un modo o estilo de afrontamiento.

Objetivos:

Objetivo General:

Identificar la presencia/prevalencia del estrés autopercibido en el personal policial afectado al operativo Selva Covid – 19 para marzo del año 2020.

Objetivos específicos:

1. Informar estadísticamente las características sociodemográficas y laborales de los policías afectados a dicho operativo.
2. Describir las percepciones y sensaciones del grupo ante un estresor desconocido como el Covid-19.
3. Evaluar el grado de control subjetivo y respuesta sobre las situaciones impredecibles o inesperadas.
4. Organizar información tendiente a sugerir medidas correctivas con el propósito de implementar políticas de prevención en sus distintos niveles.

Materiales y métodos

Diseño: Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo, de corte transversal con el propósito de proveer evidencia de asociación estadística válida para las variables en análisis. Se tomó como parámetro temporal el mes de marzo de 2020 y específicamente a partir del día 14, momento en que los efectivos fueron destinados a cumplir funciones en la localidad de Selva[1].

Del grupo en estudio se trabajó a partir de una **muestra probabilística de tipo aleatoria simple**, la cual tiene la característica de posibilitar que todos los individuos que componen la población investigada tengan la misma oportunidad de ser incluidos mediante una selección al azar. Por lo cual puede considerarse, un grupo representativo con posibilidades de ser reproducidos a la totalidad de la población.

Procedimiento: Se envió la encuesta elaborada a los 200 funcionarios policiales afectados a las tareas en el Operativo Selva Covid 19 a través de la aplicación formularios de google, donde fueron informados del propósito y objetivos del estudio, solicitándose su participación voluntaria a través de un Consentimiento Informado. De los cuales **57** policías completaron la totalidad de la encuesta online, para el armado de la muestra se excluyeron a los funcionarios policiales que ya prestan servicio ordinario en dicha localidad. Se orientó de esta manera, considerando hipotéticamente que el desarraigo momentáneo y bajo esta circunstancia excepcional los podría haber afectado emocionalmente.

Análisis Estadístico: se realizó con la ayuda de la versión 25 de SPSS. Para el EEP, la estimación de la consistencia interna se llevó a cabo con el cálculo de los coeficientes de alfa de Cronbach (14). La escala no cuenta con un punto de corte o baremos. Las variables cuantitativas se analizan mediante medias y desviación estándar.

Para las variables cualitativas se procedió al análisis descriptivo calculando frecuencia y porcentajes. Para la pregunta 21 de la encuesta con respuesta abierta, se procedió a su clasificación mediante la cantidad de evocaciones por respuesta. Se ordenaron según su orden de aparición las de mayores repitencias y luego las subsiguientes de forma descendiente.

Seis dimensiones de análisis

Para el **análisis interpretativo** de los datos se utilizó un plan tentativo tomado en cuenta las siguientes dimensiones:

1. Datos a nivel general: tendientes a recopilar información de carácter personal, familiar y laboral.
2. Referencias en relación a la enfermedad a la que se enfrenta: esta dimensión tiene el propósito de obtener datos respecto a la información con la que contaban y cuentan los

1 *https://www.elliberal.com.ar/noticia/523108/toda-ciudad-selva-cuarentena-joven-sintomas-coronavirus?utm_campaign=ScrollInfinitoDesktop&utm_medium=scroll&utm_source=nota*

efectivos. La recepción y utilización de elementos y medidas de bioseguridad, así como también la percepción del riesgo de contagio.

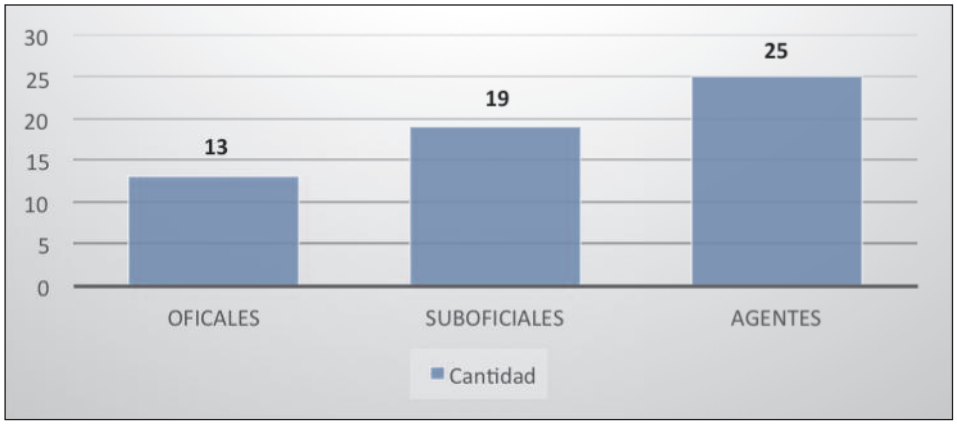
3. Aspectos relacionados con la comunidad: se pretendía visibilizar a través de las respuestas la recepción, acercamiento, predisposición e imagen percibida por los vecinos en relación con el trabajo realizado por parte del personal policial.
4. Apreciaciones personales: En este punto, interesaba rescatar lo percibido por el personal a nivel de la preparación y estrés con la que se enfrentaron ante la situación, las dificultades y la sensación de acompañamiento que sintieron de parte de la institución y de sus familiares y amigos.
5. En esta dimensión se analizan las opiniones de los efectivos y sus recomendaciones para el mejoramiento estratégico de este tipo de intervenciones y operativos en un futuro.
6. Existe una sexta dimensión o análisis que suma y apoya el estudio realizado y es el Test de Estrés Autopercibido antes mencionado EEP. A los fines de evaluar el grado de control subjetivo sobre las situaciones impredecibles o inesperadas y el malestar que acompaña a la falta de control percibido. Cuestionario PSS-14 Escala de Estrés Percibido de Cohen, S., Kamarck, T, &Mermelstein, R(1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor. Esta escala es un instrumento de auto informe que consta de 14 ítems con un formato de respuesta Lickert de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido (se considera 28 la media) Este punto resulta importante dando una base sólida de manera metodológica aportada por la psicología para luego comparar en la coherencia del discurso de la muestra sobre factores externo e internos del individuo y la manera de cumplimentar su profesión como miembro de la institución policial.

Resultados

1º Dimensión: *Datos Generales personales, laborales y familiares*

La edad promedio de los 57 participantes es de 31 años. En relación al género participaron solo 4 mujeres y 53 hombres. Con una estimación de 10 años de antigüedad en la institución. Respecto a la jerarquización existen diferencias: la Oficialidad está representada en un 22.9 %, la Suboficialidad en un 33.3% y los Agentes un 43.8%. En su construcción familiar el 61% se hallaba en pareja, mientras el 39% estaba solo/a.

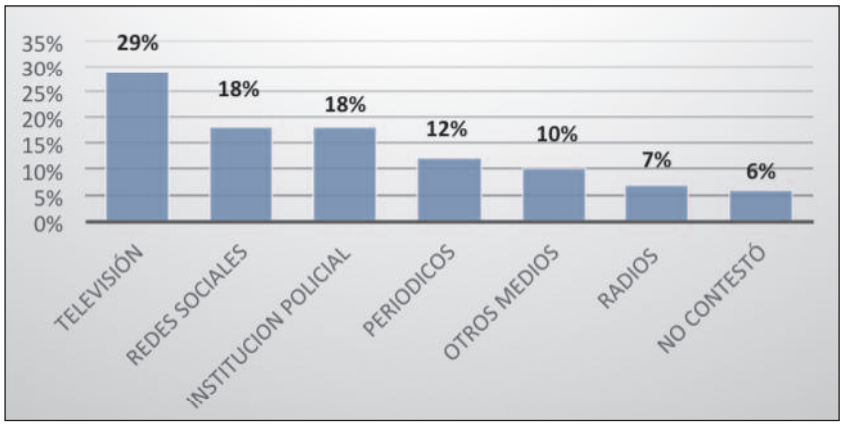
Figura Nº 1: *Jerarquías representadas*



Fuente:
elaboración propia
a partir de la encuesta

2º Dimensión: *Conocimientos previos del Covid 19*

Figura Nº 2: *Medios de información sobre el virus*

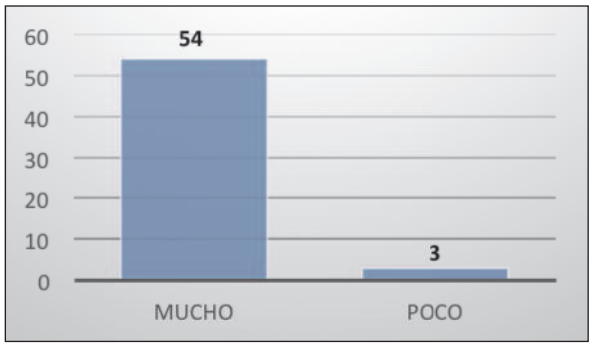


Fuente:
elaboración propia

En el cuadro se puede observar que los encuestados tenían conocimientos previos del covid 19 a través de diversos medios de información.

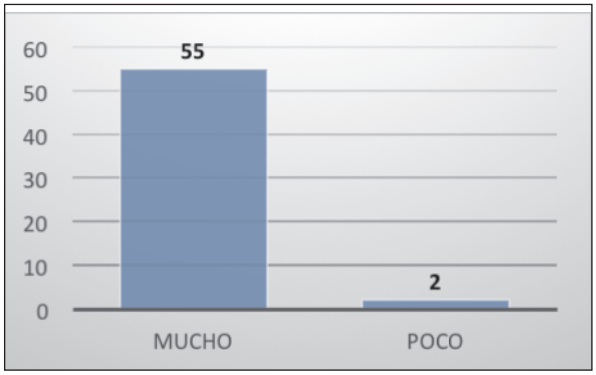
3º Dimensión: *Relación con la comunidad de Selva*

Figura Nº 3:
Colaboración de la Comunidad con las medidas



Fuente: elaboración propia

Figura Nº 4:
Valoración por parte de la comunidad del trabajo policial diario



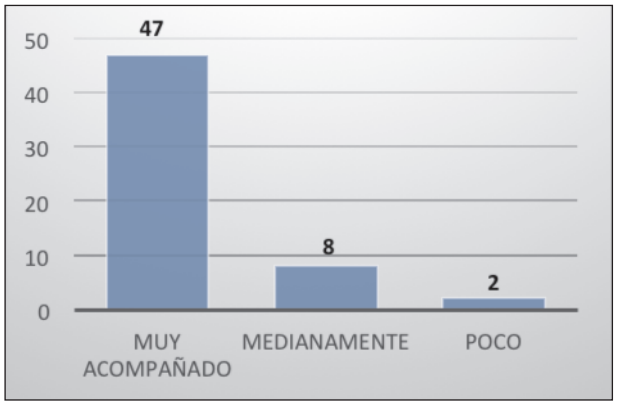
Fuente: elaboración propia

En estas respuestas se ven reflejado el compromiso de la comunidad en cumplimentar las normas de la cuarentena de todos ciudadanos de la ciudad de Selva, más del 90 % de los encuestados mostraron que se sintieron muy acompañados por la comunidad y valoraron el trabajo que realizaron allí. Así también se consultó con las estadísticas policiales para saber si hubo algún delito o desobediencia al funcionario policial durante todo el operativo y los resultados son que no hubo ninguna denuncia durante el operativo y los posteriores días luego de retirarse.

4º Dimensión: *Grado de acompañamiento de sus Superiores, Compañeros y la Familia*

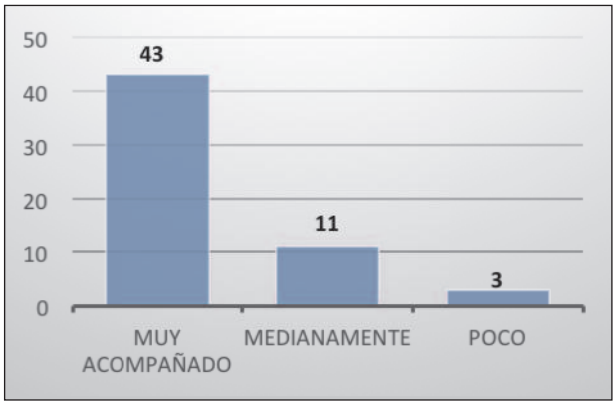
En referencia a las apreciaciones personales, analizando en instancia el grado de **acompañamiento** percibido, podemos decir que, los niveles de estrés por las situaciones peligrosas a las cuales se deben enfrentar con frecuencia el cuerpo policial, sumadas a las exigencias del servicio cotidiano y en particular en lo que respecta a la lucha contra el Covid 19; tanto la presión como el acompañamiento de sus superiores, compañeros y la familia constituyen elementos importantes a considerar.

Figura Nº 5:
Grado de acompañamiento de sus compañeros



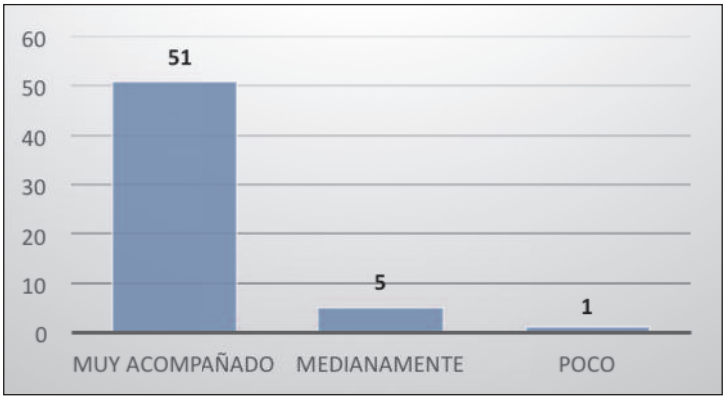
Fuente: elaboración propia

Figura Nº 6:
Grado de acompañamiento de sus superiores



Fuente: elaboración propia

Figura Nº 7:
Grado de acompañamiento por parte de familiares



Fuente: elaboración propia

Como se observa en los gráficos anteriores y analizando los datos que expresan los mismos, es de notar, que existe cierta generalidad en las respuestas ya que resultan positivas y con un porcentaje que supera el 77% en todos los casos. La gran mayoría del grupo estudiado expresa haberse sentido acompañado y podría decirse que contenido, tanto por sus superiores como por sus compañeros y familiares.

Se considera que el sentimiento y la percepción de acompañamiento, resultan de vital importancia para morigerar los efectos estresores ocasionados por el evento que invade y trastoca la cotidianeidad del trabajo realizado. El Covid 19 exige enfrentar y manejar con precisión las estructuras institucionales y comunitarias, con el propósito de desarrollar las mejores condiciones para prevenir la enfermedad. Esta tarea, requirió de un gran esfuerzo de adecuación emocional y física por parte del personal policial, que para el caso de Selva, observamos afortunadamente resultó más liviano por el entorno de contención que encontraron en estos tres grupos estudiados en relación al acompañamiento.

5º Dimensión: *Opiniones y apreciaciones personales del personal afectado al operativo*

Profundizar en la experiencia del personal policial y a la vez tener en cuenta sus opiniones y apreciaciones respecto de la situación que atravesaron y sobre posibles experiencias futuras de similar envergadura, mediante preguntas de carácter abiertas. Para el análisis de esta pregunta, se establecieron algunas categorías entre las respuestas que surgieron referentes a:

Lo individual

- **Información:** anticipada sobre el operativo y el lugar de destino para poder organizarse a nivel personal y familiar.
- **Motivación:** Estrategias para mantener la motivación y preparación psicológica a fines de conservar el estado anímico del equipo.

- **Imagen positiva:** Promover y brindar una imagen positiva hacia el exterior como muestra de responsabilidad individua.

Lo institucional

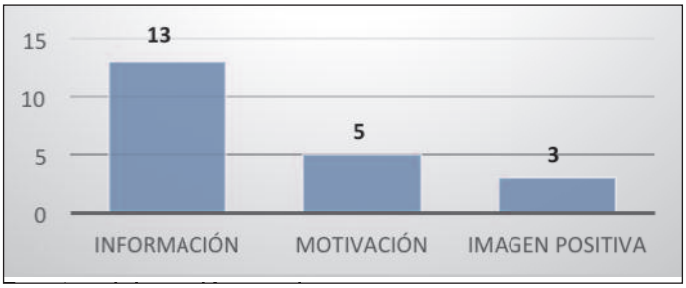
- **Elementos de bioseguridad:** Almacenamiento y entrega de elementos de seguridad permanente y con anticipación al operativo.
- **Capacitación específica:** Capacitaciones constantes que brinden información y comunicación interna sobre el tema.
- **Logística:** Alojamiento y comodidades necesarias para el desempeño de la actividad (operativos, puestos, etc.)
- **Monitoreo de salud:** Revisión periódica de los funcionarios por parte el personal de salud

Comunitaria:

- **Comunicación interinstitucional:** Realizar acuerdos con las otras instituciones involucradas (políticas, vecinales, religiosas, etc.) para garantizar la efectividad y cumplimiento del operativo. Colaborar con otras organizaciones que ayudan a la comunidad.
- **Estrategias de intervención comunitaria:** Fortalecer mecanismos que posibiliten el riguroso cumplimiento de la cuarentena, generar herramientas de concientización a nivel social.

A continuación, se discriminan los resultados por categorías con el propósito de resaltar aquellos aspectos que se consideraron importantes.

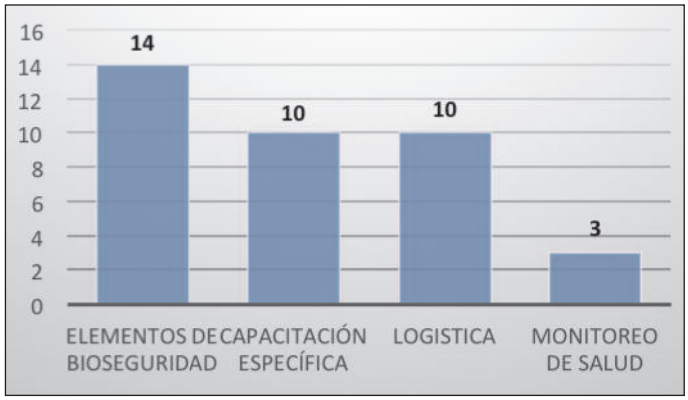
Figura N°8:
Categoría individual



Fuente:
elaboración propia.

Puede observarse que, una de los principales aspectos a tener en cuenta es la posibilidad de obtener información anticipada de las características del operativo a realizarse. En relación a ello, sería importante tener en cuenta experiencias anteriores que sentaron precedentes para realizar especificaciones técnicas y logísticas, que permitan a los efectivos organizarse y acomodarse a nivel personal y familiar.

Figura N° 9:
Categoría institucional



Fuente:
elaboración propia.

Para el caso de la categoría institucional y como el gráfico indica, una de las recomendaciones más consideradas con 14 menciones es aquella que involucra la capacidad institucional de poder almacenar y disponer los elementos de bioseguridad de forma anticipada; los cuales puedan ser distribuidos de manera inmediata desde el comienzo del trabajo con un doble propósito: brindar tranquilidad a nivel personal y evitar todo tipo de impericia con el tratamiento de este tipo de virus.

Figura Nº 10:
Categoría comunitaria



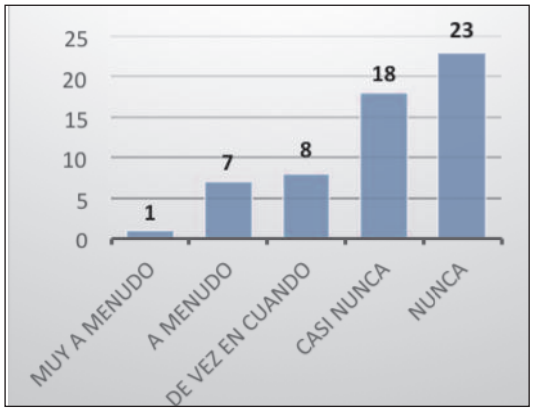
Fuente:
elaboración propia.

En la categoría comunitaria, una de las principales recomendaciones gira en torno a las estrategias de intervención hacia la comunidad con 12 evocaciones de respuesta. Para el personal, es importante fortalecer mecanismos que posibiliten el riguroso cumplimiento de la cuarentena, generar herramientas de concientización a nivel social, tomando las medidas necesarias para que la gente entienda qué significa una *cuarentena* y el refuerzo de mensajes a través de los diferentes medios que garanticen la circulación de la información preventiva a la población.

6º Dimensión: *Test de estrés autopercibido EEP*

Este último punto se presentará de una manera más detallada abarcando algunas de las preguntas del EEP que se realizaron a los participantes. El análisis de los resultados de la escala de estrés autopercibido se presentan a continuación de acuerdo a cada pregunta de la escala y posteriormente los resultados totales.

Figura Nº 11:
Frecuencia en la afecta al sujeto el suceso que ha ocurrido inesperadamente.



Fuente:
elaboración propia.

Figura Nº 12:
Frecuencia en que el sujeto se ha sentido nervioso o estresado.

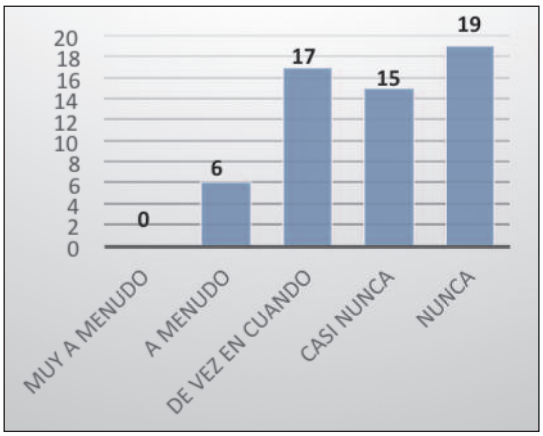
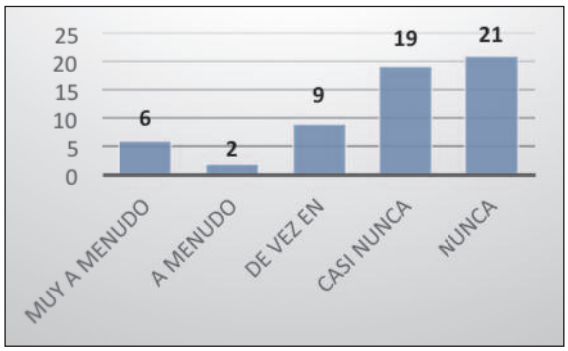


Figura Nº 13:
Frecuencia en que el sujeto ha manejado exitosamente pequeños problemas irritantes de su vida.



Fuente:
elaboración propia.

Figura Nº 14:
Frecuencia en que el sujeto ha afrontado los cambios importantes Que han estado ocurriendo en su vida.

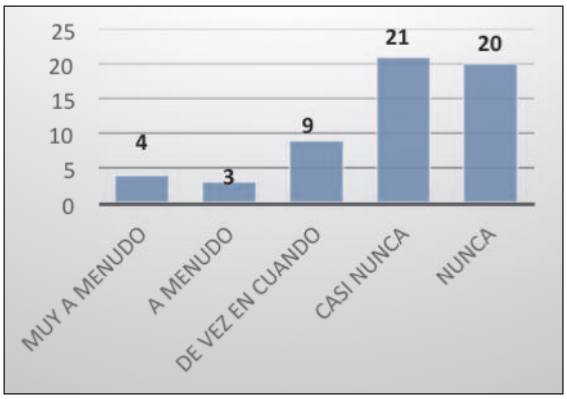
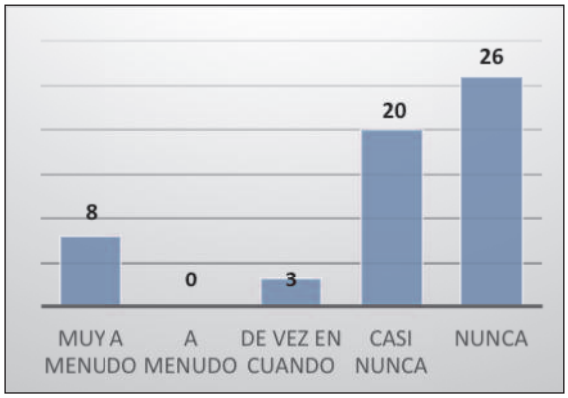


Figura Nº 15:
Frecuencia en que el sujeto ha sentido que podía controlar las dificultades de su vida.



Fuente: elaboración propia.

Figura Nº 16:
Frecuencia en que el sujeto ha sentido que tenía todo bajo control.

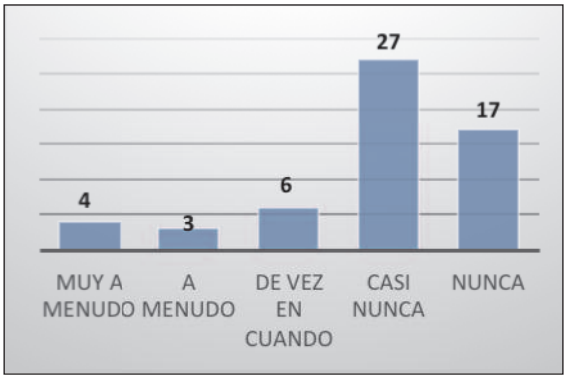
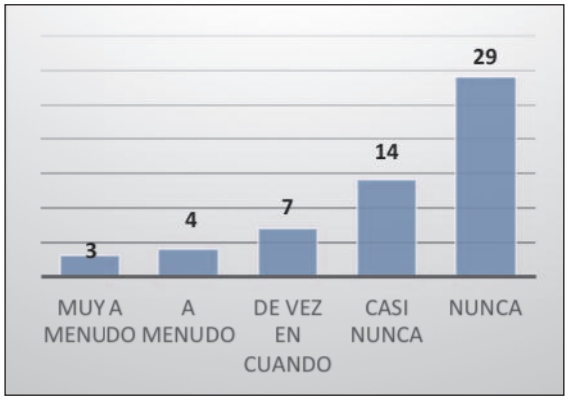
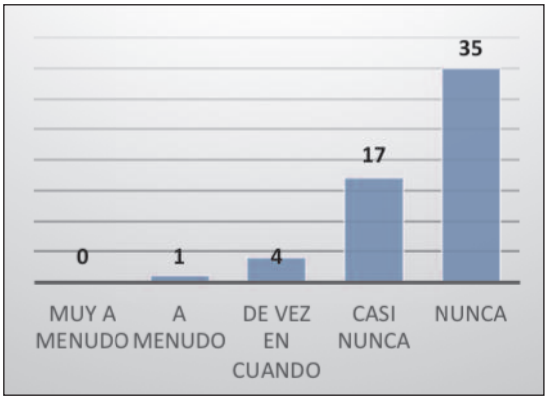


Figura Nº 17:
Frecuencia en que el sujeto ha estado enfadado por no tener el control de las cosas.



Fuente: elaboración propia.

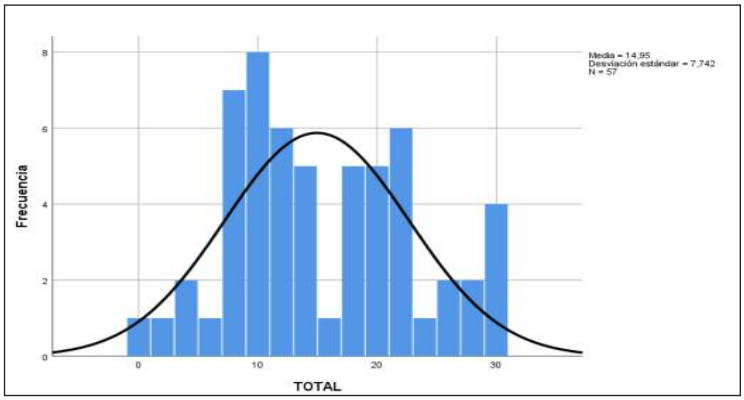
Figura Nº 18:
Frecuencia en que el sujeto ha sentido que las dificultades se acumulan y no puede superarlas.



En todos los casos muestran tendencia no presentar afectación.
Prueba de rigor estadístico de la EPP-14

Una vez que se obtuvieron los resultados se pusieron a prueba de rigor estadístico para una mejor compresión de la situación del estrés. El tamaño de la muestra n=57, presenta en los valores de la puntuación total una media de 29,37(DE=8), el máximo es 30 puntos y el mínimo 0 puntos. Su distribución presento asimetría (S=0,13) no ajustándose a una curva normal (Prueba de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors: Dabs. = .10; p < .01).

Figura Nº 25:
curva de distribución anormal de la muestra.



Fuente: elaboración propia.

La EEP-14 presento un coeficiente de alfa de Cronbach de .765 de consistencia interna, presentando un grado de validez Aceptable, sugiriendo validez y confiabilidad del instrumento, según los criterios de George y Mallery (2003).

Correspondiendo la muestra a la media de los valores esperados. El 91% presento menores niveles de estrés percibido, frente al 9% que presentaron moderados niveles de estrés percibido.

Para la exploración de las variables dependientes (la cantidad de estrés) y las independientes (edad, género, estar en pareja, hijos, cantidad de hijos) que pudieran afectar a la percepción del estrés, se procedió a utilizar chi cuadrado de Pearson, U de Mann-Whitney., Krustal Walli. Los resultados no presentan efectos de las variables independientes sobre la EEP.

Hay algunos efectos significativos de variables independientes sobre la autopercepción del estrés como:

- Género (S=0,15), existiendo diferencia entre varones y mujeres, siendo en estas últimas mayor la autopercepción del estrés.
- Se presenta dudas en cuanto a la variable Preparación mental (S=0,053) y autopercepción.
- La sensación de sobrecarga (S= 0,026) presenta relación con la autopercepción del estrés.
- Las dificultades en la tarea (S= 0,044) también presentan relación a la autopercepción del estrés.

Como antes se menciona solamente en algunos casos se encuentran significación entre variable dependiente con las independientes.

Las otras dos incursiones usando la Prueba de Kolmogorov -Smirnov en comparar el nivel de estrés con la edad y la antigüedad. En ambos casos resultaron normales sin ningún tipo de significación.

Conclusiones

Si bien en este trabajo se puede observar una descripción a nivel estadístico de la conformación socio-demográfica de los sujetos involucrados en la investigación; también se profundiza en la importancia de lo experimentado por el personal policial y teniendo en cuenta las relaciones funcionales entre los datos recolectados y las percepciones construidas a partir de sus vivencias personales.

Se llegó a la conclusión de que los bajos y medios niveles de autopercepción del estrés resultantes del EEP construidos para este propósito como así también las interpretaciones de la encuesta resultan coincidentes. Se describe que dicha población pertenecía a áreas denominadas cuerpos, que constituyen unidades de choque y que presentan como condición previa una preparación: entrenamiento y experiencia en situaciones de estrés elevado (operativos, irrupciones, procedimientos, etc.) donde permanentemente se hallan involucrados. Podría asimismo hipotetizarse que no solo la preparación, sino su selección laboral a dichas áreas, requieren de un tipo de personalidad con alta resistencia al estrés. En lo que respecta a la carga emotiva, contención por parte de sus familiares, compañeros y superiores; se observa un gran acompañamiento resultante de estos grupos, así como también una percepción de aceptación y apoyo por parte de la comunidad local. Estas condiciones son el resultado de una conjugación de factores, producto de la ardua tarea desarrollada en los últimos 10 años en la reestructuración policial; el reconocimiento y auto-reconocimiento como profesionales de la seguridad brinda un apoyo fundamental al respeto de la autoridad y la puesta en valor de una profesional muchas veces difamada.

Referencias Bibliográficas

Fabrice Duval (2010). Neurobiología del estrés. Revista Scielo de Neuro Psiquiatria. Recuperado en fecha 29/04/2020 de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500006

García Albuerne, Maria Yolanda, Albacete Carreño, Alberto. (2013) Riesgo de estrés psicosocial y estrés laboral percibido en los policías locales. EduPsykhé, Vol. 12, No. 2

García Castro, Tomas. (sf) El estrés policial. Recuperado de https://www.diba.cat/documents/467843/58064690/el-estres-policial-en-revista-insht-84-oct-2015.pdf/4da81d38-9a65-46f9-9bdf-3d5b76a31f7f

Graneros, Graciela Beatriz (sf) Estrés laboral en personal policial con turnos rotativos y fijos. Recuperado de http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC127260.pdf

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research., 213-218.

Lazarus, Richard. (sf) Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud. Biblioteca de psicología Desclée de Brouwer.
Levi, L. (2001). Grupo de trabajo europeo de la Organizacion Mundial de la Salud Psycho-socio-economic determinants for stress and depression: A call for actions. En: Doping with stress and depression related problems in Europe. Final Repor European Union Presidency., 17-20.
Regueiro, Ana María. (2020) Sf. Conceptos básicos: que es el estrés y como nos afecta. Recuperado en fecha 29/04/2020 de https://www.uma.es/media/files/tallerestr%C3%A9s.pdf
Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuos agents. American Psychiatric Press., 32.
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973:workplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&Itemid=135&lang=es
Yuni, J. & Urbano C. (2014) Técnicas para investigar 2: Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación. Editorial: Brujas. Córdoba. Argentina.

"MANOS QUE HABLAN": TERAPIA DE INTEGRACIÓN EXPRESIVA Y "MANOS QUE DANZAN" COMPARTIENDO LO VIVENCIADO

Eugenio Mazzucco [A], Claudia Diehl [B], Ornella Longo [C]

ARTE Y SALUD

La aplicación de los lenguajes del arte en la terapéutica médica, es un hecho cada vez más extendido. Con el objetivo de conocer el valor de la *"TERAPIA DE INTEGRACIÓN EXPRE- SIVA"*, su importancia como herramienta para la salud y como motor de cambio social, doy a conocer el proyecto **"MANOS QUE HABLAN" ("I, II y III")**, los que se están llevando a cabo desde 2017. Institución: Consultorio Particular

"El amor, la amistad y el arte son todos intentos de reunión que el yo realiza desde su isla para trascender su soledad. Y esos intentos son posibles porque se realizan de sujeto a sujeto… mediante los concretos símbolos del arte…"

ERNESTO SÁBATO

APOYATURA CONCEPTUAL Y CONTEXTUAL

El hombre desde hace milenios generó, entre otras manifestaciones, arte. Conocemos sus aspectos ligados a sentidos trascendentes y también a recreaciones de asuntos cotidianos. Las pinturas rupestres ilustran escenas de ambos tipos. Para aquellos humanos, el valor residía en tanto se convertía, en expresión de su interioridad y de allí accedían a un sentido de sanación/tras- cendencia. La historia se desplegó y en el presente sabemos que, independientemente de los cendencia. La historia se desplegó y en el presente sabemos que, independientemente de los paradig- mas estéticos vigentes, al contactar con arte algo se produce en términos de modificar nuestro inte- rior. Podemos referenciar esto como de "efecto terapéutico". Además de conmovernos, a veces, caemos en cuenta de que produce acomodos y movimientos saludables, que se traducen en mejor calidad de vida. Tales efectos pueden producirse a partir del teatro, la danza, la pintura, el cine, la escritura y todas las manifestaciones artísticas de todos los tiempos.

TERAPIA DE INTEGRACIÓN EXPRESIVA, *nuestro tema*

Podemos definirla como la aplicación clínica de los mismos lenguajes que utiliza el arte, en un

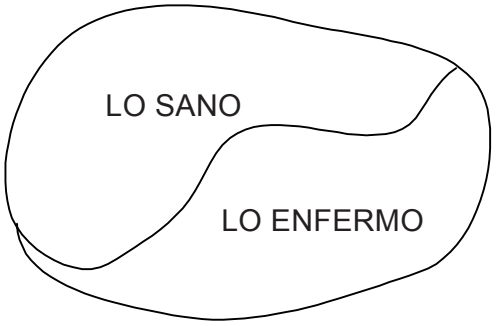
[A] Médico especialista en Psiquiatría. Hospital Colonia Santa María de Punilla, Hogar con Centro de Día YIÑ PEUMAYEN y Posta Sanitaria Los Molinos. Córdoba, Córdoba. Argentina. eugenio.mazzucco@gmail.com
[B] Profesora Facilitadora de Biodanza SRT. Parque Educativo Sur. Facultad de Psicología UNC. Córdoba, Córdoba. Argentina. claudiehl@hotmail.com
[C] Profesora Facilitadora de Biodanza SRT. APAYÚ. Villa Carlos Paz, Córdoba. Argentina. ornella_longo@hotmail.com

trabajo transdisciplinario de objetivo terapéutico, con personas dispuestas que, desarrollando su capacidad creativa, aprenden a expresar y a concientizar sus problemas y, a su vez, a desarrollar habilidades, facultades y recursos propios. Estas utilizan los métodos y lenguajes artísticos, en un espacio-marco en el que el paciente es el protagonista de su constructo[1] creativo hasta que ésta se transforma en una proyección personal, en la libre expresión de sus emociones, vivencias, dificultades o conflictos.

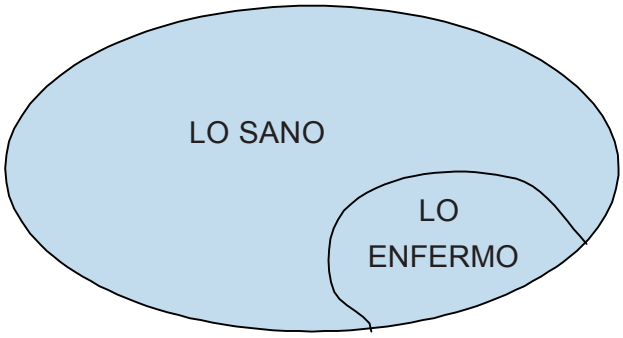
Su eje central es el proceso. No cuenta el producto realizado, sino lo que ocurre y se manifiesta durante su elaboración, tanto en su mundo interior, como en relación con el afuera (los otros, el terapeuta y el contexto).

No podemos pensar la salud aislada de la enfermedad, funciona como una unidad. Introducir arte en este sistema, genera un estado potenciador de recursos saludables, habilitando cambios para una mejor calidad de vida más allá de la enfermedad.

En los inicios de mi actividad como terapeuta pensé que el abordaje de la patología debía ser desde la salud. Es decir, en contra de lo que se proponía en mi formación. Tuve la oportunidad de escuchar a uno de mis maestros (Dr. Emilio Roca), que alineaba algo en esta dirección. Empecé a desarrollar la idea de entender a la persona como una enteridad salud-patología y lo grafiqué de este modo.



Mi hipótesis es que si en vez de poner el acento sobre lo patológico, y trabajamos sobre lo saludable del sujeto, ampliamos esta área y naturalmente lo enfermo se reduce. Tendríamos como resultado algo así, que se puede visualizar en este gráfico. Es decir, una expansión de lo saludable del sujeto, protagonista en su proceso, conlleva, por ende, la disminución de la problemática patológica.



Es así que encontrar la posibilidad de la formación como arterapeuta, pone marco a esta práctica que ya he venido desplegando, y el método de Conexión Creativa anuda de manera directa.

Por ello es una herramienta útil en los tres niveles de atención en salud: evita, acompaña y habilita.

En el *primer* nivel actuamos antes de que ocurra la manifestación patológica, previniendo. Un concepto más reciente es el de la **Prevención Primordial** que articula principalmente con Atención Primaria y su objetivo es anticipar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural reconocidos como factores que contribuyen a elevar el riesgo de enfermedad. El sistema de salud visualiza los riesgos generados por el estilo de vida moderno en las

---

1 *Constructo objetivable/subjetivable: decidí cambiar el vocablo "obra", ya que este me parece más adecuado. Surgido espontáneamente en mi discurso en una sesión de Terapia de Integración Expresiva, le otorga pertinencia, novedad y precisión. Se refiere a la concreta manifestación de lo psíquico o anímico y a su registro material palpable. Por ello el carácter de objeto tangible por el sujeto y por ende también subjetivable; aunque redunde son aspectos diferentes unidos en la percepción que la persona pueda tener al observar-contemplar su propio constructo. Hay aspectos objetivos que producen un registro en otro plano de cualificación que considero tan personalísimos que operan produciendo subjetivación y allí se juega el aspecto de la INTEGRACIÓN. También es subjetivable por otros sujetos al contactar en su percepción con el "constructo de otra persona". Esto es claro en la actividad grupal y allí reside una gran riqueza para el autor del constructo y todos los participantes, por la integración-interacción con lo comunitario, que aporta y transforma hacia nuevas miradas significantes del proceso en movimiento.*
Puede ocurrir también que no quede un registro material del constructo, pero siempre estará lo referenciado de la vivencia. Por ejemplo, si fue una dramatización, o canto, o danza y no quedó filmado o fotografiado, la evocación por parte del usuario o paciente en el contexto de la terapia o a posteriori, le otorga igualmente la condi- ción de constructo.

"sociedades disfuncionales", que originan tanto "patologías de la prosperidad", como de la "desigualdad social"; planteando la necesidad de instrumentar medidas adecuadas de prevención para mejorar estos aspectos.

En la situación del *segundo nivel,* acompaña el proceso de enfermedad ya instalada, integrada al resto de los abordajes terapéuticos, incluso potenciando los mismos, en tanto la adhesión a los tratamientos.

En el *tercer* nivel de rehabilitación restituye y produce el recupero de posiciones saludables frente a sí mismo y a su entorno. Posteriormente coadyuva al sostenimiento de los estados de bienestar y de salud.

Entonces, TERAPIA DE INTEGRACIÓN EXPRESIVA se convierte en una poderosa herra- mienta de salud que se puede utilizar en todo tipo de enfermedades y en los tres niveles de aten- ción, complejidad, promoción y prevención. Esto se sostiene a partir de considerar que básicamente esta práctica se enmarca como estrategia de abordaje dentro de la APS.

La utilización de este tipo de terapia en nuestra provincia se viene produciendo de diferentes maneras desde hace algunas décadas, pero hubo un hito en 2009 que ubicó esta práctica en la categoría correspondiente a su jerarquía: en Perú, se realizó el Primer Foro Internacional **"Arte, Puente para la Salud y el Desarrollo", (Declaración de Lima -OPS/OMS y RLATS EN 2009)**.

Allí se afirma:

"El arte es una necesidad y derecho humano que garantiza acceso a los bienes simbólicos y a la producción de sentido con identidad. Posibilita a través de la creatividad, la imaginación, el pensamiento crítico y el amor; expresar y movilizar deseos y emociones. Deviene así una poderosa herramienta promotora y reparadora de la salud".

Simultáneamente, se asumió un importante desafío por parte de los países participantes, los que se comprometieron a:

1.Impulsar la acción artística transformadora como estrategia de salud y desarrollo
2. Sistematizar los saberes y prácticas del arte para la transformación social.
3. Propiciar alianzas y coaliciones entre organizaciones sociales, de cultura y salud.
4. Promover la formulación de políticas públicas y su implementación efectiva.
5. Crear redes nacionales e internacionales de organizaciones artístico-culturales
6. Incluir la dimensión artístico-cultural en el desarrollo de la atención primaria.
7. Conseguir partidas presupuestarias para programas de arte, salud y desarrollo.
8. Encomendar a la OPS/OMS y la RLATS la incorporación de estos compromisos en el Plan de Acción previsto como parte del Convenio Marco suscrito entre ambas instituciones.

La Dra. Mirta Roses Periago[2], quien ocupó el cargo de directora de la Organización Pana- mericana de la Salud (OPS) y directora regional de la OMS para las Américas en 2003, propició desde su función, durante agosto de 2009, el Primer Foro Internacional "ARTE, PUENTE PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO", organizado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Red Latinoamericana de Arte para la Transformación Social (RLATS). Aun siendo científica formada en otras áreas de la salud en nuestra universidad, no perteneciendo específicamente a los ámbitos de salud mental, ni al arte, habilita nuestro reconocimiento por su apertura en este tema: **ARTETERAPIA**.

EXPERIENCIA EN CÓRDOBA

A partir de la formación de Profesores Facilitadores de Biodanza en la escuela "Idehas Taller" de nuestra ciudad, se articulan otros sistemas de terapia por el arte en un abordaje transdisciplinario: Terapias en Artes Expresivas (Natalie Rogers), Arteterapia Klein (grupo de Barcelona) en

2 *Médica argentina nacida en Santa Fe, en 1945, ganadora de un Diploma al Mérito en Salud Pública, un Premio Comex de Platino en Ciencia y Tecnología y del Premio Comex de Brillante 2003. Se graduó en la Universidad Nacional de Córdoba en 1969. Obtuvo un diploma en Salud Pública con orientación en Epidemiología y el título de Especialista en Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Buenos Aires.*

los que con el criterio de Conexión Creativa (de la primera), cada forma de expresión secuenciada habilita el autoconocimiento, la expresión de las emociones y la comunicación entre los integrantes del grupo.

En Córdoba el primer curso de formación para arteterapeutas se dictó en 2008-2009, en Idehas Taller y egresaron cuatro promociones hasta 2014. A partir de entonces se dicta la formación conjuntamente con la Secretaría de Extensión Universitaria de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba. El 4° Curso de Arteterapia finalizó en agosto de 2019. En la actualidad se continúa desarrollando desde el ámbito de la Escuela "Idehas Taller", adaptado a la circunstancia de la pandemia, como cursos introductorios en forma online.

El proyecto de TERAPIA DE INTEGRACIÓN EXPRESIVA

Esta construcción colectiva fue llevada a cabo por un grupo de 25 pacientes, con el asesoramiento de interlocutores válidos para su elaboración y desarrollo. Se trabajó con pacientes de psicoterapia individual, entre el otoño y la primavera de 2017.

Se les proponía participar de la experiencia y con su acuerdo, en la siguiente sesión tomábamos las fotografías. Hubo diferentes modalidades. Se propuso al paciente condensar un sentimiento o emoción en un gesto. Fue aproximadamente así: "Con lo que está diciendo o hablando, ¿Qué siente? y si lo tuviera que mostrar con sus manos ¿Cómo sería el gesto?".

En general, la génesis fue: a partir de una emoción, de un gesto característico de la propia persona, del material emergido en la sesión o investigando qué vivenció los últimos días y de allí llegar a un contenido emocional. Luego de encontrado el gesto, se sugería pasar al espacio de Arteterapia para concretar la toma de las fotos. Se usaron telas de colores, almohadones o la pared misma como fondo, elegidas siempre por el paciente, con la finalidad de cuidar la identidad de cada uno y eliminar elementos distractivos. Las fotografías se tomaron con variaciones de ángulos e iluminación. La cantidad varió de 30 a 60 tomas por cada participante. Se chequeó el material producido, y al obtener la foto adecuada, terminaba la sesión. Como criterio se privilegió que la imagen fuese fiel al contenido emocional del gesto elegido.

Etapas del trabajo

Se desplegó en cuatro etapas consecutivas: dos individuales y dos grupales, de manera intercalada.

1. Primera sesión individual: se conectó con el gesto, se tomaron las fotografías, se registraron los sentires y se entregó la primera encuesta con la autorización para utilizar públicamente el material.



2. *Primera sesión grupal*: se concretó la muestra en sí misma en el espacio del consultorio con una dinámica de grupo. Estuvieron todas las personas involucradas en el proyecto, se propuso que conectaran con las fotografías y que de las que quisieran escribieran un vocablo con la con-

signa: "estas manos…. ¿qué me dicen?, ¿qué me comunican…?". Estos vocablos quedaron plasmados en tarjetas con una referencia a la foto correspondiente.





Se entregó la segunda encuesta. Se utilizó la técnica de mural con estarcido (para conectar con lo ancestral) sobre lienzo, imprimiendo cada uno un negativo de su mano poniendo un deseo para su salud al hacerlo.



3. Segunda sesión individual: se trabajó integrando el material de las dos encuestas y, fundamen- talmente, los sentires que se despertaban a partir de los vocablos que se habían escrito respecto a su fotografía, su gesto. Aquí apareció la mayor riqueza del proyecto por la conexión vivencial con el colectivo, y estos vocablos fueron puente hacia el interior de cada uno, generando así un efecto profundamente transformador.





4. *Segunda sesión grupal*: en esta instancia de integración se propuso escribir un mensaje a futuro para su propia salud, utilizando el material producido en el primer encuentro grupal. Escogieron algunos términos de entre todos y con ello generaron un texto. Luego se utilizó nuevamente la técnica de mural, plasmando libremente sobre el papel desplegado en toda la pared, con la consigna de que si nuestros descendientes lo encontraran dentro de 9400 años (que es el tiempo *-que tienen las primeras impresiones de manos en la Cueva de las Manos de la Patagonia Argentina) pudieran entender cómo vivenciamos estos tiempos.



Repercusiones en la comunidad del proyecto:

Hemos desarrollado una experiencia vivencial con los pacientes, la cual fue presentada en tres oportunidades en la comunidad. La primera en el mes de noviembre de 2018 en el Consejo de

Médicos de la Provincia de Córdoba, (se exhibió todo el verano), que permitió difundir su valor e importancia como herramienta para la salud y como motor de cambio social. También se presentó en julio de 2019 en el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, que continúo expuesta hasta mayo de 2021. Luego en el FORO LATINOAMERICANO DE BIODANZA en octubre de 2019. Las muestras también fueron vivenciales, más allá de la exhibición de las fotografías y el relato de la experiencia. Los asistentes inicialmente observaban las fotos escuchando las Ocho Estaciones (Vivaldi-Piazzola) como música de fondo, y completaban a su gusto una planilla donde reproduciendo la consigna de la Primera Sesión Grupal De Arteterapia, escribían un vocablo referido a ellas con la invitación:

"estas manos…qué me dicen, ¿qué me comunican…?". Como registro concreto de lo vivenciado por el público durante la presentación del proyecto en el CMPC y en el CPPC, quedó el lienzo que es la imagen de portada del artículo publicado en la revista ETHICA DIGITAL, y en el segundo caso como cuadro mural para una sala importante de la institu ción. Cada persona al plasmar el negativo de su mano, puso algún deseo íntimo para su salud. Esto está ligado a lo ancestral inspirado en la vivencia personal de estar en "LA CUEVA DE LAS MANOS".

MUESTRA en el COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

A partir de esta experiencia con mis pacientes, en el consultorio clínico, y con mi vivencia como biodanzante, decidí convocar a dos colegas, facilitadoras de biodanza, para ampliar y profundizar esta línea de investigación. Nos propusimos a tal efecto armar un taller vivencial sumando TERAPIA DE INTEGRACIÓN EXPRESIVA con el sistema de integración de BIODANZA, al cual llamamos **"Manos que Danzan"**.



¿POR QUÉ TRABAJAR CON BIODANZA y TERAPIA DE INTEGRACIÓN EXPRESIVA?

TERAPIA DE INTEGRACIÓN EXPRESIVA y BIODANZA son metodologías complementarias. La sesión de Biodanza y la creatividad pueden ser el primer paso para tomar contacto profundo con la propia identidad, con las capacidades creativas y de salud latentes.

Como aprendimos de nuestros maestros que nos transmitieron la metodología de Natalie Rogers, creadora de Sistema Terapia de Artes Expresivas centrado en la persona, al que nominó "Conexión Creativa", es que a través de las artes expresivas (música, danza, expresión plástica, pintura, arcilla, etc.) se facilita el acceso a la percepción interior, la autoexpresión y la creación grupal. El arte es un lenguaje privilegiado para la expresión y movilización de deseos y emociones y por tanto deviene en una poderosa herramienta promotora y reparadora de la salud.

La obra no tiene un valor estético, ni es juzgada por ello. No hay lindo ni feo, ni mal hecho ni bien hecho. Simplemente es lo que surge de nuestra identidad, desde quienes somos. Al valor lo da el hecho de que la obra es parte de nosotros, es una proyección, en la que podemos trabajar y reflexionar sobre nosotros mismos, usando distintos lenguajes expresivos que activan la capacidad para resolver problemas y modificar comportamientos que faciliten y promuevan una mejor calidad de vida. Es decir, aquí no hacemos interpretación de las obras creadas por las personas. El proceso es auto dirigido por el participante. Como facilitadores sólo asistimos y proveemos herramientas.

Rolando Toro dice: "Biodanza es un sistema de aceleración de procesos integrativos a nivel celular, metabólico, neuroendocrino, inmunológico, hormonal, cortical y existencial, dentro de un ambiente enriquecido por la música, la danza y el encuentro que despierta vivencias de transformación".

Este sistema nos propone habitar los gestos y residir en las palabras, llegar a esos espacios en los que vivíamos en la pre verbalidad, en el útero materno y luego en el tiempo de gestación y contención que los seres humanos necesitamos fuera de éste. La biodanza en tanto intervención psicofísica destinada a mejorar la salud, es un método de facilitación de expresión del potencial humano mediante las músicas, la danza, vivencias integradoras y comunicación en grupo.

Biodanza nos da un acceso profundo a nuestro ser (estado permeable, donde aflora material inconsciente u oculto) A ese estado lo llamamos íntasis. También buscamos inducir vivencias, en las que se puede producir una integración profunda en el aquí y ahora, que luego es narrada como experiencia, como algo intensamente vivido. La idea es pasar desde ese estado a la expresión artística para plasmar la emoción o el sentimiento que surgió durante la sesión. Nos propusimos concientizar y trabajar el uso de las manos, su capacidad de comunica- ción como aspecto no verbal del lenguaje y, al integrarlo con el arte, comprender su valor como promotor y generador de salud. Comprender la riqueza de la producción colectiva como agente de cambio en la comunidad.

Nuestra hipótesis fue que, a partir de tomar conciencia del uso de las manos como parte no verbal del lenguaje y al interrelacionarlo e integrarlo con el arte y el sistema de Biodanza produciría efectos beneficiosos sobre la salud integral de las personas.

DESCRIPCIÓN DE LOS TALLERES REALIZADOS

Durante el año 2019 realizamos dos encuentros de la propuesta "Manos que Danzan". La primera fue en Idehas Taller (Escuela de Biodanza y de Arteterapia de Córdoba) en la que asistieron personas que nunca habían participado en una sesión de Biodanza y la segunda en el Primer Foro Latinoamericano de Biodanza, realizado en octubre de ese año, en el cual concurrieron biodanzantes de diversos lugares del país y del extranjero.



En ambos encuentros los resultados fueron similares. Las personas se retiraron conmovidas, luego de casi tres horas de trabajo consigo mismas y con el grupo. Lograron llegar al objetivo final, que era la creación de un mural colectivo con la impresión de sus manos, poniendo en este acto un anhelo de salud.

Para llegar a eso, tuvimos una introducción acerca de la "Cueva de las manos" en la Patagonia y su significado desde la antropología, con proyección de fotografías de las pictografías y del paisaje en las que estas se encuentran.

Luego propusimos una vivencia de Biodanza, en la que se trabajó sobre las líneas de afectividad, creatividad y trascendencia. En el momento más profundo de la vivencia se invitó a los parti- cipantes a danzar con sus manos, acercándolas a un pequeño escenario o retablo, donde fueron tomadas fotografías. Posteriormente se inició una proyección de las fotografías mientras se convocó al grupo a ponerse en contacto con materiales de plástica (en este caso arcilla y diversos elementos de la naturaleza, para conectar mejor con lo ancestral). Cada participante, en ese estado de regresión realizó su constructo, la invitación era a "no pensar", a dejar que surja el modelado o el objeto espontáneamente.

Una vez terminadas las producciones, todas las personas fueron circulando libremente, para conectar con las obras de los demás compañeros. La invitación era a observar sin juicio.

El Cierre fue comunitario, ya que se invitó a una conexión vivencial con el colectivo. Se utilizó la técnica de mural con estarcido sobre lienzo, imprimiendo cada participante un negativo de su mano. Al hacerlo, invitamos a explorar internamente un deseo concreto para su propia salud o para la de otra persona significativa.



"El conjunto del cual nutrirnos, es lo que nos da sentido, se resignifican los elementos y también las emociones. ¿Qué sentido tiene concientizar que nada deja de ser importante?

… Nos saca de lo individual en un sentido tribal." Dra. Ana María Alberti

Compartimos, con su consentimiento, el testimonio de una de las pacientes que participó en ambos proyectos.

Taller de "Biodanza y conexión creativa, manos que danzan".-

Fuí invitada por el Dr. Eugenio Pablo Mazzucco para el proyecto "manos que hablan" en el año 2017, el cual se continuó trabajando en encuentros y exposiciones en los años 2018 y 2019. En el mes de septiembre del corriente se dió el taller de "Biodanza y conexión creativa, manos que danzan" al cual asistí con amplias expectativas las que fueron cumplidas y superadas en su totalidad.-

Intentaré resumir esta mágica y maravillosa oportunidad cuya consigna fue encontrarse con el cuerpo intentando sentirlo y dejar que éste dance al compás de los diferentes músicas, forma individual y grupal. Esta experiencia no solo incluyó el arte de expresarse a través de la música y danza, sino que también se sumaron la fotografía y la plástica. Esto se trabajo en sentires del alma que no alcanzan con palabras, que surgen y fluyen libremente sin censuras ni explicaciones; vibran, laten, duermen y despiertan en nuestro interior buscando salir en danzas que susurran, hablan, gritan, cantan desde lo más profundo del SER a través de nuestro cuerpo. Sentirse volar, flotar .... sin pensar, ser simple y magnificamente "uno", ese genuino y real, libre, sin atadura alguna. Pulso, ritmo, melodía, canción, corazón que late, lágrimas que corren .... interior, exterior son una retroalimentación. Maravilloso despertar de sensaciones y emociones, felicidad, placer, deleite, alegría, movilización interior, sí. mucha emoción !!!, cada parte de mi cuerpo tomó vida al son de una misma canción, la de la "Libre expresión".

Agradezco ésta maravillosa y valiosa oportunidad !!! Gracias Eugenio!!! gracias mi querida Di

Mª. Cristina Serra.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Hasta aquí, una síntesis apretada del proyecto. El contenido específico de lo surgido, por respeto a la privacidad está resguardado en el secreto médico, para cuidar a los pacientes. Sin embargo, mostrar al público "Manos que hablan", que sus participantes puedan compartir con quienes deseen la vivencia de su recorrido, de manera protegida, trasciende la terapia individual y extiende su alcance hacia la comunidad.

Posteriormente en el año 2018 se concretó en una continuidad el proyecto "MANOS QUE HABLAN II" (también llamada "MANOS QUE HABLAN 18", porque eran 18 participantes), y al presente se está desplegando de manera demorada por la pandemia "MANOS QUE HABLAN III". También durante 2019 se concretó "MANOS QUE DANZAN", que fue presentado en la Escuela de Biodanza "IDEHAS TALLER" y también en el "Foro Latinoamericano de Biodanza".

AGRADECIMIENTOS

A las personas que confiaron en nosotros y en el proyecto participando. A nuestros maestros, Dra. Ana María Alberti y Prof. Guillermo Retamosa, directores de **Idehas Taller:** Escuela de Biodanza Córdoba y docentes del curso de Arteterapia de Extensión Universitaria de la Facultad de Medicina-Universidad Nacional de Córdoba (Argentina)

Bibliografía Consultada

Álvarez Sintes R., 2014, "Factores de riesgo y enfoque preventivo". En: Medicina General Integral Vol. II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, Cuba

Arte terapeuta Dr. Eugenio Mazzucco, Facilitadora Prof. Claudia Diehl, y Arteterapeuta / Facilitadora Ornella Longo, octubre de 2019, expositor "MANOS QUE DANZAN" en el "Foro Latinoamericano de Biodanza", Organizado por la Escuela Biodanza Córdoba IDEHAS TALLER, auspiciado por la Facultad de Ciencias Médicas según Resolución Decanal Nº 4553/2019. Y declarado de Interés Provincial por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba según resolución Nº 1367, Córdoba, Argentina.

Declaración de Alma-Ata, del 6 al 12 de septiembre de 1978, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, convocada por la Organiza- ción Mundial de la Salud, OPS y UNICEF República de Kazajstán, URSS.

DECLARACIÓN DE LIMA, SOBRE ARTE, SALUD Y DESARROLLO, Primer Foro Inter- nacional, 19 de Agosto de 2009, "ARTE, PUENTE PARA LA SALUD Y EL DESARRO- LLO", organizado (OPS/OMS) y la Red Latinoamericana de Arte para la Transformación Social (RLATS), Lima, Perú.

Dr. Mazzucco, Eugenio Pablo, 11, 12 y 13 de octubre de 2019, expositor "MANOS QUE HABLAN" en el "Foro Latinoamericano de Biodanza", Organizado por la Escuela Biodanza Córdoba IDEHAS TALLER, auspiciado por la Facultad de Ciencias Médicas según Reso- lución Decanal Nº 4553/2019. Y declarado de Interés Provincial por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba según resolución Nº 1367, Córdoba, Argentina.

Dra. Ana María Alberti (Programación y Dirección), Prof. Dr. Bernardo Gandini, Dr. Pablo Cortés, Prof. Guillermo Retamosa, 2017, "ARTE TERAPIA", "III Curso de Formación, Cen- trado en Conexión Creativa (Natalie Rogers) y articulación con Sistema Biodanza y otros sistemas vivenciales ",Tomo I, Idehas Taller Escuela de Biodanza Córdoba, Córdoba, Ar- gentina.

Dr. Mazzucco, Eugenio Pablo, "ARTETERAPIA ALCANCES Y PRÁCTICAS: ARTE Y SALUD", ETHICA DIGITAL, Órgano De Difusión Del Consejo De Médicos De La Provincia De Córdoba, marzo 2019, N° 114, sección cultura, p.28-33, https://43cdd8cf81624b42a9 ca9d38281eb090.filesusr.com/ugd/337420_ca1645c9a5834c918a9deccd 94cf9595.pd f Córdoba, Argentina.

Lic. Garabelli, María Elena, Lic. Moll, Mónica, Lic. Barbieri, Mónica, Dr. Mazzucco Euge- nio, junio de 1995, Jornadas de Reflexión Grupal, "CRISIS, SALUD Y CREATIVIDAD", Taller de Psicodrama El Pasaje, Córdoba, Argentina.

NATALIE ROGERS, Febrero de 1992, "LA CONEXIÓN CREATIVA", DEL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA A LA TERAPIA EXPRESIVA, traducido y editado por: JOSÉ BAUTISTA O., Profesor del Departamento de la Universidad del Valle, Con Permiso Escrito del: Instituto de Terapia Expresiva en la Persona, Santa Rosa, California, USA, Cali, Colombia, S.A.

Roland Barthes, 1980,"La Cámara Lúcida. Nota sobre la fotografía", traducido por Joa- quim Sala-Sanahuja, Barcelona, España, Ed. Paidós.

Stephen Nachmanovitch, 2004, "Free Play, La improvisación en la vida y en el arte", Edito- rial: PAIDOS IBERICA, Traductor: ALICIA STEIMBERG, Buenos Aires, Argentina.

Registro de propiedad intelectual: EX-2021-64627519-APN-DNDA#MJ.Terapia de Integra- ción Expresiva: método técnico de objetivo terapéutico, como puente para acceder a mejor condición de salud (enmarcado o no, en el contexto-marco de un tratamiento, con personas en condición de pacientes o usuarios), que utiliza los mismos lenguajes que el arte, faciltan do con su uso la expresividad personal, ya sea en contexto individual o grupal, de lo que resulta el despliegue de un proceso cognitivo emocional, en el cual queda como parte de un registro mayor lo que llamo el constructo objetivable/subjetivable. No importa entonce el resultado sino el proceso en dirección al efecto terapéutico.

Mazzucco, E. P. (2020). "Manos que hablan". Arteterapia. Proceso Creativo y Transforma- ción, N° 8, pp. 12-17. Disponible en: https://arteterapiarevista.com.ar/manos-que-hablan.

Mazzucco, E. P. (2021). "La Terapia de Integración Expresiva y su efecto saludable en la comunidad durante la pandemia", Arteterapia. Proceso Creativo y Transformación, N° 9, pp. 38-45.

Stephen Nachmanovitch, 2004, "Free Play, La improvisación en la vida y en el arte", Editorial: PAIDOS IBERICA, Traductor: ALICIA STEIMBERG, Buenos Aires, Argentina.

Registro de propiedad intelectual: EX-2021-64627519-APN-DNDA#MJ.Terapia de Integra- ción Expresiva: método técnico de objetivo terapéutico, como puente para acceder a mejor condición de salud (enmarcado o no, en el contexto-marco de un tratamiento, con personas en condición de pacientes o usuarios), que utiliza los mismos lenguajes que el arte, facilitando con su uso la expresividad personal, ya sea en contexto individual o grupal, de lo que resulta el despliegue de un proceso cognitivo emocional, en el cual queda como parte de un registro mayor lo que llamo el constructo objetivable/subjetivable. No importa entonces el resultado sino el proceso en dirección al efecto terapéutico.

Mazzucco, E. P. (2020). "Manos que hablan". Arteterapia. Proceso Creativo y Transformación, N° 8, pp. 12-17. Disponible en: https://arteterapiarevista.com.ar/manos-que-hablan.

Mazzucco, E. P. (2021). "La Terapia de Integración Expresiva y su efecto saludable en la comunidad durante la pandemia", Arteterapia. Proceso Creativo y Transformación, N° 9, pp. 38-45.

EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL. PRÁCTICAS SUBJETIVANTES EN EL NIVEL SUPERIOR EN CONTEXTO DE PANDEMIA

Analía Francisconi [A], Patricia Fosco [B]

[…] introduce la forma del otro en cuanto tal, es decir,
como pura reciprocidad,
puesto que el uno no se reconoce más que en el otro
y no descubre el atributo que es suyo
sino en la equivalencia del tiempo propio de los dos.
Jacques Lacan

Introducción. La realidad que atraviesa e impone

La situación imperante desde 2020 con un virus que *arrojó* a los sujetos, en términos heideggerianos[1], a una realidad nueva mediada por una pandemia, ha provocado que en las instituciones educativas, fundamentalmente en las de nivel superior –como el Instituto Superior de Formación Docente y Técnica[2] del que las autoras forman parte– hubiera que (re)pensar, construir y accionar pedagógicamente de un modo diverso, diferente y diferenciado de lo conocido, formalizado y legitimado hasta el momento. Es decir, reposicionarse a partir del malestar percibido.

Es así que, en un contexto adverso que necesariamente se entrama sociocultural, política, educativa y sanitariamente, las prácticas pedagógicas se encuentran en una encrucijada y frente a diversos desafíos. Es allí donde se *enlazan* al ámbito de la salud mental. La OMS (2018) manifiesta que la mala salud mental se asocia a los cambios sociales rápidos y a las condiciones de trabajo estresantes, entre otros factores.

Educación en contextos desfavorables; frente a la diversidad de afrontamientos, en un *continuum* salud-enfermedad, en época de paradojas, de cara a sentimientos de tristeza e impotencia, resistiendo la ruptura de los lazos sociales, entre otros. Acto educativo que se inscribe así, en un ámbito plagado de posibilidades, incertidumbres, miedos y malestares, generando elevados niveles de ansiedad y angustia, que impactan en las aulas y en los procesos de enseñanza y aprendizaje. Acto educativo que no puede, por consiguiente, eludir y desresponsabilizarse del otro semejante. En palabras de Heidegger (1927), retomado por Lozano (2004), *"(…) es responsable de un ser que él no ha creado y que es de un modo que él no ha escogido. Experimenta entonces el estado de ánimo de saberse abandonado a sí mismo, siente angustia (Angst), malestar, desasosiego"* (p. 201).

Ergo, este real que se impone, materializado entre otros, por la virtualidad como medio de vehiculización de las prácticas educativas de nivel superior, ha sido y es, no-deseado y no-elegido por los sujetos, con lo cual, no hay investidura capaz de promover su representación e inscripción simbólica. Habrá pues, que crear desde la más profunda intemperie del sujeto. Serán así, la relación con el otro-otro y la creación/transformación, acciones con capacidad de tramitar el experimentado desamparo, tanto a nivel psicológico como pedagógico y social.

---

1 *El filósofo alemán Martin Heidegger acuñó el término "dasein", que significa "estar ahí". Es decir que, el hombre es un "ser en el mundo" arrojado a la existencia. Ese descentramiento del hombre determina que la conciencia no es autónoma, sino que está inmersa en una red de relaciones con su entorno. No es un sujeto aislado en sí mismo, sino que sólo tiene subjetividad en cuanto la despliega en su mundo circundante, piensa o se ocupa de los demás entes o cosas que lo rodean.*

2 *ISFD y T N° 89 "Dr. René Favaloro" de la localidad de Mar de Ajó, Partido de La Costa, prov. de Buenos Aires, Argentina.*

[A] *Psicóloga y Docente. ISFD y T N° 89. Miembro de AASM San Bernardo, Buenos Aires. Argentina. analiafw@gmail.com*
[B] *Profesora de Matemáticas. ISFD y T N° 89. Santa Teresita, Buenos Aires. Argentina. patriciafosco@gmail.com*

Por tanto, y si bien la implementación de modalidades de enseñanzas y aprendizajes en la virtualidad llevan ya varios años, en el caso que nos pre-ocupa, esta modalidad ha sido impuesta[3] dejando al sujeto a expensas del imperativo, tal como se ha enunciado.

Categorías para pensar y abordar la realidad

En función de una análisis contextual y retrospectivo, puede señalarse la presencia de dos indicadores que han atravesado, interpelado y guiado las modalidades de enseñanzas y aprendizajes en estos *tiempos* actuales, dando lugar a un tercero como producto del trabajo cognitivo e intersubjetivo. A saber: **- Conexión(es). Recursos y estrategias de telecomunicación, - Ligazones y amarramientos**, **- Prácticas pedagógicas subjetivantes.**

Estos indicadores permiten evidenciar las condiciones de salud mental, en tanto esta, tal como plantea la OMS (2018), se define como un estado de bienestar por medio del cual la persona puede hacer frente, realizando sus capacidades, al estrés normal de su vida, contribuyendo de forma productiva en su comunidad, *"En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad".* Por ende, la salud mental y el bienestar son fundamentales para promover la *"capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida"* (OMS, 2018). Es por esta razón que, las acciones que se realicen en pos de su promoción, protección, mantenimiento y/o restablecimiento son necesarias e inexcusables para toda comunidad y para la sociedad en general, máxime si se trata de instituciones educativas.

Así pues, respecto de la/s conexión(es), han surgido más allá y más acá de un servicio de internet. No puede soslayarse aquí la brecha digital: la distribución desigual en el acceso, uso e impacto de las diferentes tecnologías de información y comunicación en cada estudiante y docente, como tampoco, la creación de espacios para que la conexión fuera posible. Una computadora, un teléfono celular o una tableta no necesariamente "conectan". El acto selectivo y decisivo de la conexión impacta sobre los intereses, expectativas, emociones y deseos de los sujetos pedagógicos.

Así mismo, los recursos ofrecidos por la plataforma virtual utilizada para la comunicación sincrónica y asincrónica entre docentes y estudiantes, debieron diferenciarse de aquellos con los cuales se evidenciaba una intencionalidad didáctica; promoviendo esto, un aprendizaje a desarrollar por parte de los docentes, es decir, los docentes tuvieron (tuvimos) que aprender en el proceso de enseñar.

También, el formato del aula, la necesidad de conexión plena en la web, la disposición de cada componente en las pantallas (diferentes en cada dispositivo), en consecuencia, la plataforma misma ha generado innegables malestares y frustraciones debido a su "navegación" y recorrido "poco amigable", incluso para quienes son usuarios permanentes con acceso a internet. Lo antedicho, ha representado tanto una dificultad como un desafío para forjar y sostener el vínculo con los estudiantes.

Hubieron de buscarse entonces, otros recursos no "ofrecidos", sino emergentes y creados en situación, por lo que, su significado se ha visto modificado también, constituyéndose en herramientas pedagógicas al servicio de las prácticas educativas propias de la aproximación a la realidad imperante.

Es así como continúa pensando y estudiándose cómo didactizar aquellas aplicaciones, redes sociales, recursos digitales y tecnológicos, como WhatsApp, Facebook, Instagram, YouTube, Zoom, Meet, entre otros, que no fueron creados originalmente para la educación formal, sistemática y profesional.

Respecto de las ligazones y amarramientos. En este contexto, puede reconocerse la ruptura de estas ligazones y en muchos casos –como ha sucedido con los ingresantes de este año 2021, que desde el comienzo han permanecido en la modalidad virtual exclusivamente– la imposibilidad de establecerse. La *presencia* en todas sus acepciones, ha quedado en espera o excluida… No obstante, así como hay docentes que no han estado *disponibles* para alojar al otro (Winnicott, 1971), hay muchos que no solo han "conectado", con y a través de, los conocimientos y contenidos sino

también, con las trayectorias personales de cada estudiante; nombrando lo no dicho, poniendo palabras a los afectos que circundan los encuentros, funcionando como mediadores empáticos ante la desolación, la incertidumbre y la angustia, en muchos casos. Aspectos que hacen al *amarramiento* a la salud mental, como sostenedora de las prácticas educativas. *"En rigor, todos los estados anímicos, aún los que solemos considerar "procesos de pensamiento", son en cierta medida "afectivos", y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos"* (Chairo, 2010, p. 35).

Como corolario y último indicador, las prácticas pedagógicas subjetivantes, que pueden considerarse en código de *inter-venciones* pedagógicas. Recurriendo a su etimología, la palabra "intervenir" viene del latín *intervenire* y significa "venir a ponerse entre dos o más cosas". Sin lugar a dudas, puede pensarse en un *entre*, al modo deleuziano. En ese *entre venir*, algo llama a pensar e interpela. Lo "entre" como vínculo, no tiene lugar por fuera de un sujeto, por ello, intervención alude también a la *inter*-vención y a la *in*(ter)*vención*, es decir, a la invención entre, inter, dos o más sujetos en una relación y acción educativo-pedagógica, posibilitada por la creación de una *zona de experiencia* mutua, al decir de Winnicott (1971). Más bien, podría decirse que no hay in(ter)venciones que no contengan a otro(s) en su horizonte. Es por ello que toda intervención tiene una historia, diversas concepciones que la sustentan, no es neutral ni indiferente, es pensada, planificada, "didactizada" y, por tanto, conlleva decisiones y responsabilidades.

Entrar en diálogo con colegas, intra e interdisciplinariamente, ha implicado pues, poner en discusión posicionamientos y marcos teóricos, metodologías para la enseñanza, concepciones epistemológicas sobre las distintas áreas de estudio[4]; sobre cómo se enseñan y cómo se aprenden; produciendo a la postre, acuerdos teóricos y técnicos.

Tal es así que, tanto la disponibilidad subjetiva como la reflexión colectiva son las que han permitido re-configurar los currículos para la enseñanza en emergencia, mediar y tamizar la información provista, acompañar las trayectorias educativas y a los propios sujetos pedagógicos, promover el anclaje y ligadura a un proyecto de vida, a una cierta estabilidad en lo inmediato arrasada, a un contexto saludable y enriquecedor por antonomasia, permitiendo y favoreciendo la expresión del distanciamiento y consecuentemente, de la angustia, la soledad, el desánimo y la tristeza. Es así como estas prácticas pedagógicas subjetivantes, han devenido también, en estrategias y actividades de promoción de la salud mental en el ámbito educativo, siendo este uno de los sectores implicados en la creación de acciones que generen entornos y condiciones de vida que propicien, sostengan y proclamen esa salud mental.

A modo de conclusión

Las *con-versaciones,* al decir de Skliar (2021) –necesarias para la producción compartida y colaborativa– se han centrado entonces, en torno al acompañamiento de las trayectorias educativas, en la necesidad de una nueva transposición didáctica[5] (Chevallard, 2005) y por consiguiente, en la producción de un Currículum Prioritario –signado por las subjetividades y los recorridos académicos propios– a partir de disposiciones generales sobre enseñar y evaluar en pandemia emanadas de la Dirección de Educación provincial[6].

De aquellos intercambios es que se han propuesto acciones para la producción colaborativa entre estudiantes y docentes; condición indiscutible para la construcción de conocimientos, si se tiene como referencia el enfoque didáctico propuesto por Vygostski (1979), quien pusiera en primer plano la transmisión de los saberes culturales; adjudicando gran importancia a la construcción social y considerando a la intervención docente como aspecto fundamental para el aprendizaje (Lerner, 1996).

Se ha posibilitado también, el anclaje a un proyecto a la vez propio y compartido, co-producido,

3 *La intención aquí no es la de criticar o desestimar la decisión de haber optado por la modalidad virtual como recurso más adecuado sino pensar, objetivando el desafío que esto implica, ya que hay un sujeto que hará uso de ese medio sin conocimientos o herramientas para ello, y si las tuviere, la condición de precariedad que aquellas alcanzan.*

creado a expensas del *poder* de la alegría y la esperanza, arribando así, a la construcción de espacios y ámbitos saludables potenciadores de enlaces representacionales, de pensamientos y fantasías. Tal como propusiera Freire (2004), enseñar supone enfrentar con alegría la posibilidad de creación de nuevos conocimientos transformadores, con la esperanza de construir con ellos alternativas para resistir obstáculos que se oponen a su búsqueda, a su praxis y a la libertad de los estudiantes.

Para finalizar, las prácticas educativas subjetivantes se han pensado y construido didácticamente, emergiendo cuando en el vínculo pedagógico el espacio se ha convertido en transicional, en zona intermedia de experiencia entre lo interno y externo, al decir de Winnicott (1971). Cuando los sujetos han *madurado* conjuntamente, pensado colectivamente y resuelto colaborativamente, con trayectorias diversas pero no ajenas entre sí, adviniendo entonces, no solo *cronologías de aprendizajes* (Terigi, 2010), sino *memorias pedagógicas* capaces de generar condiciones de salud mental al desplegarse en un espacio dispuesto a la *escucha* e historización, a la circunvalación, al advenimiento de nuevas experiencias que generan creativamente huellas de significación, de transgresión constructiva y crítica, a través de una ligadura que alberga y sostiene subjetividades, las interpela, produce saber pedagógico, contiene des-bordes y traza un camino-guía para percibir y *desear* otras realidades posibles. Al decir de Nietzsche (2007), *"La educación no es sino liberación (…); irradia luz y calor"* (p. 29).

Bajo esas modalidades, las prácticas o actos educativos, al rescate de las posibilidades subjetivas y las producciones pensantes y creadoras, promueven la salud mental, anclan a la vida, a los proyectos, al *Porvenir*, al decir de Freud (1986). Tal como afirmara Freire (2004), *"enseñar exige alegría y esperanza".*

Referencias bibliográficas

Chairo, L. (2010). El afecto. "Un enigma perturbador". En: El psicoanalítico. Núm. 3. Buenos Aires.
Chevallard, Y. (2005). La trasposición didáctica: del saber sabio al saber enseñado. 3ra edición. Buenos Aires: Grupo Aique.
Freire, P. (2004). Pedagogía de la autonomía: Saberes necesarios para la práctica educativa. Sao Paulo: Paz y Tierra Editorial.
Freud, S. (1986). El porvenir de una alusión. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
Lerner, D. (1996). La enseñanza y el aprendizaje escolar. En: Castorina, J.; Ferreiro, E.; Lerner, D., y Oliveira, M. (1996). Piaget-Vygotski: contribuciones para plantear el debate. Buenos Aires: Paidós Educador.
Lozano, V. (2004). Heidegger y la cuestión del ser. En: Espíritu LIII, pp. 197-212. Universidad de Barcelona.
Morris, Ch. (1987). Psicología. Un nuevo enfoque. México: Editorial Prentice - Hall Hispanoamérica.
Nietzsche, F. (2007). Schopenhauer como educador. Madrid: Biblioteca Nueva.
OMS. (2018). Salud Mental: fortalecer nuestra propuesta. En: Nota descriptiva. Centro de prensa.
Skliar, C. (2021). Lenguaje, educación, sujetos y sentido, Lección 6. Conferencia para la Cátedra Doctoral en Educación y Pedagogía: UPN. México.
Terigi, F. (2010). Las cronologías de aprendizaje: un concepto para pensar las trayectorias escolares. Conferencia en el marco de la Jornada de apertura Ciclo Lectivo 2010. Ministerio de Cultura y Educación. La Pampa.
Vygotski, L. (1979). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona: Editorial Crítica.
Winnicott, D. (1971). Realidad y Juego. Barcelona: Editorial Gedisa.

4 *Las áreas de estudio, materias y/o espacios curriculares, las delimita y prescribe el Diseño Curricular y/o Resolución Ministerial que otorga validez a las carreras.*

5 *Al decir de Chevallard (2005), la transposición didáctica es el proceso por el cual se modifica un contenido de saber para adaptarlo a su enseñanza. De esta manera, el saber sabio es transformado en saber enseñado, adecuado al nivel del estudiante.*

Capitulo VII

Ley y Derechos Humanos. Comunidad y prevención

ESTIGMAS Y LENGUAJES EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL EN EL SIGLO XXI

José Carlos Caprara [A]

1. Introducción

Desde tiempos remotos las personas con padecimientos mentales y/o neurológicos sufrieron del "Estigma social", si bien este no cayo del mismo modo sobre los diferentes padecimientos psíquicos, siendo el estereotipo de la estigmatización la "locura o el loco", en la clínica actual y en la fisiología social nos seguimos topando en el cotidiano con las consecuencias nefastas del estigma, en los más diversos padecimientos mentales del Siglo XXI. Propongo el ejercicio individual y colectivo de autoconcientizar y revisar el lenguaje cotidiano afines de utilizar una herramienta tan poderosa con fines de desestigmatizar un campo tan estigmatizado como el de la salud mental.

1. Concepto de Estigma en el Campo de Salud Mental:

La prevalencia a nivel mundial de personas que sufrirán algún padecimiento mental que requiera por su gravedad tratamiento profesional a lo largo de su vida, se estima en aproximado un 25%, para ser más claro ¼ de la población mundial .A pesar de estos números sigue existiendo hoy un fuerte estigma hacia las personas con padecimiento mental.

Juan Carlos Fantin refiere en el libro "El fin del Manicomnio", dirigido por Alberto Trimboli:

> El término español Estigma, proviene del latín stigma que originalmente quiere decir "picar" con algo, por lo general, el cuerpo. De allí se derivó a la acepción de marcar el cuerpo (por ejemplo, con un hierro candente) a fin de dejar una señal que remita a una infamia, se trate de delincuentes o de esclavos.

Siguiendo esta línea podría referir que "el estigma es un signo que se transforma en un síntoma", al hacerse dolor en el padeciente.

Las personas con trastornos mentales y sus familias (a diferencia de otras patologías médicas como el cáncer) tienen que agregarles al sufrimiento una "suerte de condena social". Las causas del estigma de los trastornos mentales son complejas pero, de forma regular, tienen que ver con el miedo y la ignorancia. La mayoría de las personas siguen pensando que los trastornos mentales, sobre todo los que llamamos "locura", son contagiosos y peligrosos, fenómeno vigente heredado y similar que sufren también personas con consumo problemáticos de sustancias, paradójicamente inmersos en una sociedad de consumo. Lo cual es una muestra actual ,en el contexto de analizar las transiciones y la evolución de los modelos que se sucedieron y solaparon en el transcurso de la construcción del campo de la Salud Mental, principalmente en el Siglo XX, que si bien parece superado el concepto demoníaco-desde un Modelo mágico-religioso- asociado a la locura y a enfermedades neurológicas como la epilepsia, que primo durante la edad media, no ocurre lo mismo con los modelos del "Higienismo Médico"- que traspola el mismo abordaje de la enfermedades infectocontagiosas a los padecimientos mentales, ni el modelo Ético Jurídico-basado en conceptos morales y de peligrosidad en el abordaje de la Salud Mental. Ambos modelos generan las bases sobre las que se asienta y perpetua el estigma en las sociedades del siglo XXI .Lo que uno puede observar desde la práctica clínica es que parece que: nunca un modelo es totalmente superado, siempre quedan vestigios ideológicos anacrónicos vivos circulando en el campo de la salud mental y en el campo social, perpetuando de este modo el Estigma. Un claro ejemplo es la vigencia de la ley 23.737 de tenencia y trafico de estupefacientes conviviendo al mismo tiempo con la Ley Nacional de SM 26.657.

[A] Medico UBA. Especialista en Psiquiatria. Hospital de Chivilcoy. Prov. Bs As. Chivilcoy. Buenos Aires. Argentina. jocheca-prara@hotmail.com

Marcelo Cetkovich señala en su libro "El estigma de la enfermedad mental y la psiquiatría" que el estima tiene tres elementos: 1º Estereotipo: una creencia negativa que se sostiene sin mayor critica con respecto a un grupo.2º Prejuicio: una respuesta emocional negativa frente al estereotipo. 3º Discriminación.

Estos tres aspectos conforman los componentes cognitivo, emocional y conductual del estigma.

El estigma es un elemento que se despliega sobre el campo social y el campo de la salud mental. Retomando los orígenes del concepto de campo los hallamos en el sociólogo francés Pierre Bordieu (1930-2002 Francia). Bourdieu propone la visión de la sociedad como conjunto de campos. Un campo es una red en la que se entrelazan las diferentes posiciones jerárquicas que hay dentro de cada campo. Cada agente dentro de un campo ocupa una posición determina por las reglas de juego del campo, por la posesión de capital que el agente tiene y por sus relaciones con otros agentes.Cada campo tiene una autonomía relativa, sólo relativa. Es decir el campo debe verse dentro del juego más grande que es el espacio social en donde interactúan con otros campos. Todos los campos están relacionados con el campo del poder. Al hablar de campo ,sus características dinámicas y en permanente disputa por su movilidad en materia de rumbos y de cambios, nos lleva a pensar que si bien el estigma es un concepto que involucra a un campo más amplio que es el social ,dentro del cual está inmerso el campo de la salud mental (lo cual es un avance, dado que hasta no hace muchas décadas el campo social excluía al campo de la salud mental),podemos pensar que no todos los agentes del campo comparten la estigmatización de los padecimientos mentales y es ahí desde donde debe surgir y surge la idea de cambio y desestigmatización.

Dos grandes referentes de este movimiento, de cambio de paradigma en base a la desinstitucionalización y destigmatización dentro del campo de la salud mental y social fueron: Mauricio Goldenberg (1916 Argentina -2006 Estados Unidos Washington DC) y Franco Basaglia (1924 Italia Venecia-1980 Italia Venecia) ,como señala Alberto Trimboli en su libro "El Fin del manicomio":

> "Goldenberg se hace cargo de la jefatura del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús en 1956.Es allí donde comienza a desarrollar un verdadero modelo de reforma. El cual es incluso previo a Basaglia, quien inicia las primeras transformaciones en 1961, cuando se hace cargo de la dirección del hospital psiquiátrico de Gorizia, en el norte de Italia".

Ambos iniciaron un modelo de reforma (aún en progreso) desde una perspectiva de derechos y de Salud Mental Comunitaria ,frente al obsoleto modelo asilar que perpetua todavía en 2021 el Estigma de Salud Mental en el campo social, afectando a las personas con padecimientos mentales y a sus familias.

2. El Lenguaje como herramienta de desetigmatizar y de estigmatizar

"Es frecuente que seamos hablados por nuestros propios prejuicios"-Beatriz Sarlo.

El estigma es un ingrediente que circula dentro del campo de la Salud Mental y del Campo Social, fundamentalmente a través del lenguaje.

Dentro del campo social aprecio que históricamente referencias terminológicas que hacen alusión a enfermedades mentales, incluso con términos médicos y científicos, han sido utilizadas con fines despectivos de agresión y violencia verbal para descalificar a un tercero, a un "otro" por una disputa, conflicto de interés o motivo X. Ivonne Bordelois menciona las consecuencias que trae aparejada el uso de metáforas médicas-"*…el uso frecuente de la palabra esquizofrenia como metáfora para situaciones contradictorias puede aumentar el estigma que suele generar la enfermedad"*. Muy posiblemente el estigma sea una herramienta más al servicio de la necesidad de Construir un enemigo, dado que como menciona Umberto Eco: *"Cuando un enemigo no existe, es preciso construirlo"*. Las consecuencias son nefastas para las personas que sufren padecimientos mentales, parafraseando una vez más a Ivonne Bordelois: *"Cuando ciertas situaciones políticas o sociales se ven descriptas como cáncer o esquizofrenia, se corre el riesgo de asociar a las personas que sufren esos males con agentes maléficos…"*. En este sentido el Estigma lejos de parecer inocente, paradójico o meramente azaroso, pasa a ser hasta incluso comprensible desde la razón

instrumental de la que se sirven determinadas subjetividades y hegemonías de poder, sin importar medios y consecuencias para lograr fines.

Considero por tanto relevante reevaluar el lenguaje cotidiano (su mal uso), a fines de utilizar como herramienta para superar el Estigma, ya que: -"*La palabra es el eje fundamental de nuestra vida en relación"*- I.Bordelois.

Cuestiones que hoy en día están muy en boga en el lenguaje inclusivo con perspectiva de género, debiera también ampliarse y seguir la misma línea, a fines de respetar problemáticas tan importantes como el Estigma en la Salud Mental. En tanto y en cuanto no se haya superado a nivel comunitario y mediático el uso despectivo del lenguaje, utilizando como herramienta de agresión términos que refieran a padecimientos mentales y psíquicos, difícilmente podremos decir que el estigma en la Salud Mental se haya superado o esté en camino de superarse. Creo que en este punto la participación y perspectiva comunitaria es clave en la concientización, así como también la de los medios masivos de comunicación que son promotores de términos y de formas de utilizar e inutilizar el lenguaje.

3. Superar el Estigma

El Estigma a través del mal uso del lenguaje afecta la dignidad humana, y como decía Paco Maglio: *"La dignidad humana no es un derecho más, sino el fundamento de todos los derechos humanos".*

La ley Nacional 26.657, proclama en su artículo Nº 7 en relación a los derechos de las personas con padecimiento mental: *"Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado".*

Por otro lado superar el Estigma en la sociedad, no sólo es importante desde una perspectiva de derechos humanos y evitar el padecimiento que genera el estigma (en muchos casos incluso mayor que el propio padecimiento mental), sino también por la misma sociedad.

Históricamente la línea en muchas culturas fue la expulsión de lo distinto, sin darnos cuenta el perjuicio resultante para la propia sociedad y cultura. El filósofo coreano Byung-Chul Han plantea:

- "La expulsión de lo distinto pone en marcha un proceso destructivo totalmente diferente: la autodestrucción".
- "La violencia de lo global como violencia de lo igual destruye esa negatividad de lo distinto, de lo singular, de lo incomparable".
- "La comparación igualatoria total conduce, en último término, a una pérdida de sentido".

Creo que en la vida hay dos puntos de anclaje que organizan la existencia humana y hacen que el relato vital tenga sentido. Uno es el tiempo, encarnado por la finitud corporal biológica, que llamamos muerte. Jorge Luis Borges lo plantea literariamente en su cuento "El inmortal" en 1947.

El otro es "el diferente, el distinto", curiosamente catalogado como "anormal". Paradójicamente ambos puntos de anclaje de la existencia humana que son "la muerte" y "el diferente" son rechazados, expulsados y excluidos por la sociedad, que quiere prescindir y olvidar de ellos, sin darse cuenta la riqueza que su existencia implica.

Bibliografía:

"El fin del manicomio". Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos. Trimboli, A. Vanier et al. Ed. Noveduc, Ciudad autónoma de Buenos Aires.2019.
"Ley Nacional de Salud Mental 26.657"/2010.Decreto reglamentario 603/2013.
"La expulsión de los distinto". Byung-Chul,H. Ed. Herder.5ta impresión, Argentina.2019.
"Construir al enemigo".Eco, U. Ed. Lumen. Impresión Argentina.2013.
"Bourdieu para principiantes". Lafforgue, M. Sanguiliano, H.Ed. Era Naciente.Argentina,2012.
"El inmortal" .Borges, Jorge Luis. El Aleph, Ed. Losada. Buenos Aires 1949.
"A la escucha del cuerpo"-"Puentes entre la salud y las palabras".Bordelois,I.Ed.Zorzal. Buenos Aires 2009.
"El estigma de la enfermedad mental y la psiquiatría".Cetkovich,M.Ed.Paidós. Buenos Aires.2018.
"La lengua en disputa"."Un debate sobre el leguaje inclusivo". Sarlo,B. Kalinowski,S. Ed.Godot.Buenos Aires.2019.
"Lenguaje inclusivo y exclusión de clase". Vasallo, B. Ed. Larousse. Barcelona 2021.
"La medicina,entre la biología y la biografia".Maglio,P.Ed Zorzal.Buenos Aires 2017.

CUERPOS Y RELACIONES: ESPACIOS EXISTENCIALES. UN DEVENIR INCIERTO SOBRE LOS PROCESOS DE SUBJETIVACIÓN[1]

Jorge Alberto Berlaffa [A]

Presentación

En este ensayo analizaremos los cambios que las dimensiones *espacio* y *tiempo* experimentan en los ámbitos *trabajo* y *familia* en tanto, históricamente, estos se constituyen como espacios de producción de subjetividad. También avanzaremos sobre la noción de *corposubjetividad.* La misma, nos permite replantear las categorías de cuerpo y subjetividad, todo ello en una perspectiva post-transhumana y en el actual contexto social. Con este trabajo nos proponemos dar inicio a una indagación más ambiciosa, motivada e impulsada por lo que la crisis actual va dejando ver en la clínica cotidiana: las transformaciones en la subjetividad, en sus modos de expresión y padecimiento

Perspectiva moderna, el proyecto que no fue

La perspectiva antropocéntrica desde la cual la estética de la modernidad construyó imágenes del mundo y de la vida, está apoyada hasta hoy por un importante sector de las ciencias biológicas y sociales que consideran al "hombre como un imperio o como la culminación de una serie" (Méndez, 2011: 173); concepción evolutiva y jerárquica, donde el ser humano está ubicado en un lugar superior de lo existente, por encima de todas las cosas y de otros seres humanos. Un ser autónomo, dueño de sí mismo y de sus actos, que aspira al progreso individual y meritorio, siguiendo un camino para lograr la superioridad sobre las entidades existentes en la naturaleza, es como la modernidad define al ideal de hombre moderno. Algunas líneas del pensamiento antropológico le dan a esta noción de antropocentrismo, el valor de un paradigma. Este marco político y antropológico de las relaciones entre las personas, y de éstas con la naturaleza y el universo podría considerarse la base del colonialismo y de dos de sus principales efectos, el racismo y el clasismo. La construcción de esta estética antropocéntrica está basada en suponer que la naturaleza humana contiene el poder de analizar, clasificar e intervenir [1]. Siguiendo con las ideas expresadas por de Albuquerque Costa (et al., 2021), sea por el uso de la razón, por el atributo del lenguaje o por un desarrollo biológico considerado superior, el hombre se percibe como poseedor de un poder capaz de controlar todas las variables, con lo cual asume que todo puede ser previsible y que nada inesperado puede ocurrirle o amenazar su integridad, dominio y existencia.

Lo que nos muestra la actual pandemia es que el plan moderno no sucedió exactamente así. El virus mostro su poder al dejar visible la insuficiencia del humano para defenderse de sus propios engaños (afrenta narcisística). No somos lo suficientemente modernos porque seguimos creyendo en una verdad que está por fuera de cada uno de nosotros o incluso por fuera del conocimiento que hemos construido (Latour, 2012). La covid-19 viene a presentar la muerte de un proyecto que no sucedió, pero pensamos que estaba sucediendo, y nos enfrenta a la necesidad de otro paradigma en el marco del cual se piense la vida y el mundo como algo simétrico, transversal, mestizo, mutante y complejo; en lugar de seguir viéndolos como algo asimétrico, vertical, homogéneo, estable y simple.

Familia y trabajo como matrices de subjetivación

Entre todos los cambios que produjo la pandemia, la reconfiguración del tiempo y del espacio

1 *Comunicación libre presentada en el XIV Congreso Argentino de Salud Mental. AASM – octubre 2021*

[A] *Médico. Especialista en Psiquiatría. Psicoanalista. Docente. Hospital San Antonio de Padua. Universidad Siglo 21. Río Cuarto Córdoba. Argentina. jorgeberlaffa@gmail.com*

en los ámbitos del trabajo y la familia pareciera que llevará, indefectiblemente, a nuevos modos de la subjetividad. Estos sistemas, históricamente, condicionan la trama social en diversos aspectos: las relaciones entre las personas, la economía y el consumo, la biología del cuerpo, la urbanización, valores, gustos, hábitos, comportamientos, etc.

Con el paso de la Edad Media a la modernidad cambió el formato de la familia y del trabajo, con ello cambio también la representación del adentro y afuera, y la noción de interior y exterior. En la conformación de la familia medieval los asuntos domésticos y laborales —y la vida en todos sus aspectos— se gestionaban en comunidad.

La fabricación industrial y en serie reemplazó la producción artesanal; el comercio deja las maneras informales y callejeras (el mercado o la feria) para adquirir una organización basada en la expansión y sobreoferta de mercancías, lo cual modifica las pautas de consumo. Las nuevas formas de la economía (producción y comercialización) sumado a otras transformaciones institucionales [2], conducen al modelo de organización nuclear de la familia, donde quedan separados y delimitados el ámbito hogareño del laboral. Al mismo tiempo se conforman los roles ligados al sexo, el hombre sale a trabajar y lo doméstico queda en manos de la mujer. Esto reconfigura los espacios, uno privado e íntimo donde discurre la vida familiar y otro público, principalmente habitado por varones. Comienza a instalarse también una moral social ligada a pautas rígidas, donde la vida de la mujer y todo lo considerado femenino queda limitado al ámbito hogareño, preservado de la mirada del afuera, y al varón se le amplia el horizonte de lo público y abierto a su vez velado a la mirada de la familia. Incluso la sexualidad queda definida y acotada de la misma manera. El rasgo a destacar es que el varón puede participar de ambos mundos, en cambio a la mujer le está denegado participar libremente del social, y cuando participa lo hace bajo normas y restricciones muy estrictas de comportamiento. Como vemos, también la modernidad reconfiguró las expresiones del machismo.

Nuevas formas de la clase obrera

A partir de los desarrollos de la robótica y la informática el capitalismo tardío crea otra categoría, *el cognitariado,* algunos autores la ubican como "la transformación (…) de una fracción de la clase obrera" (Lozano González y Sicerone, 2018: 28-40). La robótica es una imitación del cuerpo, el cual es reemplazado por máquinas; y la informática una imitación de la mente, reemplazada por una computadora [3]. La informatización y robotización del trabajo consiste en extraer el saber y la fuerza física del humano y transformarlo en máquina produciendo una transformación social del trabajo, el cual se despersonaliza, se fragmenta y precariza. El cognitariado define una forma de trabajo que es propia de la era digital y surge por la coincidencia del desarrollo de la robótica y la informática y la declinación de las ganancias producidas por los modelos tradicionales de producción. Decae el trabajo manual caracterizado por la clásica relación capitalista persona/máquina y se desarrolla el trabajo intelectual, mediado, informatizado, donde gran parte del mismo no lo hacen las personas sino las máquinas. Este tipo de trabajo no apunta tanto a la producción de objetos materiales para la venta, sino que está vinculado a servicios, comunicaciones y negocios financieros. Los autores referidos, siguiendo las ideas de Berardi y Lyotard, afirman que "Este proceso de informatización de la producción trae consigo la implementación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación que no sólo serán una mercancía para el consumo, sino también parte del proceso de producción… [es indudable]… la relación entre la introducción de las nuevas tecnologías en el plano productivo y las relaciones que tiene dicho proceso con la transformación de la subjetividad" (pp. 28-40). Luego de esta breve mención al cognitariado, quedará investigar de qué manera, esta nueva conjunción humano-máquina produce otros cuerpos y diferentes procesos de subjetivación.

Cuerpo y subjetivación

Llamamos corposubjetivación al proceso de subjetivación e individuación de un campo existencial o cuerpo. El término cuerpo, en este trabajo, no se limita a la noción de materia extensa de lo humano; conceptualmente excede el sentido anatómico, biológico y médico de la acepción.

Cuerpo es un conjunto de n-componentes que puede relacionarse de modos infinitos y conforman un campo, es decir, crean existencia. Un cuerpo no es una condición preexistente, sino que existe a partir de que hay componentes que se relacionan. Son las relaciones, las magnitudes y las tensiones propias de esas relaciones las que le darán existencia y modo a un cuerpo. No es el cuerpo el que define las relaciones y sus componentes, sino que son estas las que definen al cuerpo. Al no estar predeterminado, tampoco se puede predecir el modo, o sea la expresión, de un cuerpo; su potencia es infinita, aunque sus expresiones son finitas, la finitud de las expresiones está dada por el límite de las relaciones y magnitudes, no por la potencia; así entonces, siguiendo a Spinoza (2005), no se sabe lo que puede un cuerpo.

Desde esta perspectiva, una familia es un cuerpo, una organización laboral es un cuerpo, un sujeto es un cuerpo. Un cuerpo siempre existe dentro de otro cuerpo, y estos dos integran otro, y así, en un devenir constante y en una relación interior/exterior que no es la de la espacialidad física, tampoco hay un cuerpo único que engloba a todos los cuerpos ni uno final que sea el más pequeño de una serie. Las relaciones van cambiando, no son para siempre, cuando dos cuerpos entran en relación no hay nada que garantice el equilibrio, la estabilidad y permanencia. Al modificarse las relaciones y las magnitudes los cuerpos se van transformando, deja de ser *ese* y pasa a ser *otro.* Como no es materia sino sistemas de relaciones, se mantienen en equilibrio metaestable (Simondon 2009) [4]. En el marco de esta ontología, donde dejamos el *ser* y le damos preminencia a la noción de *existir,* pensamos la corposubjetivación como un acontecer que no es exclusivamente humano, restringir la idea de sujeto sólo a los seres humanos es seguir sosteniendo una concepción definidamente humanística. Todo existente es un cuerpo que se subjetiva. Es absurdo pensar que un humano puede subjetivarse, o sea existir, por fuera de un cuerpo que no participe de ese proceso. La subjetivación nunca es un asunto meramente psíquico y la individuación no es simple separación de la materia. Subjetivación e individuación son procesos que se dan en un campo habitado por múltiples y diversos componentes donde uno de ellos se singulariza.

A modo de cierre

La pandemia vino a alterar este orden que la modernidad creía establecido e inmutable. Esta organización social está incluida en lo que la modernidad definió como *lo humano*; concepto que excluyo el cosmos y los ecosistemas, y que avanzó escindido y desarticulado de otros planos de existencia, ¿se podrá pensar lo humano por fuera del mundo? ¿hay jerarquías en la naturaleza, o es un artificio político? Tanto la pandemia como otras catástrofes naturales y los problemas climáticos parecieran orientar la respuesta; siguiendo las ideas de Braidotti (2015) y Sibila (2013) pensar en clave de post o transhumanismo no se trata de llevar al extremo esta concepción antropocéntrica de la vida sino comenzar a deconstruir ese engaño moderno, repensar la biopolítica y aceptar que en toda planificación y desarrollo hay que incluir los múltiples y diversos planos de existencia con igual jerarquía e importancia.

Notas

[1] Primeramente explicadas como de origen divino y luego, científicamente, como atributo de la especie. Encontramos un interesante desarrollo sobre "el hombre como medida de todas las cosas" en un trabajo de Lorena Rojas Parma (2015).
[2] Aparece el Estado-nación y la biopolítica como forma de administrar la vida.
[3] Franco Berardi dice que el cognitariado no es lo mismo que el movimiento de intelectuales que se genera a partir del siglo XIX. También lo tenemos que distinguir del teletrabajo o cybertrabajo como modalidad adaptada del trabajo en pandemia.
[4] Equilibrio metaestable, en el sentido que lo expresa G. Simondon.

Bibliografia

de Albuquerque Costa R., Berlaffa J., Lima de Souza A., Mattos Beranger P. (2021) Da pandemia a formas de resistência: construção de redes solidária. En Breder Machado B. et al. (Ed.) Clínica em Origami: dobraduras entre saúde mental e política. Cap. 1 (pp. 33-57). Telha. Rio de Janeiro.Braidotti, Rosi (2015) Lo Posthumano. Gedisa. Barcelona
Lozano González, María G. y Sicerone, D. A. El cognitariado en el marco de gubernamentalidad neoliberal. Quórum Académico, vol. 15, núm. 2, pp. 28-40, 2018. Disponible en https://www.redalyc.org/journal/1990/199060359003/html/ consultado el 5 de septiembre de 2021.
Latour, Bruno (2012) Nunca fuimos modernos – ensayos sobre antropología simétrica. Siglo XXI. Buenos Aires.
Méndez, María Laura (2011) Procesos de subjetivación. Ensayos entre antropología y educación. La Hendija. Paraná.

Rojas Parma, Lorena. (2015). Protágoras y el significado de aisthesis. Revista de filosofía, 71, 127-149. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-43602015000100011
Sibila, Paula (2013) El hombre postorgánico: cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales. FCE. Buenos Aires.
Simondon, Gilbert (2009) La individuación. Cactus–La Cebra. Buenos Aires.
Spinoza, Benedictus de (2005) Ética: demostrada según el orden geométrico. Terramar. La Plata.

UN PREJUICIO SUTIL. LA MULTIPLICIDAD DE IDENTIDADES CULTURALES ENTRE PINAMARENSES Y BOLIVIANOS

Diana Barimboim [A], Esteban Luchetti [B]

INTRODUCCION

Si bien el Partido de Pinamar se conformó desde su fundación como una sociedad de migrantes que llegaron desde otras ciudades o provincias argentinas, estas se caracterizaron por ser de raza blanca. Sabemos que nuestra historia esta marcada por el proceso de colonización, donde si bien se planteaba a la Argentina como un crisol de razas, la valoración histórica estuvo puesta en los migrantes europeos que descendian de los barcos. Sin embargo nuestro país, ha sido poblado tambien por migraciones de paises limítrofes, que por prejuicios étnicos, no adquirieron el mismo status social que los descendientes europeos.

Bolivia es un país que ha tenido históricamente, grandes corrientes de emigración por la difícil situación socio/económica que padecieron. Este motivo hizo que muchos bolivianos buscaran otros lugares de residencia para encontrar un bienestar económico, que en su tierra natal no encontraban. Así se hallan corrientes migratorias que se instalaron en la Argentina, España y EEUU.

Desde los años 90 el Partido de Pinamar, que tenia un proyecto de desarrollo edilicio, recibió una importante corriente migratoria boliviana que se estableció en Ostende, Los hombres encontraron fácilmente empleos como trabajadores de la construcción y las mujeres en el servicio domestico y limpieza de hoteles.

Desde el INSOD (UADE), estamos realizando una investigación con el objetivo de conocer la identidad social y cultural de los inmigrantes, el grado de integración y aceptación recíproca alcanzado por las dos culturas. Los objetivos que nos planteamos fueron los siguientes:

A) Identificación con el endogrupo: - Sentido de pertenencia y sentimiento de orgullo hacia el país/ciudad de origen
B) Identificación con el exogrupo: - Sentido de pertenencia a y de la sociedad receptora
C) Redes de apoyo
D) Integración e interacción entre ambas culturas
E) Visualización del prejuicio sutil de parte de la comunidad receptora

Nos preguntamos si la multiculturalidad y la aceptación de la diversidad no esconde un prejuicio sutil étnico respecto al "otro", como extranjero y si ésto no obstaculiza la interacción social de ambas culturas, y el desarrollo de un status social igualitario.

DESARROLLO

Hasta el momento hemos realizado una revisión bibliográfica y un estudio exploratorio cualitativo, que constó de la toma de 20 entrevistas semidirgidas voluntarias a pinamarenses y personas

[A] Dra. en Psicologia Social. Docente. Investigadora INSOD. UADE. CABA. Argentina. diana@barimboim.com
[B] Estudiante de Psicologia. UADE Pinamar. Pinamar, Buenos Aires. Argentina. eluchetti@uade.edu.ar

de la comunidad boliviana. Tenemos planificado continuar la investigación en el año 2022, con un estudio cuantitativo. La muestra será no probabilistica intencional y recogerá datos a traves del proceso de muestreo de bola de nieve, a residentes de Pinamar, mayores de 18 años.

La información que recogimos de los residentes de Pinamar, es que la comunidad boliviana es muy trabajadora, reservada, y tranquila.

Una docente de nivel primario comenta que: "se interesan por la educacion de los niños, colaboran con la cooperadora, asisten a los actos de la escuela, pero no sé por qué en las fiestas no cantan el himno nacional"

Plantean tambien que a lo largo de estos años han adquirido un buen nivel económico, se han construido su vivienda pero mantienen costumbres diferentes, por ejemplo: "son casas amplias porque en ellas habitan abuelos, padres, e hijos, son familias muy unidas" refiere otra informante.

El nivel secundario, la mayoría, lo realizan en la escuela técnica ya que les permite adquirir conocimientos para la construcción. Si bien en el nivel primario están integrados con los otros niños, en la adolescencia no tienen casi interaccion social con otros adolescentes. "Creo que como profesan la religion evangelista, guardan normas muy diferentes al resto. Por ejemplo a partir de los 12 años las niñas se introducen al mar con remera y short, no usan traje de baño. Otra cuestión es que no toman alcohol y ésto debe hacer que sea dificil la cotidianeidad con los otros adolescentes" plantea otra informante.

Utilizan todos los servicios que brinda la medicina publica y "retiran los bolsos de alimentos que ofrece el municipio aunque no lo necesitan economicamente" Agrega otra entrevistada.

"No conozco muchos profesionales bolivianos, algunas mujeres han estudiado enfermería en Mar del Plata. En Ostende hasta son dueños de supermercados", dice otra informante.

Los migrantes plantean que sus redes de apoyo están dentro de la comunidad. Sienten que lograron un bienestar económico en Pinamar y que antes de la pandemia enviaban remesas a sus familiares y tambien viajaban 2 o 3 meses al año a su ciudad natal. No piensan volver a su pais de origen ya que han podido cumplir con sus objetivos al migrar. Ellos tienen su espacio (la plaza de la Pachamama, donde realizan su festejo anual), sus lugares de encuentro entre la comunidad.

Al preguntar a ambos grupos si tenian amigos o vinculos amorosos entre ambas culturas, respondieron que no. Plantearon que tenian una relacion amable pero principalmente a nivel laboral.

CONCLUSIONES:

Pensamos que los migrantes mantienen sentimientos de apego a su país de origen al mismo tiempo que adquieren una conexión con su país de residencia (Berry, Phinney, Sam y Vedder, 2006).

Como todas las identidades, no son solo una cuestión de quiénes son las personas para sí mismas, sino también de quiénes son para los demás (Verkuyten, 2019). Las múltiples identidades de los inmigrantes involucran cómo piensan y sienten acerca de sus pertenencias a grupos étnicos y nacionales, así como a los grupos religiosos, locales, raciales y supranacionales a los que pertenecen; cómo otros miembros de estos grupos (por ejemplo, las coetnias, la población mayoritaria en el país anfitrión) ven a los inmigrantes y actúan hacia ellos; y el equilibrio o la tensión entre estos puntos de vista (Verkuyten, 2018).

Consideramos que el multicularismo tiene muchas interpretaciones académicas e ideológicas/politicas. Acordamos que "el respeto multiculturalista por la especificidad del Otro es precisamente la forma de reafirmar la propia superioridad" (Slavoj Zizeck, 1998:172), que en la Argentina se ha generado a partir de la construcción historica desde la construcción del Estado/Nación como efecto de la colonización, idealiazando el eurocentrismo.

Esto lo observamos en las entrevistas que realizamos a partir de que la comunidad boliviana por no acceder a trabajos calificados y/o profesionales, en alguna medida. son migrantes que no logran ascender en la escala social como los demás residentes locales que tambien en su mayoría son migrantes.

Tomamos el concepto de prejuicio de Allport (1954:9) quien lo definió como una "antipatia basada en una generalización inflexible y errónea, la cual puede ser sentida o expresada, dirigida

hacia un grupo en su totalidad". Al hablar de prejuicio es dable considerar que el que se manifiesta frente a la comunidad boliviana es un prejuicio sutil, según el planteo de Pettigrew y Meertens (1995) ya que se exageran las diferencias culturales (valores, creencias, religion, etc) y aunque no manifiestan emociones negativas, las emociones positivas son escasas. Los pinamarenses se autoperciben como no prejuiciosos ya que eso no sería acorde a un discurso acorde a la deseabilidad social, pero detectamos que: la ocupación territorial básicamente segmentada en la ciudad de Ostende, la no interacción vincular y/o amorosa entre ambos grupos, el status de trabajo al que acceden, etc., nos lleva a pensar en la tensión presente para forjar un nosotros que hace a la pertenencia de ambos grupos. Esto se debe al prejuicio sutil de la cultura receptora basada en las raíces históricas de la fundación del Estado/Nacion, que marcaron una fuerte idealización racista, mirando al continente europeo como población y cultura ideal.

Consideramos que la cerrazón que sostiene la comunidad boliviana, es una actitud reactiva hacia este prejuicio sutil, que hace que tomen a la comunidad receptora como una fuente utilitaria para satisfacer sus necesidades economicas, sin sentir una pertenencia identitaria al lugar donde residen.

BIBLIOGRAFIA

Allport, G.(1954), La naturaleza del prejuicio, Eidtorial Universitaria de Buenos Aires, Buenos Aires

Berry, J. W., Phone, J.S., Sam, D.L. & Vader, P. (2006). Immigrant youth: Acculturation, identity an adaptation. Applied Psychology: An International Review, 55 (3),202-332

Berry, J. W., Phinney, J. S., Sam, D. L., & Vedder, P. (2006). Immigrant youth in cultural transition:Acculturacion, identity, an adaptation across national contexts, London, UK: Psychology Press

Slavoj Zizek, F,(1998) Estudios multiculturales: reflexiones sobre el multicularismo, Paidós, Buenos Aires

Pettigrew,T.y Meertens,R.(1995). Prejuicio sutil y flagrante en Europa occidental, Revista europea de psicologia social, 25 (1), 57-75.

Tajfel, H., & Turner, J. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), The social psychology of intergroup relations (pp. 33–47). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Verkuyten, M. (2016). Further conceptualizing ethnic and racial identity research: The social identity approach and its dynamic model. Child Development, 87, 1796–1812. https://doi.org/10.1111/cdev.12555

Verkuyten, M., Wiley, S., Deaux, K., & Fleischmann, F. (2019). To be both (and more): Immigration and identity multiplicity. Journal of Social Issue, 57 (2), 383-64

ADOLESCENTES DETENIDOS. ENTRE LA PAUSA Y EL APREMIO, UNA OPORTUNIDAD PARA LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

Magdalena Williams [A]

Este texto tiene la intención de exponer el lugar que puede encontrar la práctica clínica en el ámbito de una institución ligada a la Responsabilidad Penal Juvenil, en el trabajo con adolescentes presuntos infractores de la ley penal.

En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, adolescentes (y en ocasiones niños) que son detenidos por alguna fuerza de seguridad, son derivados al Centro de Admisión y Derivación[1] por orden de alguna instancia judicial penal. Su alojamiento en este Centro es *transitorio*. Y se resalta el carácter de transitoriedad porque, sean más o menos horas (o días en algunos casos), el adolescente

1 *El Centro de Admisión y Derivación (C.A.D) pertenece a la Dirección General de Responsabilidad Penal Juvenil del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es un lugar de alojamiento transitorio de niños y/o adolescentes presuntos infractores de la ley penal para su evaluación y posterior derivación a donde la autoridad judicial lo indique.*

[A] Lic. en Psicología. Centro de Admisión y Derivación / Hospital Borda. CABA. Argentina. magdawill@hotmail.com

saldrá de allí. Esto recorta ya el tiempo de oportunidad que se tiene para la intervención. Las preguntas que se abren entonces son ¿qué puede suceder en ese tiempo? y ¿cómo sale el adolescente de allí? (en tanto si la intervención produce algún tipo de efecto o no), más allá del *hacia dónde* que estará determinado siempre por la decisión judicial.

La polisemia de la detención.

Al hablar de polisemia nos referimos a la pluralidad de significados que puede tener una palabra o cualquier signo lingüístico. A este fenómeno le hacemos cumplir una importante función en la clínica, pues es lo que nos permite abrir más de una cadena asociativa. En este caso apelamos a dos significaciones que, en ese ámbito, pueden desprenderse de la *detención.* Por un lado, y siendo el significado más rápidamente considerado por los adolescentes, sus familias y el ámbito institucional, la detención en tanto privación de libertad. Es lo primero que sucede. Producido este acto, nos encontramos con el efecto de esta privación, y así una nueva significación: el discurrir cotidiano del adolescente se interrumpe. Y con esta interrupción se produce una detención momentánea al derrotero de situaciones en los que los vemos mayormente inmersos: sucesivos conflictos vinculares, acting outs, pasajes al acto, compulsiones, etc. Pausa forzada que deja al adolescente al encuentro con un otro que le pedirá que hable.

En este contexto entonces, la privación de la libertad reclama inicialmente que cumplamos con una función, que es la de evaluar la situación del adolescente y su contexto familiar y socio comunitario. Pero cuidado, evaluar no se trata solo de obtener información (necesaria, claro), sino de atender también a cómo responde el adolescente a la incipiente intervención de la ley.

Para la autoridad judicial, por otro lado, la función será la de determinar la situación de presunta trasgresión y formular su consideración respecto a lo que se le sugiere desde la institución que aloja al adolescente en función de lo evaluado.

Nos hallamos en un tiempo previo a la decisión final de la justicia, que determinará el hacia dónde más próximo del adolescente. Ampliamente podríamos ubicar, desde allí, dos caminos posibles: uno en libertad y el otro en el cual la privación de la misma continúa. Luego, los posibles matices de cada camino.

La particularidad de la temporalidad.

Ahora bien, la intervención que logre hacerse con el adolescente en este contexto está inicialmente determinada por la variable temporal. Dos cuestiones podemos considerar. Por un lado que se trata de un tiempo que de antemano sabemos que tiene un fin próximo. No son los tiempos de un tratamiento analítico o psicoterapéutico en donde el final es incierto en su inicio. Este estado de suspensión temporal, de interrupción del discurrir cotidiano del adolescente, finalizará a la brevedad. El tiempo entonces, apremia. Apresura porque sabemos que lo que puede suceder allí, incide en el destino más próximo de quien estamos escuchando, siendo que muchas veces cómo ellos logren posicionarse ante la mirada y la escucha del funcionario judicial, impactará en la decisión que se sobre ellos se tome.

Mirta Pipkin (2013) en "Del tiempo del psicoanálisis al tiempo de las urgencias" expresa algunas ideas sobre la particularidad de la temporalidad en las urgencias subjetivas de las que podemos servirnos para trazar ciertas comparaciones. Allí manifiesta que el sujeto que consulta (que claro está, no se trata de estos casos), "afectado por la prisa, se halla compulsado a realizar acciones precipitadas en las que muchas veces acecha el riesgo de muerte" (p.115). Si bien no se trata aquí de alguien que acude a nuestra consulta, que demanda nuestra intervención, sí nos encontramos con acciones precipitadas que son mostradas. Muchas de ellas son las que motivaron la privación de la libertad, y otras las que podemos observar durante la misma detención pues, el encierro, no es algo fácil de soportar. La angustia se vehiculiza muchas veces en similares acciones imprudentes, impulsivas.

Continuando la idea de la autora, la particularidad de la temporalidad también se ubica del lado del analista, en tanto "él mismo está urgido, apremiado, aunque obviamente en este caso su prisa no supone la abolición de un tiempo de comprender que le permita intervenir eficazmente"

(p.115). El profesional que aquí interviene sabe que es corto el tiempo que se tiene y espera que puedan producirse efectos suficientes para que de esta detención el adolescente pueda, por lo menos, cuestionar algo de su participación en el hecho delictivo.

Del detenimiento a una nueva apertura.

Una vez forzada la pausa, resta invitar al adolescente a abrir un espacio de interlocución. No suele ser una tarea sencilla en muchos casos, puesto que como ya se mencionó, no se trata de alguien que demanda nuestra intervención. Además de que en muchas situaciones, lo primero que se presenta es una intensa ansiedad por la resolución de su situación o angustia que se expresa de múltiples formas (nerviosismo, agresión, llanto, silencios, etc.).

Sin embargo, estas dificultades son posibles de ser sorteadas, si se entiende que nos encontramos allí con alguien que (sin importar lo que se le impute) padece.

Cuando la palabra puede ser desplegada, es posible hallar que la participación en situaciones delictivas comienza en determinado momento o época de sus vidas. Aunque parezca una obviedad, señalar que esto no ocurre desde siempre permite comenzar a establecer algunas diferencias. Muchas veces escuchamos *"yo antes no era así"*, *"antes iba al colegio…", "antes vivía con…"* Y cuando estas localizaciones temporales no surgen tan directamente pueden ser preguntadas, pues ¿qué sucede para que un adolescente termine vinculado a una situación así? Entonces quien habla puede ubicar un antes y un después en su historia, momentos que permiten interrogar esos virajes y adentrarnos en la trama en que cada quien se fue constituyendo. Tal como relata Laura Capacete (2020) ellos asocian el inicio de las conductas delictivas con problemas familiares ligados a la violencia, al desamparo, con problemas emocionales y vinculares en los que predomina la hostilidad. Nos encontramos con "una clínica que aborda los efectos del desamparo" (pp. 119).

La autora señala que no basta con que el adolescente realice un reconocimiento del hecho, y explicita qué es lo que la intervención debe propiciar:

- Se trata de poder interrogar el acto, apalabrarlo y darle una significación dentro de la propia historia;
- Habilitar la palabra que promueva la reflexión, dado que "las conductas problemáticas aparecen asociadas a un intento de "no pensar" en las condiciones dolorosas de la existencia, presentes y pasadas" (pp. 131).

Siguiendo estas coordenadas es que se podrá, en el mejor de los casos, poner al sujeto en la puerta de una nueva apertura: saber de su implicación como sujeto en ese acto.

Por supuesto, y siendo la aclaración necesaria, no siempre esto es posible y aunque así lo fuera se necesita de mucho más que esta inicial intervención para que pueda tener efectos a largo plazo.

Por un lado, el corto tiempo no permite siempre la articulación simbólica suficiente. Hay dolores difíciles de ser dichos y que necesitan de otro tiempo para que puedan ser enunciados.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que el espacio de interlocución que se ofrece se da en un marco contradictorio. Siguiendo la idea de Silvia Bleichmar (2020), lo contradictorio se da en tanto que quien está trabajando con el sujeto ejerce una función pública, por lo que no necesariamente el adolescente se siente en libertad de estar con alguien en quien confiar, sino que siente que está con alguien que es parte del sistema. Y se trata de un sistema que mayormente ha tenido respuestas fallidas para las vidas de esos adolescentes.

No obstante, y pesar de las dificultades que intentan sortearse, será importante lo que durante la privación de su libertad suceda. Más allá de lo que finalmente la autoridad judicial disponga, no será lo mismo para el adolescente salir de allí con una elaboración de lo sucedido, a salir sin poder saber de su implicancia en eso que sucede. Entre la pausa y lo que apremia, las posibilidades y las limitaciones, somos llamados a hacer ahí con nuestro saber clínico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Bleichmar, S (2020). Poner palabras al horror. Ética y subjetividad en el ámbito carcelario en: Violencia social-Violencia escolar. De la puesta de límites a la construcción de legalidades. Buenos Aires: Noveduc.

Capacete, L (2020). Los adolescentes y las actuaciones delictivas en: Adolescencias vulneradas. Experiencias subjetivantes con jóvenes en los márgenes. Buenos Aires: Noveduc.

Pipkin, M (2013) Del tiempo del psicoanálisis al tiempo en las urgencias en: Clínica de las Emergencias. Intervenciones en catástrofes sociales y urgencias subjetivas. Buenos Aires: Letra Viva.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA CALIDAD DE VIDA EN TRABAJADORES DE SALUD PÚBLICA DE SAN LUIS, ARGENTINA

Horacio Daniel García [A], María Paz Hauser [B]

Fundamentación

El estudio de la Calidad de vida desde las Ciencias sociales integra un amplio espectro de abordajes, planteándose así conceptualizaciones que van desde una perspectiva objetiva y meramente cuantitativa a aquellas que promulgan una evaluación multidimensional de aspectos personales, intrapersonales y contextuales abarcando incluso consideraciones. Carpio et al. (2000) plantearon que se trata de un concepto multidimensional atravesado por aspectos socioculturales, biológicos y psicológicos. El concepto de Calidad de vida es un constructo social que sirve de guía para las prácticas profesionales, la evaluación de resultados y la mejora continua de la calidad en distintos contextos (Verdugo y Schalock, 2013).

Tonon y Aguirre (2002) tomaron en cuenta los dominios que fueran establecidos por Cummins (1996) en la Escala de Comprensión de la Calidad de Vida: Bienestar material, Salud, Trabajo-productividad, Intimidad, Seguridad, Comunidad, Bienestar emocional y, más tardíamente Religiosidad (International Wellbeing Group, 2006). Los investigadores plantearon que el concepto Calidad de Vida implicaría dos ejes: objetivo y subjetivo. El **eje objetivo** abarca medidas culturales que son relevantes en cuanto al bienestar material. En cuanto al **eje subjetivo**, en cambio, se incluye la satisfacción medida en función de la relevancia que tiene para el sujeto, es decir, cómo vivencia haber podido satisfacer las necesidades personales (Tonon, 2008). Los factores objetivos serían las condiciones externas que influyen en el pleno desarrollo personal, en cambio; los factores subjetivos constituyen una categoría de bienestar psicológico determinada por la valoración que la persona hace de su vida, de su futuro, sus logros y el equilibrio con el entorno. De acuerdo con Rey-González (2014), resulta necesario identificar necesidades y estándares propios de nuestra región, de manera que sea posible focalizar políticas públicas de forma eficiente y sustentable que apunten al desarrollo de capital natural, humano y social que creen verdaderas oportunidades a la población para alcanzar sus expectativas.

Método

Diseño. Este trabajo se caracteriza por ser un estudio transversal, no experimental, de carácter descriptivo.

Participantes. Se trabajó con una muestra probabilística, representativa y aleatoria, extraída mediante muestreo simple. 788 trabajadores de salud pública del departamento Pueyrredón, de la provincia de San Luis: 243 trabajadores fueron de género masculino (30,8%), 503 de género femenino (63,8%) y un 5,3% no respondió.

Instrumentos. 1) *Cuestionario de Calidad de Vida (Well-Being Index)* (International Wellbeing Group, 2006), traducido y adaptado a la Argentina por Tonon y Aguirre (2002). Compuesto por

[A] *Dr. Psicología. Docente investigador. Facultad de Psicología, UNSL. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. hdgarcia69@gmail.com*
[B] *Lic. en Psicología. Docente investigadora. Facultad de Psicología, UNSL. Universidad Nacional de San Luis. San Luis, San Luis. Argentina. mariapazhauser@gmail.com*

dos factores que se puntúan en una escala Likert de 11 puntos. Un factor evalúa el grado de satisfacción de la persona en términos de su vida personal (Personal Well Being), en tanto que el otro indaga la satisfacción con la vida considerando el país de residencia (National Well Being). En nuestro trabajo se obtuvo un coeficiente de 0,90. 2) Quality of Life, Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q. Cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer (forma breve) (Endicott et al., 1993). Traducido, adaptado y validado a América del Sur por el WHOQOL Group (1995). Se compone de 93 ítems que evalúan la percepción de la persona sobre su calidad de vida, alrededor de ocho áreas: estado de salud física/actividades, estado de ánimo, trabajo, desarrollo de actividades de la casa, actividades académicas/estudio, realización de actividades en el tiempo libre y, relaciones sociales las cuales se evalúan por medio de una escala Likert de cinco puntos. Todas las subescalas del Q-LES-Q han alcanzado un Alfa de Cronbach de 0,78 o superior (Zubaran et al., 2009).

Resultados

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las variables de Calidad de vida

	Media	DE	Mediana	Moda
Satisfacción global con la vida	78,62	15,86	80	90
Índice de bienestar personal	74,88	13,05	77,50	77,50
Índice de bienestar nacional global	59,16	21,80	60	50
Índice de bienestar nacional	45,12	19,91	48,33	50

La evaluación de la Calidad mostró valores de media elevados particularmente en la Satisfacción global con la vida, relacionado con la percepción de la vida en general en función de circunstancias personales (M=78,62 y DE=15,86) y en el Índice de bienestar personal, que evalúa el nivel económico, salud, logros, relaciones personales, seguridad, participación en la comunidad, seguridad futura y creencias espirituales y religiosas (M=74,88 y DE=13,05), en comparación con el Índice de bienestar nacional vinculado a la valoración de las condiciones socio-económicas, medioambientales, gubernamentales, de crecimiento y proyectos (M=45,12 y DE=19,91) (Tabla 1).

Tabla 2

Valores de media y desviación estándar de siete Subescalas del Q-Les-Q

		Media	DE
Estado de Salud física /actividades	**Puntaje de la subescala**	63,44	13,06
	Nivel de activación	61,97	15,46
	Satisfacción sobre aspectos físicos	24,41	8,74
	Psicomotricidad	75,93	16,41
	Percepción positiva de salud física	66,07	17,54
Estado de ánimo	**Puntaje de la subescala**	74,89	13,33
	Confianza y seguridad personal	80,40	14,07
	Satisfacción personal	68,34	15,51
Trabajo	**Puntaje de la subescala**	78,42	13,41
	Desempeño	74,83	14,72
	Compromiso	81,49	14,14
Actividades de la casa		70,64	18,46
Actividades de tiempo libre		58,77	18,90
Relaciones sociales		73,03	14,94
Actividades generales	**Puntaje de la subescala**	75,08	14,48
	Aspectos específicos/ cotidianos	76,42	13,99
	Aspectos globales	75,56	13,36

La subescala Estado de salud física/actividades tuvo un valor de media de 63,44 y una desviación estándar de 13,06, lo que es considerado como un nivel intermedio de satisfacción (tabla 2). La subescala Estado de ánimo presentó puntajes indicativos de satisfacción para los trabajadores (M=74,89 y DE=15,51). La sub escala Trabajo muestra una media global de 78,42 (DE=13,41) que nos describiría una clara satisfacción de los participantes respecto a esta actividad. Actividades de la casa presenta un valor de media de 70,64 (DE=18,46); valores que nos informan una aceptable satisfacción. La subescala Actividades de tiempo libre se observa un valor de media de 58,77 (DE=18,90), lo que reflejaría cierto nivel de insatisfacción respecto al uso y la forma en la que invierte su tiempo de ocio. Para Relaciones sociales se ha encontrado o una media de 73,03 (DE=14,94). Por último, dentro de las subescalas del Q-Les-Q, Actividades generales, ha acusado un valor de media de 75,08 (DE=14,48), valores muy próximos a las dimensiones asociadas.

Discusión y conclusiones

En términos generales, se ha encontrado que los trabajadores presentan adecuados niveles de Calidad de vida. En un estudio similar, Góngora y Castro-Solano (2018) identificaron, respecto al bienestar personal, valores sensiblemente menores a los hallados en la presente investigación. Gurkova et. Al. (2012), en un estudio llevado a cabo en 12 hospitales de la República Checa y las Repúblicas Eslovacas, con una muestra de 1043 enfermeras, por medio del Wellbeing Index en donde obtuvieron un valor de media de 63,8 (DE=16,43) y de 65,02 (DE=15,80) para índice de bienestar personal en personal de enfermería de las Repúblicas Eslovacas y Checa respectivamente, observándose niveles inferiores a los resultantes en esta investigación.

Como se señaló anteriormente, se encontró una notoria diferenciación entre la dimensión nacional y la dimensión personal. Los participantes señalaron una elevada Calidad de vida en su dimensión subjetiva, mientras que la Calidad de vida nacional u objetiva, si bien es adecuada, resultó considerablemente menor. Tonon (2010), quien realizó en Argentina al menos cuatro estudios: 2002 (N=500), 2003 (N=192), 2004 (N=266) y 2005 (N=289); obtuvo en todos los casos puntuaciones superiores en la dimensión personal de Calidad de vida, en comparación con la satisfacción de variables nacionales. Esta discrepancia se explicaría porque el bienestar personal es dependiente de variables de índole individual, en tanto que el bienestar nacional es más sensible al contexto geográfico, socioeconómico y cultural (Arita-Watanabe, 2006).

Para conocer la dimensión subjetiva de la Calidad de vida se consideró, además del IBP, el grado de placer y satisfacción expresados en las siete subescalas del Q-Les-Q, en las que, en general, se identificaron valores concordantes. Al respecto, la variable Actividades generales, que engloba a las demás subescalas, presentó una media de 75,08 (DE=14,48), sugiriendo satisfacción de calidad de vida a nivel global. Estos hallazgos son consistentes con el trabajo de Baldi (2010) quien, habiendo realizado un estudio exploratorio sobre la calidad de vida, con una muestra aleatoria de 450 personas residentes de la región cuyana (San Juan, Mendoza y San Luis), detectó valores indicativos de satisfacción en torno a la mayoría de variables que forman parte de la Calidad de vida.

Bibliografía

Arita Watanabe, B. Y. (2006). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. Hologramática, 27(2), 35-46.
Baldi, G. (2010). Percepción de la calidad de vida en una muestra de individuos residentes en la región de Cuyo, Argentina. Fundamentos en Humanidades, 11(2), 177-192
Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. y Canales, C. (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. Sonorense de Psicología, 14, 3-15.
Cummins, R. A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. Social Indicators. Research, 38, 303-328.
Endicott J, N. J; Harrison, W. y Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure. Psychopharmacology Bulletin, 29, 321–326.
Gurková, E., Cáp, J., Ziaková, K. y Durisková, M. (2012). Satisfacción laboral y bienestar emocional subjetivo entre enfermeras eslovacas. Revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras, 59, (1), 103-111.
International Wellbeing Group (2006). Personal Wellbeing Index. 4° Edición. Melbourne, Australia. Recuperado de http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing-index/pwi-adult-english.pdf
Rey-González, M. (2014). Indicadores de calidad de vida y políticas públicas. Fundación Piensa. Valparaíso. Recuperado de: http://www.fundacionpiensa.cl/inicio/wp-content/uploads/2015/09/19-10-ABR14_Ind_Cal-Vida_Pol-Pub100414.pdf

Tonon, G. (2008). Los estudios sobre calidad de vida y la perspectiva de la Psicología Positiva. Psicodebate, 10.
Tonon, G. (2010). La utilización de indicadores de calidad de vida para la decisión de políticas públicas. Polis, 9(26), 361-370.
Tonon, G. y Aguirre, V. (2002). Traducción del well-being index. International Well-being Group. Australian Center of Quality of Life. Deakin University. Australia.
Verdugo, M.A. y Schalock, R.L. (2013). Discapacidad e Inclusión. Recuperado de file:///C:/Users/maria/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/VerdugoSchalocketal.2013CalidaddeVida%20(1).pdf
WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). World Health Organization. Social. Science & Medicine, 41(109), 1403-1409.
Zubaran, C., Foresti, K., Thorell, M. R., Franceschini, P. R. y Homero, W. (2009). Portuguese version of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a validation study. Revista Panamericana de Salud Pública, 25(5), 443-448. dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009000500010

TODO ENCIERRO ES POLÍTICO: LA SALUD MENTAL, UN CAMPO DE TENSIONES

Bárbara Sclar [A], Manuel Fabre [B]

Introducción

El objeto del presente trabajo será reflexionar sobre las resistencias que, aún hoy amás de diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, impiden su plena implementación. En este punto, un interrogante: ¿una década no es tiempo suficiente para haber motorizado las transformaciones que la ley plantea?

Cabe aquí retomar lo planteado por Basaglia: si no se realiza una reforma profunda, "corremos el riesgo de encontrarnos encerrados en el interior de bellísimas construcciones, técnicamente perfectas, donde el enfermo continuará siendo el último eslabón de la cadena de violencias y exclusiones, de las que seguiremos aduciendo que no somos responsables" (Basaglia, 1972).

Para poner fin al modelo de encierro y exclusión es indispensable que exista una fuerte decisión política, respaldada por los profesionales, los trabajadores, usuarios y familiares, así como toda la sociedad en su conjunto.

Se tomará como eje la idea de que "todo encierro es político", toda *exclusión* es política. Más allá del encierro propio de las internaciones, entendemos a la lógica manicomial como una gran generadora de exclusión y, en este sentido, de "encierro", en tanto quien padece la misma ve coartadas sus posibilidades de modificar su situación.

Para finalizar, se intentará arribar a la consideración de la importancia de restituir la dimensión política, de innegable participación en la exclusión de la locura, así como también la necesidad de sostenernos como un colectivo de Trabajadores de Salud Mental, con la potencia transformadora e instituyente que ello conlleva.

Resistencias a la implementación de la ley 26.657, aún hoy.

Siguiendo a Vainer (2019), los cambios en el campo de la salud mental solo suceden a través de luchas. En este sentido, Basaglia diferenciaba la lucha de los Trabajadores de Salud Mental en política y teórico-técnica. Diferenciar y articular ambas luchas puede permitirnos avanzar más eficazmente en las problemáticas. De lo contrario, se subraya sólo un aspecto de la misma y se reduce su complejidad. No sólo para denunciar cuando los cambios propuestos son meras declamaciones, sino también para pulir nuestros instrumentos y estar a la altura de las luchas que libramos.

[A] Lic. en psicología. Hospital B. Rivadavia. CABA. Argentina. barbarasclar@gmail.com
[B] Médico, psiquiatría. Hospital B. Rivadavia. CABA. Argentina. manufabretres@gmail.com

La LNSMyA ha apuntado a presentarse como una manera, contrapuesta al modelo asilar, de tratar el padecimiento mental, partiendo de la consideración de la persona como sujeto de derecho. Sin embargo, si las transformaciones en el modo de tratar los padecimientos mentales fueron llevadas a cabo tan parcialmente, sólo en ciertos aspectos planteados por la ley y sólo en algunos lugares geográficos e instituciones, esto no se debe a una deficiencia de la ley y su decreto reglamentario, sino a diversas resistencias:

1) Estigmatización hacia pacientes de salud mental:

Históricamente, el tema de la salud mental se ha pensado y abordado desde la enfermedad. Esto se expresó a través de una serie de prejuicios o creencias erróneas que dificultan la integración social y el goce de la capacidad de decisión sobre su propia vida. Muchos de estos prejuicios se mantienen actualmente, incluso, entre los mismos profesionales de la salud, incidiendo en sus prácticas.

El desafío de llevar adelante una reforma integral del sistema de atención de la salud mental supone un *cambio cultural*. Para ello se vuelve necesario el proceso de desnaturalización de ciertas cuestiones sociales, como uno de los requisitos fundamentales para que temas naturalizados e invisibilizados puedan visibilizarse e ingresar a la agenda social para su tratamiento o resolución a través de políticas públicas. Una sociedad de derechos requiere una comunicación plural, responsable y democrática. Allí estamos todos involucrados.

Lewkowicz (2004), plantea que la modalidad específica de exclusión en nuestras condiciones actuales ya no es tanto la reclusión, sino la expulsión. Esta última es un tipo de realidad en la cual un término no queda incluido ni siquiera en los márgenes de una sociedad; parecería haber actualmente sólo adentro y afuera: los expulsados de la red no pueden entrar. Los excluidos quedan entonces desamarrados.

2) Interdisciplina y segmentación por disputas de poder dentro del campo

Otra de las principales resistencias a la implementación plena de la ley, son aquellas resistencias de los propios profesionales y trabajadores de salud mental. Debemos considerar también las resistencias que se producen "desde abajo", nuestras resistencias a los cambios propuestos, debido a los temores que nos genera la transformación de nuestros modos habituales de pensar y actuar, por los efectos determinantes que tienen en nuestras prácticas los saberes en los que hemos sido formados. Resistencias que se producen ya que hemos naturalizado un estado de situación, un cierto saber y poder, por lo que, muchas veces, estamos dispuestos a defenderlo aún cuando sea generador de malestar no sólo para usuarios, sino también para nosotros mismos.

Si bien la LNSMyA reivindica los criterios interdisciplinarios, la interdisciplina continúa siendo poco frecuente debido a luchas de saber y poder dentro del campo mismo. Así, los reduccionismos siguen predominando, sea el biologicismo o el psicologismo. Por esta vía, la atención se centra en la terapéutica individual y la prescripción de psicofármacos.

3) Formación de grado y posgrado: sus diferencias con las necesidades:

De Lellis y Fotia (2019), parten de un supuesto: las políticas públicas no reconocieron lo suficiente la gran incidencia que tienen los procesos de formación de profesionales y trabajadores en la formulación e implementación de programas y/o acciones en salud. De esta forma, han habido generaciones y generaciones de profesionales formados por un Estado que entendía que las personas con padecimiento mental eran peligrosas y debían ser excluidas y controladas, un prejuicio que caló demasiado hondo en el tejido social. Aquí cabe preguntarse, ¿cuántas generaciones faltarán para desarmarlo? En la medida en que los nuevos profesionales no se capaciten en ámbitos comunitarios, la formación recibida reproducirá la necesidad de la institución manicomial.

Las universidades profundizaron la formación de profesionales de la salud en el modelo asistencialista de la enfermedad y desde una concepción centrada en el ejercicio liberal. A partir de ello, se refleja la necesidad de incrementar la regulación que le cabe al Estado, no sólo en su relación con la formación universitaria sino también en la distribución de los profesionales -concen-

trados en los grandes aglomerados-, lo que lleva a una profunda inequidad en el acceso a la atención y, al mismo tiempo, acrecienta la precarización y el bajo reconocimiento salarial.

Así, la formación del recurso humano es una de las variables más sensibles para producir el cambio de prácticas estructurantes de la transformación del sistema de salud mental.

4) Rol del Estado: políticas públicas, políticas sanitarias, presupuestos.

No podemos dejar de mencionar otra marcada resistencia: aquella propia de los Estados -Nacional, Provincial, Municipal- a invertir un mayor presupuesto en salud mental o, incluso, a modificar el existente para la creación de dispositivos comunitarios alternativos al modelo manicomial, el cual sigue ordenando el presupuesto en la mayor parte de los distritos.

La política en salud mental no se agota sólo en los servicios sanitarios, en tanto abarca también las condiciones socioeconómicas que determinan las posibilidades de inclusión social de las personas o las pautas culturales que permiten o dificultan la concreción de los derechos de las minorías.

Se puede entender entonces a la salud mental como restitución de derechos –no sólo como ampliación de los mismos-. "De lo que se trata cuando se abordan los derechos humanos es de la vida y de las maneras de vivirla, de las ideas que se asocian a ella, y de sus modos de producción y reproducción" (Raffin, 2006, p. 53).

Sosteniendo las tensiones: todo encierro es político

En el campo de prácticas sociales que se denominan de "Salud Mental" coexisten y se antagonizan cuerpos conceptuales diversos, entran en contradicción formas hegemónicas y alternativas, se imbrican ideologías y teorías. Es en este espacio donde se devela en su forma más clara el *carácter indefectiblemente político* de toda práctica en Salud.

En esta línea, Galende (Geller, 2007) plantea que los trastornos psíquicos expresan en sus síntomas las condiciones sociales de vida, dentro de los parámetros simbólicos de la cultura. Aspectos como la locura, marginalidad, exclusión social, pobreza, desamparo, suelen aunarse generando el destino del sufrimiento mental.

El problema no sería entonces estrictamente psicopatológico, sino que lo que estaría en riesgo es la capacidad subjetiva de aquella persona para subsistir en un medio social. "Quienes trabajamos en el área de la salud mental no debemos olvidar algo que es clave: todo lo que llamamos enfermedad mental comienza con una pérdida de capacidades sociales para poder integrarse a un mundo simbólico, de participar de intercambios culturales, económicos, sociales, entre otros" (Geller, 2007). Lejos de ser una práctica "pura", considerada descontextualizada y por fuera de los avatares político-económicos, se entrama con la posición ideológica, política y ética de cada profesional (y servicio) de salud mental sobre la forma de consideración del padecimiento subjetivo.

Es así como "Salud Mental" debería ser entrecomillada. En tanto se tiende a romper el dualismo mente-cuerpo y se integran las determinaciones sociales y culturales, las líneas entre salud y salud mental se tornan convergentes hasta su integración: "el éxito del campo de la salud mental sería, paradójicamente, su extinción para quedar incorporado en prácticas integrales de salud" (Stolkiner, 1987). Observamosentonces que toda definición de salud mental, bajo una supuesta objetividad, encubre un soporte ideológico-político. En este punto, cabe preguntarse: ¿Acaso la ley no funciona, a la vez que como herramienta, como obstáculo para la integración de la salud mental en el campo más general de la salud?

Debemos estar advertidos de que aquella lógica signada por las prácticas expulsivas, más allá de la estructura edilicia de los hospitales monovalentes, se inmiscuye en nuestras prácticas, en nuestros espacios de trabajo.

La Ley de Salud Mental no es un objetivo en sí misma, aunque por momentos lo parezca. Debemos entenderla como un instrumento. De esta forma, nuestro compromiso con la reforma en salud mental no se agota en nuestro rol profesional, sino que nos convoca también como ciudadanos activos. Por lo tanto, siguiendo a Basaglia, no alcanza con la lucha teórico-clínica, sino que se vuelve necesario tomar en cuenta también -y fundamentalmente- la lucha política. Otra vez, *todo encierro es político*.

Bibliografía:
- Vainer, A. (2019). "La salud mental en la Argentina: memorias y luchas". En El fin del manicomio: Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos. Ediciones Novedades Educativas: Buenos Aires
- Gorbacz, L. (2019). "Determinantes de la salud mental". En El fin del manicomio: Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos. Ediciones Novedades Educativas: Buenos Aires
- De Lellis, M y Fotia, G. (2019). "La interdisciplina en el campo de la salud mental". En El fin del manicomio: Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos. Ediciones Novedades Educativas: Buenos Aires
- Fantin, J. C. (2019). "¿Qué ética para la salud mental?". En El fin del manicomio: Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos. Ediciones Novedades Educativas: Buenos Aires
- Basaglia, F. (1972). Apuntes de psiquiatría institucional. En R. García (ed). "¿Psiquiatría o ideología de la locura?" Barcelona: Anagrama.
- Galende, E. (2012): "Consideraciones de la subjetividad en salud mental". En Revista salud mental y comunidad N°2
- Stolkiner, Ardila Gomez (2012) - "Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva lationamericanas". Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría.
- Stolkiner, A. (2005). "Interdisciplina y salud mental". En IX Jornadas nacionales de salud mental Salud mental y mundialización. Estrategias posibles en la argentina de hoy.
- Geller, B. (2007). "La institucionalización psiquiátrica y la medicalización son estrategias de aniquilación del sujeto: Entrevista a Emiliano Galende". Agencia CyTA. Instituto Leloir. Disponible en: www.agenciacyta.org.ar

SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA: PROCESOS Y TRANSFORMACIONES EN DISPOSITIVOS COMUNITARIOS DESDE LA PERSPECTIVA DE CUIDADOS

Laura Gobet [A], Claudia Bang [B], Federico Chaves [C], Mercedes Howlin [D], Cecilia Laino [E]

Introducción

En el marco del proyecto UBACyT: *Atención primaria de salud y salud mental comunitaria: análisis de prácticas participativas e integrales llevadas adelante por instituciones en red* dirigido por la Dra. Claudia Bang en la Facultad de Psicología UBA. El presente trabajo se propone abordar las transformaciones en prácticas participativas desarrolladas por instituciones en red en el territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) durante la pandemia por COVID-19, específicamente, las prácticas del área de Comunidad, Salud e Inclusión social, también llamada "Área Comunitaria" de un centro de salud mental.

Habiendo sido este proyecto formulado previamente a las medidas de ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio) y DISPO (Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio), pero aprobado e iniciado durante 2020, fue necesario incluir en la indagación prácticas comunitarias de promoción de salud mental que hubieran incorporado estrategias participativas logrando continuidad en contexto pandémico.

Desde la trama conceptual de este estudio se ha incorporado la perspectiva de cuidados en salud, buscando precisar en qué medida se han logrado sostener procesos de salud mental comunitaria en contexto de distanciamiento social desde dicho enfoque. El concepto de *cuidado* reconoce la importancia del vínculo afectivo en la atención (Merhy, 2002), ubicando a la subjetividad como una de las dimensiones del modo de producción en salud (Franco y Merhy, 2016).

[A] Lic. en Psicología. Docente. Universidad de Buenos Aires. CABA. Argentina. lauragobet@gmail.com
[B] Dra. en Psicología. Docente e investigadora. Universidad de Buenos Aires. CABA. Argentina. claudiabang@yahoo.com.ar
[C] Estudiante de Psicología. Universidad de Buenos Aires. CABA. Argentina. chavesfedericoagustin@gmail.com
[D] Estudiante de Psicología. Universidad de Buenos Aires. CABA. Argentina. mercedeshowlin@gmail.com
[E] Lic. en Psicología. Universidad de Buenos Aires. CABA. Argentina. cecilialaino@hotmail.com

Entendiendo que las apuestas institucionales han tendido a priorizar el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2003) con fuerte sesgo en acciones individuales de atención en salud y salud mental, las intervenciones colectivas y grupales han tenido que sostenerse en acciones ligadas a la implicación singular de cada interviniente. Algunos perfiles profesionales han sido especialmente convocados a nuevas tareas desde miradas tradicionales del quehacer médico-psicológico, tratando de "sostener el consultorio" y sus encuadres, sumado a la necesidad de revisar las estrategias grupales y comunitarias que el nuevo contexto impone.

A partir de estos desarrollos surge la siguiente pregunta, que se abordará en este escrito: *¿Cómo se han dado los procesos de transformación de las prácticas grupales y comunitarias de salud mental en contexto de pandemia?*

Metodológicamente se trata de una investigación cualitativa (Minayo, 1997), exploratoria y descriptiva que ha indagado en prácticas comunitarias y sus transformaciones en contexto de pandemia, a través de la realización de entrevistas por medio de plataformas virtuales a profesionales del área comunitaria del centro de salud mental. En las entrevistas se indagó sobre las prácticas participativas llevadas adelante por dicha área y sus transformaciones en contexto de pandemia.

En la práctica habitual del área comunitaria, según refieren los/as entrevistados/as, cada profesional, o equipo, lleva a cabo actividades grupales, partiendo de sus intereses y de las demandas propias del centro. Por ejemplo, previo al ASPO, existía un taller de canto ofrecido por un Licenciado en Musicoterapia, paralelamente al horario de funcionamiento de la farmacia y en la sala de espera, de modo tal que esa espera se realizaba cantando. Asimismo, algunas profesionales ofrecen desde el área y en conjunto con la Dirección General de Salud Mental, un emprendimiento social del que participan usuarias y donde se realizan productos textiles. Otro espacio es el de taller de radio, ofrecido por algunos/as profesionales del centro y llevado a cabo en conjunto con tres escuelas cercanas.

Algunas transformaciones en pandemia desde la perspectiva de los/as trabajadores/as.

En las entrevistas realizadas se destacan algunas dificultades y obstáculos con los que se fueron encontrando los/as profesionales en el desarrollo de la tarea a partir de la Emergencia Sanitaria decretada por el Gobierno Nacional en marzo del año 2020.

En la tarea cotidiana, se destaca que la presencialidad nunca se interrumpió completamente, pero se vio significativamente limitada. Los equipos de trabajo, debieron realizar varias reuniones (de manera virtual) para determinar el modo en que continuarían trabajando. En las entrevistas se destaca que en ese momento hubo diferentes reacciones entre compañeros/as, cierto malestar debido a que al estar algunos/as exceptuados/as de la presencialidad, operaba una sobrecarga en quienes debían seguir asistiendo. Comenzaron a funcionar bajo una modalidad mixta: cumplían algunas horas presenciales (en burbujas) para poder asistir al trabajo garantizando el cuidado, y otras en forma remota desde sus casas. Quienes trabajaban bajo esta modalidad, debían realizarlo con dispositivos propios, ya que no contaban con recursos por parte del centro. Esta limitación fue un obstáculo a la hora de desarrollar las actividades, lo que significó, en algunos casos, un límite a la participación de los/as usuarios/as y, además, muchos talleres se interrumpieron debido a que las tareas que se realizaban eran manuales y requerían de presencialidad para la elaboración de los productos.

Otro de los ejes tomados para el análisis refiere a las transformaciones y replanteos en relación al rol profesional en este nuevo contexto de pandemia. En este punto, en función de cada profesión, operó como un desafío repensar y transformar el propio rol al interior de los equipos de trabajo y en forma individual, destacándose la posibilidad de *humanizar* la tarea. Por otra parte, respecto de los encuadres laborales habituales en dispositivos de asistencia psicológica, se puso en juego la cuestión del espacio de trabajo, ya que este contexto fue percibido como de cierta "entrada" en la casa del otro/a. En esta línea, en las entrevistas se plantea cierta dificultad en administrar los tiempos, ya que se generó la sensación de estar "cien por ciento", además de "más conmovible".

Pensando el *qué-hacer* desde la perspectiva de Cuidados

"Creo, y más aún en nuestras profesiones ligadas al cuidado del otro, que no es posible trabajar sin incluir la implicación del sujeto como parte de lo que hace, como caja de resonancia de lo que está pasando" (2019, De la Aldea, Elena).

Bajo la mirada de los núcleos profesionales hegemónicos, según Merhy (2016) el/la usuario/a puede ser mirado/a como un objeto, un soporte para la producción de un acto de salud, reducido a un procedimiento profesional, lo que ha consagrado la construcción de modos de cuidar centrados en procedimientos. Es en los procesos relacionales entre sujetos individuales y/o colectivos donde operaría para Merhy, cierto proceso *autopoiético*, inherente a las cartografías producidas por los encuentros.

Desde dichas concepciones de cuidado, interesa focalizar en ciertas situaciones narradas por algunos/as de los entrevistados/as, al referir a sus prácticas en tiempos pandémicos. En el emprendimiento social, sus coordinadoras expresan que luego del anuncio del ASPO, intentaron pensar modos posibles para seguir su labor frente a las múltiples dificultades que se presentaban (pocos proveedores, usuarias que eran de otros barrios y debían movilizarse para la producción y venta, no poder ingresar al espacio del centro de salud donde estaban las maquinarias para elaborar los productos a comercializar). Entonces se les ocurrió *sacar las máquinas del centro*, llevarlas a una residencia protegida donde vivían tres de las emprendedoras y que podrían seguir trabajando desde allí. Luego sumarían encuentros por videollamada, e irían tejiendo acciones en red junto a una ONG que organizó ferias virtuales, permitiendo así, sostener las ventas. También buscaron formas de acompañar a quienes podían ya independizarse de los aprendizajes protegidos*, aprovechando el proceso* para acompañar "altas" del espacio. Es de destacar que el interés en "sacar el emprendimiento del centro", opera desde la gesta del dispositivo, sin embargo, aunque aún no se han logrado las condiciones de posibilidad para funcionar fuera del centro de salud, es *el gesto de tomar como oportunidad el tiempo pandémico*, lo que parece operar como un microproceso de desterritorialización de dicha práctica.

Otra situación que interesa destacar opera en el decir de uno de los entrevistados que coordina un taller de música, quien -luego de narrar las dificultades con las que se encontró para sostener su práctica desde la virtualidad- se interroga acerca de su quehacer cotidiano: "*¿no estaremos produciendo dispositivos manicomializantes?*". Es desde esa simple pregunta que surge como posibilidad pensar el armado de redes y acciones conjuntas con un importante centro cultural de derechos humanos de la zona.

Volver a pensar en la importancia del acto de cuidar centrada en lo relacional, nos lleva a destacar también el proceso reflexivo de una de las psicólogas entrevistadas, quien menciona que al dar respuesta a las demandas de acompañamiento de usuarios/as en este contexto, se habilitaron nuevas formas de garantizar los espacios (videollamadas, llamadas telefónicas). Reconoce así, que las mismas operaron modificaciones en el encuadre ligados a un "mayor acercamiento", un sentir que "estamos todos en la misma", cambiando algo de la asimetría habitual de la relación terapeuta-paciente.

Reflexiones finales

Según lo expuesto anteriormente, se afirma que la posibilidad de mirar los quehaceres profesionales desde la capacidad interrogativa, desde una mirada desterritorializante, propia de la apuesta a la integralidad; abre la gestión del trabajo al colectivo y a un nuevo mundo en el campo de la salud: el acto de cuidar como un hacer con otros/as, volcado a la defensa de la vida individual y colectiva.

Desde una mirada que considere la importancia del cuidado basado en prácticas participativas, donde sea posible reconocerse en los procesos de trabajo junto a otros/as en un quehacer común, se abre la posibilidad de volver a pensar los abordajes comunitarios en su apuesta a procesos colectivos de reinvención, aún en tiempos marcados por la incertidumbre.

Bibliografía
De La Aldea, E. (2019). Los cuidados en tiempo de descuido. LOM Ediciones.
Franco, T.B.; Merhy, E.E. (2016). El reconocimiento de una producción subjetiva del cuidado. En Franco, T.B.; Merhy, E.E. (Ed). Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud. (pp. 133-151). Lugar Editorial.
Menéndez, E. (2003). Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia & Saude Colectiva. 8 (1), 185-207.
Merhy, E.E. (2016). El cuidado es un acontecimiento y no un acto. En Franco, T.B.; Merhy, E.E. (Ed). Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud. (pp. 151-161). Lugar Editorial.
Merhy, E.E. (2002). Saúde: a cartografía do trabalho vivo em ato. Hucitec.
Minayo M.C.S. (1997) El Desafío del Conocimiento: Investigación cualitativa en salud. Lugar Editorial.
Decreto n° 297/2020, de 20 de marzo de 2020. Boletín Oficial de la República Argentina.
Decreto n° 1033/2020, de 20 de diciembre de 2020. Boletín Oficial de la República Argentina.
Merhy toma de la biología el concepto de autopoiesis, que refiere al movimiento de una ameba, para expresar el movimiento que construye el sentido de vivir de modo continuo, de lo contrario su característica de ser vivo se extingue. Autopoiesis se refiere al movimiento de la vida que produce vida.

APROXIMACIÓN A UNA CLÍNICA DE LAS VÍCTIMAS DE COERCIÓN PSICOLÓGICA. SECTAS. ORGANIZACIONES COERCITIVAS

Alejandra Pater [A]

Humanos dentro de una cultura, atravesados por las condiciones del momento histórico que nos toque habitar. Inmersos, hoy, en redes tejidas con hilos virtuales.

Con los cuerpos inmovilizados entre esos hilos, parcialmente conscientes de la exposición a un número infinito de estímulos mentales. La posibilidad de socializarse nos aparece como espejismo oceánico. "Los 6 grados de separación" (hipótesis que intenta probar que cualquiera en la Tierra puede estar conectado a cualquier otra persona del planeta a través de una cadena de conocidos que no tiene más de cinco intermediarios) nos regalan la fantasía de pertenecer todos a una *Gran Comunidad Mundial*. Pero en los consultorios, los sentimientos de soledad, tristeza e inadecuación reflejan otra historia. ¿La Salud Mental hoy se nos presenta como un ideal cada vez más inalcanzable?. La manera de abordar temas que antes eran objeto de reflexión filosófica sobre "el origen" y el "sentido de la propia existencia" queda ahogada dentro del rango de preguntas con expectativa de respuesta apurada. En este contexto, se crea un caldo de cultivo propicio para el desarrollo de antiguos "virus" que hoy encuentran en los medios masivos y redes sociales un lugar de replicación de alcance inimaginable.

La Historia: Un pasaje desde el mito hacia el presente para volver a la Tribu.

Volvemos a los textos de Freud, y nos encontramos con *Totem y Tabú (Freud S, 1913)* (1)*:* El ordenamiento posible en cada sociedad a través de un listado de "Mandamientos" o "Prohibiciones" funciona como organizador de esa cultura a partir de lo cual se discrimina lo posible de lo vedado. Queda claro que previo a este ordenamiento tuvo lugar otro, que los psicoanalistas llamamos "Ley fundamental" y desde ésta, la evolución de la cultura ha tendido a la diversificación del poder. En una sociedad "civilizada", este poder no estaría concentrado en un "padre de la Horda" amenazante, tirano y único poseedor de derechos sexuales, sino por la horizontalidad dada por el ideal dirigido a la distribución del poder entre ciudadanos.

La "democracia". Sin embargo, algo del orden de esa obnubilación generada por los líderes poderosos y arrogantes, subsiste de alguna forma en nuestro inconsciente.

[A] Licenciada en Psicología. Psicóloga Clínica. Hospital Fernández. CABA. Argentina. pateralejandra@gmail.com

Si la horda primitiva, cuyo jefe era encarnado por un padre déspota, tirano y omnipotente, fue la más elemental y violenta forma de organización social humana posible... Podemos imaginar una agrupación de esas características en el mundo contemporáneo? En *Psicología de las Masas y Análisis del Yo (Freud, 1921)* (2) se devela el misterio del efecto de masas a través del cual el control individual de impulsos impuesto por el superyo individual se traduce en el poder proyectado a un "superyo grupal". Cuáles son los efectos de esta operación psíquica?

Grupo Operativo (3) es un concepto teórico a través del cual Pichón Rivière describió ciertos fenómenos que acontecen a partir de la formación de un grupo.

Tomamos este concepto, dado que nos ofrece una mirada respecto del efecto de las organizaciones en el cruce entre lo individual y lo grupal. El análisis del grupo a la vista de esta teoría nos permite observar la modalidad defensiva que se establece: conspiraciones, alianzas, proyecciones. Se hace presente la ambivalencia del par amor-odio, habilitando cierto mecanismo de seguridad patológico, dado por efecto de grupo, en un ordenamiento de tipo familiar.

Podemos identificar ciertos rasgos característicos en un líder de una organización coercitiva típica:

La temática de los discursos del líder de este tipo de organizaciones puede dirigirse tanto al área de la salud, de la economía, como a lo espiritual o lo sagrado. Pero el potencial de peligrosidad aumenta cuando se involucran varios de estos conceptos, ofreciendo una imagen de omnipotencia. Algunos ejemplos de los ejes centrales de estos discursos son:

1) *Salud física*: propuestas de curación a través de: imposición de manos, velas, frases poderosas, verbalización de deseos.
2) *Economía*: propuestas laborales engañosas con formato piramidal
3) *Salud mental/espiritual*

El líder va diseñando sus "programas de captación" en base al ensayo, prueba y error, descartando con gran habilidad aquellos mecanismos que no le resultan y reemplazándolos por los que observa que dan rápidos resultados. Desde la psicopatología, esta modalidad de trato a otros tiene características claramente emparentadas con "rasgos" de tipo psicopático, pues habla de quien es capaz de usar a las personas para su beneficio y provecho personal en pos de lograr un mayor espacio de poder y lucimiento narcisista, sin reparos escrupulosos.

¿Cuánto sabemos acerca de la situación de vulnerabilidad a la que queda expuesta la persona sometida a la persuasión coercitiva?

Como profesionales de la salud mental, nos encontramos ante un gran desafío.

ADICCIÓN A SECTAS. GRUPO-DEPENDENCIA. DEPENDENCIA EMOCIONAL.

Pablo Salum [B]

Las organizaciones coercitivas generan dependencia. Dentro de estas organizaciones, la dependencia es emocional y se sostiene en una adherencia total a un líder, a un grupo o a una idea que los congrega como tal.

En el caso de otras adicciones, se hace más fácil para el profesional de la salud determinar a qué es adicta esa persona y los daños que sobrevienen como consecuencia a esa adicción.

En nuestra problemática, la *dependencia emocional* se hace difícil de determinar.

Sin embargo, es fácilmente identificable en la observación de la persona dentro del grupo, en la manera de vincularse con otros integrantes, en la adoración al líder.

Incluso, se manifiestan cambios en su modo de alimentación, en su manera de vestir, de hablar. Va tomando la identidad del grupo hasta llegar en ocasiones al mismo cambio de nombre propio,

[A] Activista. Impulsor de legislación sobre la temática. Denunciante. Asesor. Red LibreMentes. Lomas de Zamora, Buenos Aires. Argentina. pablosalum2004@gmail.com

y hasta su "edad" pasa a ser subjetiva. En algunos casos el daño psicológico es muy evidente: cambios estéticos, en su vestimenta, en su discurso, rechazo a tratamientos médicos. Como consecuencia, muchos mueren, se suicidan, sufren brotes psicóticos, delirios místicos, llegando incluso al extremo de la comisión de delitos (asesinato por "mandato"). Todo esto impulsado por la persuasión coercitiva de un líder portador de un poder que estando fuera de su alcance, nos es inimaginable. La influencia que ejercen estas pseudo prácticas coercitivas es mayor en una persona vulnerable que busca solución a su padecimiento. La solución mágica que se ofrece a todos los problemas es la promesa de ser "sanado" a través de ayahuasca, agua bendita, o el "manto sagrado"… Podemos decir "esto es increíble". Pero para quien tiene su racionalidad ya afectada, la introducción en estas doctrinas de manos de un experto manipulador no es compleja.

En ambos casos (*adicción a sustancias* y *adicción a grupos*) las víctimas presentan cierta vulnerabilidad previa: problemas económicos, familiares, emocionales.

Inclusive, existen patologías que llevan a la persona a caer en un estado de ánimo depresivo que puede empujar hacia el consumo (tabaco, drogas, alcohol, psicofármacos) a veces combinados (multiconsumo). En una situación de vulnerabilidad, la influencia de una persona que ofrece una alternativa para detener el sufrimiento aparece como respuesta tentadora ante el dolor. Fácilmente se depositan esperanzas en aquel ofrecimiento. La dependencia a estas organizaciones entra dentro de lo que llamamos "*grupodependencia"*. Son grupos que embarcan a las víctimas en una burbuja de fantasías donde todo parece perfecto. Muchas veces los dolores y síntomas desaparecen como efecto de la sugestión. Se ofrece (y manifiesta) un aparente beneficio emocional. Ante esta sensación de súbito bienestar, el *grupodependiente* comienza a tomar como enemigo a todo aquel que intente separarlo de ese camino. Todo esto se verá reforzado por la sugestión del líder. En el consumo problemático de sustancias como en las organizaciones coercitivas, se va perdiendo libertad. Y dinero. Bajo la fantasía de que *"todo está bien"*, de que se encontró una *nueva familia* en este nuevo grupo, y un nuevo *sentido a la vida*. Con técnicas de persuasión dura, de manipulación, la persona ya no siente tristeza ni depresión, y comienza a creer que TODO se puede solucionar. Pero eso nunca sucede, porque: ***NINGUNA PSEUDOPRACTICA NEW AGE FUNCIONA PARA LO QUE DICE FUNCIONAR.***

Progresivamente se van desvinculando de sus grupos sociales previos. Se encierran. Se van incorporando a otros grupos sociales en los que su nueva conducta no se rechaza, generando así nuevos lazos sociales. Se va creando una sociedad paralela con diferentes códigos, y con una "nueva ley" que en muchos puntos entra en contradicción con los valores previos. La vida empieza a girar solo en torno a ese grupo y su actividad. Llega un punto en el que *todo lo externo al grupo está mal*. Detrás de la fantasía comienza a gestarse una "identidad sombra" de tipo infantil con tendencia al sometimiento.

Cuando se cruzan ambas adicciones, esto es doblemente perjudicial. Muchas veces el sometimiento mental es aún más poderoso que la dependencia a cualquier sustancia. Incluso, puede lograr que un individuo con consumo, lo abandone. Lo que en verdad sucede, es el reemplazo de una adicción por otra. Cualquier tratamiento para personas con consumo problemático de sustancias se ve desafiado frente a esta modalidad "mágica" de algunas organizaciones que parecen lograr el cese de consumo solo con prácticas de persuasión y "control" mental. Por eso, la conjunción de ambas adicciones es un combo explosivo. Un buen ejemplo de esto puede observarse en las cárceles: la situación de aislamiento, la violencia, la mala alimentación son un buen elemento en el que introducir el efecto del "bombardeo de amor". El ingreso de drogas a los lugares de detención va de la mano del ingreso de las organizaciones coercitivas que por medio de "ejercicios de respiración" prometen llegar "a la paz", o que con la "palabra de dios" serán, finalmente, "amados y perdonados" por los errores cometidos. En estos casos, y vale aclarar y diferenciarlo, no nos referimos en absoluto a las religiones, sino a las organizaciones que, camufladas bajo un objetivo espiritual y sanador, están creadas con el fin de delinquir, someter y quitar libertades para el aprovechamiento y exclusivo beneficio económico de la propia organización. Las religiones no son esto.

En las organizaciones coercitivas se persigue el objetivo de adormecer mentes para ejercer su control para su propio beneficio. Por todo esto, es sumamente alarmante observar que algunas de estas prácticas New Age disfrazadas de ciencia se van introduciendo en el ámbito educativo a través de técnicas que se ofrecen como "relajación mental" o "educación emocional", cuando son prácticas con bases coercitivas que apuntan a adormecer el pensamiento. Se dirigen a poner en blanco la mente, a concentrarse en el presente. En el aquí y el ahora. Eliminar el pasado histórico, los vínculos, el malestar económico, laboral. Tolerar la explotación, los atropellos, la injusticia, la inequidad. Los abusos. Y de ese modo convencer al sujeto de que "lo que le tocó a cada uno es lo que se merece" y con eso "tiene que ser feliz". Porque si se es feliz sentado en casa "cruzado de piernas", no hace falta acceder a un sistema educativo de calidad, no hace falta crecer, desarrollarse. Ni hacerse preguntas.

Es necesario poner estos temas en debate e identificar y cuestionar las técnicas de persuasión coercitiva, control mental y manipulación psicológica que existen y se están difundiendo de manera masiva, produciendo generaciones de humanos sometidos, adentrándose en universidades, instituciones de salud, escuelas, construyendo una "sociedad de mansos". Una "tribu" (4) ("agrupación o asociación social y política propia de pueblos primitivos e integrada por un conjunto de personas que comparten un origen, una lengua, unas costumbres y unas creencias, y obedecen a un mismo jefe. Conjunto de familias que tienen un antecesor común"), tal como se dan en llamar últimamente muchos grupos que buscan la indiferenciación de los sujetos dentro de una organización.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:
Freud S. (1913-1914) Tótem y tabú y otras obras. Tomo Xlll. Bs As., Ed. Amorrortu.
Freud S (1929-1922). Más allá del Principio de Placer, Psicología de las masas y Análisis del Yo, y otras obras. Tomo XVlll. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
Pichón Rivière, E. (1971). Del psicoanálisis a la psicología social (Tomos I y II). Buenos Aires, Ed. Galerna.
https://languages.oup.com/google-dictionary-es/7

DESAFÍOS HACIA UNA SALUD MENTAL COMUNITARIA Y CIUDADANA

Lucia Fernández Abrevaya [A]

Los derechos humanos en la salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) proclamaba en 1948 una nueva forma de concebir la salud, ya no como ausencia de enfermedad sino como estado de bienestar determinado por la compleja interrelación entre los aspectos biológicos, sociales y psicológicos, al tiempo que la Declaración Universal de los Derechos Humanos denominaba a la salud como derecho universal de todos los seres humanos. De esta manera, comenzaba un camino de transformación discursiva a nivel global, en el cual la salud pasaba de ser una necesidad epidemiológica de cada población a considerarse un bien fundamental que debe ser protegido activamente por todas las fuerzas políticas más allá de las fronteras.

En los derroteros de este proceso de cambio de paradigma, se hizo evidente la necesidad de reformar las estructuras hegemónicas obsoletas e idear un sistema de salud diferente que impacte directamente en los determinantes sociales y económicos que afectan el estado de salud de las po-

[A] Lic. en Psicología. Perito Psicóloga en PJN y Gabinete Pericial Psicológico Forense de la Facultad de Psicología de la UBA. CABA. Argentina. luferab@hotmail.com

blaciones, buscando acortar las distancias de la inequidad. La Conferencia internacional sobre Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata (1978) reafirmó la importancia de la salud como derecho humano que debe ser activamente protegido por los gobiernos, apelando a la voluntad política para la ejecución de planes de salud que generen un cambio significativo, e incluyó la participación ciudadana, a nivel individual y colectivo, como parte esencial en la planificación y aplicación de la atención en salud. Así se formalizó la Atención Primaria de la Salud como estrategia principal del nuevo sistema de salud a construir, el cual debería ser sustentable económicamente, abocarse a las problemáticas de cada comunidad a través de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, y constituirse de manera intersectorial, interdisciplinaria y con plena participación ciudadana.

En el campo de la salud mental, la Declaración de Caracas (1990) marcó un hito fundamental en la larga lucha por la defensa de los derechos humanos en América Latina. Considerando que el colectivo de personas con padecimientos mentales históricamente ha sufrido graves vulneraciones a sus derechos y entendiendo que éstas se reproducen mayormente en el modelo clásico de atención psiquiátrica, el documento internacional implicó un compromiso político de los países adherentes en pos de un cambio radical de los sistemas sanitarios regionales. Se formalizó la necesidad de reestructuración del modelo psiquiátrico hegemónico, cuyo eje central es el hospital psiquiátrico, entendiendo que éste resulta iatrogénico, ineficaz e incompatible con los objetivos de una "atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva".

Enmarcada en la táctica de los Sistemas Locales de Salud (SILOS, OMS/OPS, 1988) se planteó la reconstrucción de los sistemas de salud siguiendo la estrategia de la Atención Primaria, la desmanicomialización y la creación de servicios de salud mental alternativos que se centren en las necesidades de la comunidad, resguarden ante todo la dignidad personal y los derechos humanos y civiles de las personas con padecimientos mentales, fomenten los lazos sociales e incentiven la participación activa de la comunidad.

Ley Nacional de Salud Mental: alcances, logros y deudas pendientes

En Argentina, la Declaración de Caracas es considerada uno de los antecedentes[1] y precursores de la ley nacional de salud mental (26.657), así como lo fue la lucha de los distintos colectivos (usuarios, infancias, discapacidad, diversidades) y organismos internaciones de defensa de los derechos civiles y humanos, que reclamaron la adecuación de la legislación nacional a los estándares internacionales en salud y derechos humanos. Previo a la sanción de la ley, la Corte Suprema de Justicia había dictaminado la existencia de una debilidad jurídica en la protección de las personas con padecimientos mentales, agravada por la sobre-intervención del sistema judicial sobre el sistema de salud. A su vez, la ausencia de un plan nacional en salud mental, la fragmentación del sistema de salud, la fractura entre los dispositivos de salud mental y adicciones y la centralidad e ineficacia de los hospitales psiquiátricos, hacían necesaria y urgente la implementación de una reforma nacional en el campo de la salud mental que incorporara la perspectiva de derechos humanos y los principios de la atención primaria.

La ley nacional de salud mental se sancionó en el año 2010, teniendo como lineamientos principales el resguardo de los derechos humanos y civiles de las personas con padecimientos mentales, estableciéndolos como eje principal y objetivo final de toda intervención en salud mental. Implicó un cambio de paradigma en el ámbito jurídico, asentando la presunción de capacidad y autonomía de todas las personas más allá de su diagnóstico. Creó un sistema para regularizar las internaciones, así como mecanismos para la protección de los derechos de los usuarios y la fiscalización de los dispositivos de salud mental tanto públicos como privados. Concibió una definición compleja de salud mental, enfatizando la importancia de la interdisciplina y democratizando los

1 *Otros antecedentes de relevancia: "Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental" (OMS, 1991), "Declaración y programa de acción de Viena: Conferencia Mundial de los Derechos Humanos" (NU, 1993), "Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad" (OEA, 1999).*

saberes e incumbencias del equipo de salud. Delimitó la creación de dispositivos específicos que se adecúen a los principios de la atención primaria de la salud, planteando un proceso de desmanicomialización y una nueva concepción de tratamiento integral, que necesariamente incluya la intervención en y para la comunidad y la participación ciudadana. Finalmente, estableció los lineamientos para el desarrollo de políticas y planes nacionales en salud mental, que apunten a revertir la fragmentación del sistema público de salud y la unificación de criterios sanitarios a largo plazo.

Habiendo transcurridos más de 10 años desde su promulgación, el proceso de transformación de prácticas y lógicas institucionales en salud mental que planteó la ley obtuvo logros significativos que actualmente siguen vigentes. Permitió la creación de herramientas efectivas para la protección del colectivo de personas con padecimientos mentales, reduciendo en gran medida las prácticas violatorias de derechos. Puso en discusión las prácticas y dispositivos del antiguo sistema de salud, generando una institucionalidad participativa que quebró la hegemonía del modelo biomédico y democratizó la participación profesional. Asimismo, si bien no se logró la desmanicomialización planteada para el año 2020, se redujeron en algunos casos el número de camas y los plazos de las internaciones en salud mental.

No obstante, en la actualidad siguen quedando deudas pendientes de este proceso de reforma, que refuerzan la brecha de la inequidad y sostienen la violación de derechos básicos. Por un lado, no se avanzó en el desarrollo de dispositivos alternativos de asistencia en la comunidad, con capacidad de respuesta en crisis psiquiátricas y que operen sobre los determinantes sociales, para poder alcanzar la sustitución definitiva de los hospitales psiquiátricos, los cuales continúan abiertos y consumiendo la mayor parte del presupuesto en salud mental. Tampoco se concretó la articulación intersectorial sostenida en el tiempo, que habilite la creación y enlace de programas de rehabilitación, para que el colectivo de personas con problemáticas de salud mental pueda tener un ejercicio real de sus derechos (salud, vivienda, trabajo, libertad, autodeterminación, entre otros). Finalmente, falta concretar un eje esencial del nuevo paradigma de la salud mental comunitaria, la participación ciudadana, en tanto aun existe una importante ausencia de mecanismos que fomenten la inclusión activa de los usuarios en los distintos dispositivos de salud mental y en la planificación de las políticas y programas que determinan su salud.

La pandemia del capitalismo y el empoderamiento como resistencia

Actualmente nos encontramos en un momento coyuntural, en donde luego de haber transitado décadas de procesos de transformación en salud mental, de ferviente defensa de los derechos humanos, de creación de múltiples herramientas y lineamientos para un sistema de salud más democrático, la pandemia de COVID-19 nos enfrentó con que estamos muy lejos de alcanzarlo. ¿Cómo es posible que continuemos estancados en los mismos problemas fundamentales, con algunas victorias ganadas y muchas deudas pendientes, sin haber podido acortar la brecha de la inequidad en salud, que hoy en día se muestra más atroz que nunca? A riesgo de enunciar una verdad de Perogrullo, la realidad indicaría que no todos remamos hacia el mismo lado ni compartimos las mismas metas.

A nivel global, la proliferación del sistema capitalista y el avance de la ola neoliberal trajeron aparejados consecuencias fatales para los sistemas de salud y la lucha por los derechos humanos. El retroceso del Estado de bienestar, el aumento de las crisis financieras y la profundización de la desigualdad económica y social extrema, propulsaron una tendencia a la reducción del financiamiento en salud, el deterioro de los servicios públicos de salud y la creciente privatización de las prestaciones. Consecuentemente, los sistemas de salud pública se fueron debilitando y fragmentando, agravando la discriminación en el acceso a la salud para las poblaciones más vulnerables (mujeres, ancianos, niños, pobres). El ominoso resultado es un sistema de salud público deficiente para pobres y otro privado de calidad para ricos o quienes pueden pagarlo. La pandemia de COVID-19 puso en primer plano esta radical falta de equidad en la salud, al tiempo que dejó en evidencia la ineficacia del modelo biomédico, del hospital como única respuesta del sistema de salud y la inexistencia de una real atención comunitaria.

La creación y financiación de un sistema de salud comunitario, basado en la estrategia de atención primaria de la salud, se encuentra en directa oposición con los intereses económicos y políticos de los actores del actual sistema capitalista, que requiere de una salud mercantilizada y una población dócil y empobrecida, en todos los sentidos. Siendo que como agentes de salud tenemos ante todo la responsabilidad ética de resguardar el bienestar de la población, lo cual incluye el pleno goce de los derechos civiles y humanos, ¿qué lugares de resistencia podemos construir para defender los logros alcanzados, desafiar las fuertes oposiciones que habitan el sistema de salud y acortar la brecha de la inequidad?

Uno de los pilares del modelo comunitario de salud mental es la estrategia del empoderamiento, mediante la cual se busca fomentar que los individuos y grupos de una comunidad, que se encuentran históricamente excluidos, desempeñan un papel activo en el cuidado de su propia salud y el ejercicio de sus derechos. El empoderamiento supone una democratización de la salud, que transforme a los usuarios pasivos del sistema de salud en ciudadanos activos, otorgándoles voz y voto en una construcción conjunta de saberes y prácticas que les permita actuar directamente sobre los determinantes de su salud.

Para impulsar procesos de empoderamiento en la comunidad, los dispositivos de salud mental deben ser proactivos en la producción de inclusión y ciudadanía, otorgando a los usuarios mayores recursos y poder de decisión, fomentando su participación activa en los las actividades sanitarias de los servicios y gestionando una conexión directa con los actores de la comunidad. En este sentido, es necesario que se habiliten espacios de intercambio fluido con la comunidad, que permita a los colectivos expresar sus necesidades particulares, sus perspectivas sobre los servicios y sus concepciones sobre cómo deberían funcionar. A su vez, la promoción de la salud mental también requiere de la creación de mecanismos de participación ciudadana para el desarrollo conjunto de políticas, proyectos y programas en salud mental a nivel local y nacional, que apunten a las problemáticas específicas que cada comunidad denuncia y a derribar prejuicios arraigados en la sociedad respecto de la salud mental y sus usuarios. Finalmente, las intervenciones en rehabilitación desde el enfoque del empoderamiento deben apuntar al aumento de la capacidad de intercambio afectivo y contractual del paciente con su entorno, a través de actividades que fomenten el ejercicio de sus derechos (trabajo, vivienda, vínculos sociales) y generen una transformación en el rol social, de loco a ciudadano.

Al comprender que el ejercicio de la ciudadanía es una herramienta terapéutica, que ayuda a revertir los efectos desubjetivizantes de la institucionalización y a transformar la pasividad crónica de los usuarios en una actividad ciudadana. Entendemos más claramente que el único riesgo que conllevan las prácticas de empoderamiento es que la población recupere la capacidad de decidir sobre los determinantes de su vida, de aspirar a un estado de bienestar satisfactorio y de demandar a quienes detentan el poder los derechos que les deben.

Bibliografía

Galende, E. (Noviembre, 2020). De los principios a la acción. Revista SALUD MENTAL Y COMUNIDAD. Universidad Nacional de Lanús. Año 7(9), 122-129.

Iglesias, M.G. (Noviembre, 2020). A diez años de la ley 26.657. Lo explicable de lo inexplicable. Revista SALUD MENTAL Y COMUNIDAD. Universidad Nacional de Lanús. Año 7(9), 117-121.

OPS/OMS (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS.

OPS/OMS (1990). Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela.

OPS (2009). Salud Mental en la comunidad. Washington, USA.

Saraceno B. (2005). La iniciativa de reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicaciones para el mundo. En OPS/OMS (2007). La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años después de la Declaración de Caracas. Washington, USA.

LEY DE SALUD MENTAL: DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD MENTAL COMUNITARIA
DERROTERO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL. IMPLEMENTACIÓN DE LAS LEYES DE SALUD MENTAL EN CABA (2010-2020).

Nicolás Grimaux [A], María Agustina Menendez [B]

Introducción

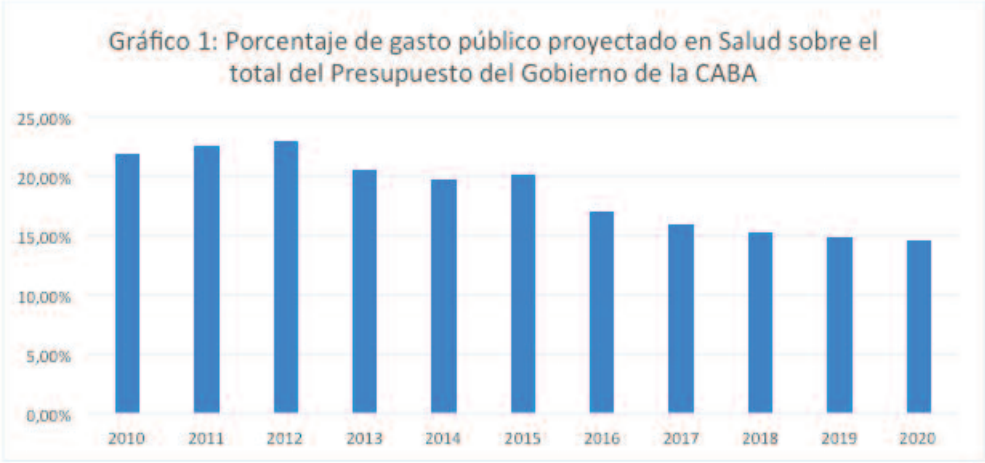
En el presente trabajo nos proponemos analizar cuáles fueron algunos efectos, en términos de grado de implementación, de la Ley Nacional Nº 26.657 y local Nº 448 en la CABA, en el período que va entre los años 2010 y 2020. Para tal fin, nos basamos principalmente en los datos que nos brindan las leyes de presupuesto de la CABA, sus anexos y la documentación complementaria que genera cada dependencia estatal, así como el análisis de bibliografía que aborda el objeto de estudio desde diferentes ángulos.

Asimismo, realizamos entrevistas a informantes clave. Hemos entrevistado al licenciado Ángel Barraco, quien ha participado en la elaboración tanto de la Ley de la Ciudad Nº 448 como de la Ley Nacional Nº 26.657. También entrevistamos a una trabajadora de la Salud Mental con 30 años de actividad en el sistema público y más de 10 desempeñándose en el dispositivo ADOP. Por otra parte, entrevistamos al Dr. Eduardo Quiroga, quien trabaja en el sector de Derechos Humanos y Discapacidad de la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ). Por último, se entrevistó a la Lic. Macarena Sabin Paz, Coordinadora del Área de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS).

Por otro lado, es dable mencionar que hemos efectuado nueve pedidos de acceso a la información en los términos de la ley Nº 104 de la CABA a efectos de recabar información que nos brinde un cuadro más acabado de la situación en torno a las políticas de salud mental, los cuales no han sido respondidos en tiempo ni en forma, o su respuesta ha sido directamente denegada sin expresar los motivos.

Análisis del estado de Salud Mental en CABA (2010-2020)

Como primer dato de relevancia, el análisis del presupuesto arroja que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el gasto público en Salud sobre el presupuesto total viene descendiendo luego del 2012, año en el cual llegó al pico máximo del período bajo análisis: un 23%. A partir de dicho momento, comenzó una tendencia hacia la baja, con un leve aumento en 2015, llegando a 14,57% en el año 2020, siendo este el punto más bajo de todo el período (Gráfico 1). Consideramos que este



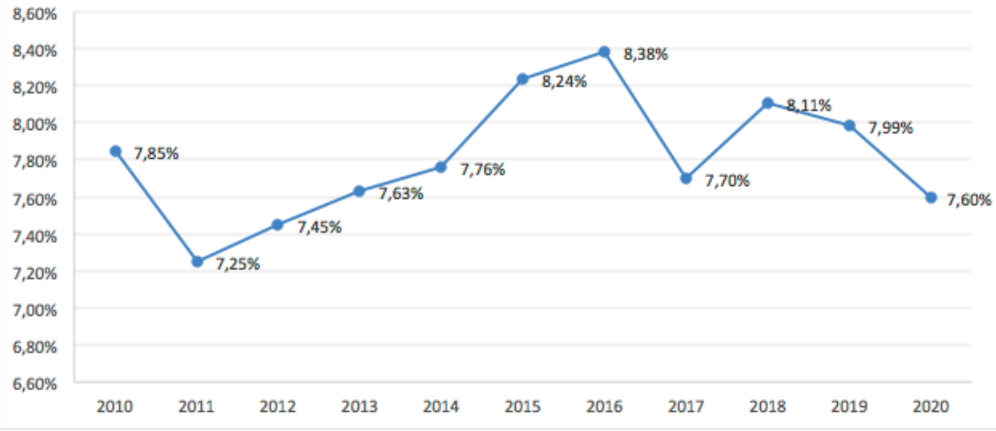
Fuente: Gráfico de elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud del GCABA 2021.

[A] *Lic. en Ciencia Política. Gobierno de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. CABA. Argentina. ngrimaux@gmail.com*
[B] *Lic. en Psicología. Hospital General de Agudos Dr. Carlos Durand. CABA. Argentina. agustiana@hotmail.com*

indicador es importante ya que el presupuesto pone de manifiesto la relevancia que tiene cierta cuestión en la agenda política y de estos números, y su evolución a lo largo de los años, se podría inferir que la Salud no sería un área prioritaria.

En relación al primer indicador específico de Salud Mental, la Ley Nacional 26.657, en base a recomendaciones internacionales, estipula que el presupuesto Nacional asignado a Salud Mental debe ser del 10% del presupuesto total de Salud y que las provincias también deberían seguir este lineamiento. Al analizar el presupuesto de Salud Mental de CABA sobre el presupuesto total en Salud verificamos que esto no se cumple actualmente ni se ha cumplido en los últimos 10 años. El récord máximo de presupuesto en la franja temporal analizada lo encontramos en el año 2016, cuando el gasto presupuestado en Salud Mental alcanzó el 8,38% y el récord mínimo en 2011, cuando llegó al 7,25% (Gráfico 2). En el año 2020, el presupuesto estuvo cerca del mínimo, representando el 7,60% del gasto total en Salud. No se advierte en este caso, una política sostenida y consistente con vistas a alcanzar el objetivo señalado, especialmente desde 2017 a la fecha.

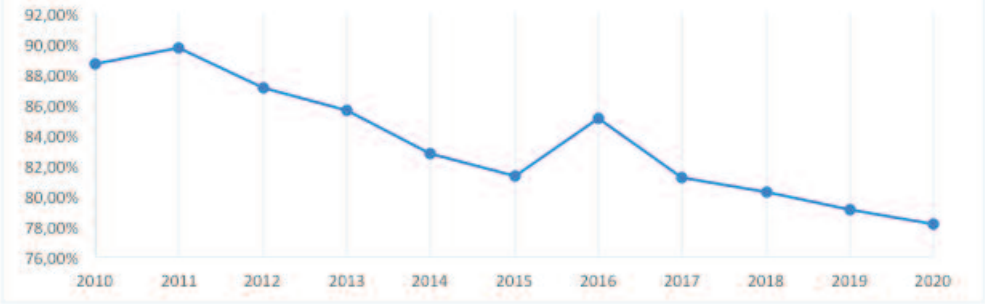
Gráfico 2: Presupuesto del Programa de Salud Mental sobre el Presupuesto total del Ministerio de Salud de CABA (2010-2020)



Fuente: Gráfico de elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud del GCABA 2021.

Sin embargo, no alcanza con conocer el porcentaje del presupuesto total asignado a Salud Mental para inferir el estado de la situación. Consideramos que uno de los indicadores más reveladores a la hora de analizar cuál es el estado de adecuación a la ley 26.657 es la forma en la cual se distribuye ese presupuesto. La propuesta de la Ley es la atención en diversos dispositivos comunitarios. Por tal motivo, se esperaría que en un territorio en el cual se está realizando dicha conversión estructural del sistema de atención, los fondos comenzaran a reasignarse para construir nuevos dispositivos comunitarios en detrimento de la atención en el Hospital Monovalente. Si bien en CABA se advertiría una lenta reacomodación presupuestaria, ésta no es significativa ya que, al año 2020, el 78,08% del presupuesto de Salud Mental es asignado a los cuatro Hospitales Monovalentes (Gráfico 3). Esto representa una disminución de sólo el 10,5% del presupuesto para los manicomios desde el año 2010. De este gradual proceso de redistribución que se ob-

Gráfico 3: Porcentaje del presupuesto del Programa de Salud Mental destinado a instituciones monovalentes con internación por año (2010-2020)

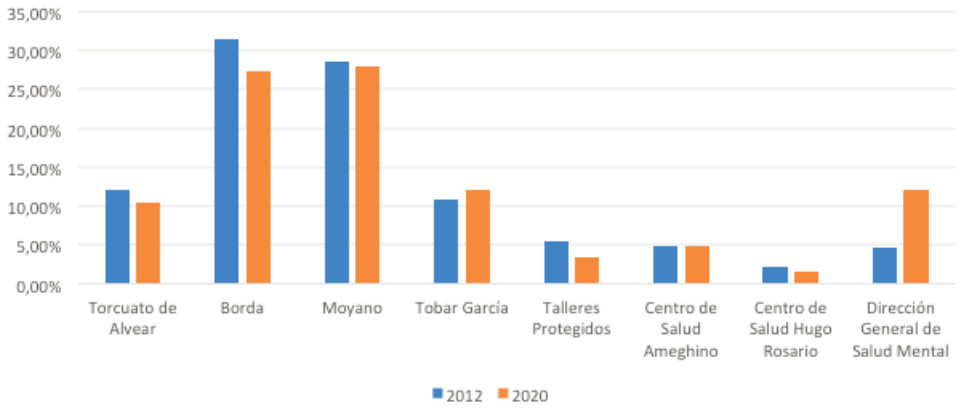


Fuente: Gráfico de elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud del GCABA 2021.

serva, no resulta evidente una verdadera reorientación de las políticas de Salud Mental en pos de la sustitución del manicomio, afirmación ésta que se ve reforzada con los datos que expondremos a continuación.

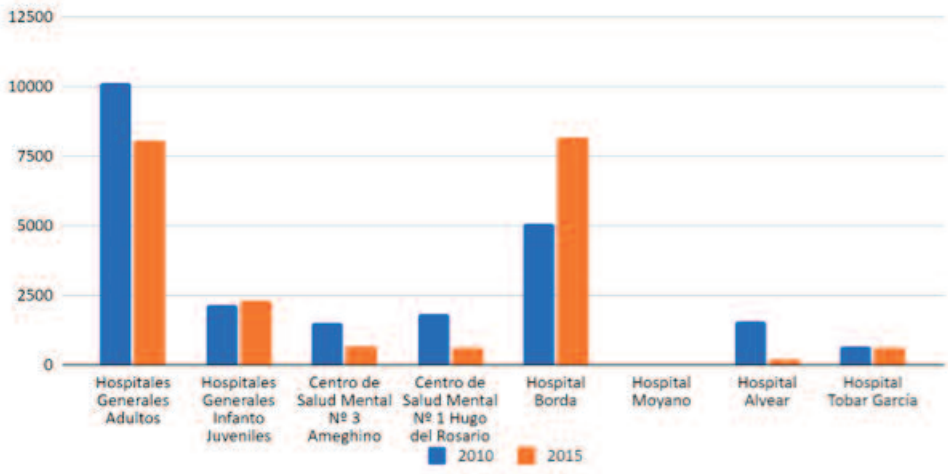
Haciendo un examen aún más detallado del presupuesto, encontramos que los programas orientados a la atención comunitaria tales como Talleres Protegidos y Centros de Salud Mental no vieron incrementada su incidencia (Gráfico 4) sino más bien lo contrario. Comparando los años 2012 y 2020[1], observamos que todos los subprogramas comunitarios vieron disminuido su presupuesto en mayor o menor medida. Se puede apreciar un incremento significativo en el presupuesto asignado a la Dirección General de Salud Mental y respecto del cual no es posible efectuar un análisis pormenorizado ya que se ha omitido en los documentos disponibles la desagregación que permita saber cómo son distribuidos dichos fondos.

Gráfico 4: Comparación del Presupuesto por Subprograma sobre el Presupuesto Total del Programa de Atención en Salud Mental. Años 2012 versus año 2020.



Como se puede observar en el Gráfico 4, los cuatro hospitales monovalentes concentran la mayor parte del presupuesto de Salud Mental de CABA. Dicho presupuesto se destina mayoritariamente a solventar las internaciones y los gastos que estas demandan. Por su parte, en lo que respecta a admisiones a consultorios externos (prestaciones ambulatorias), según las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud (Gráfico 5), son los Hospitales Generales y Centros de Salud Mental los que tienen mayor caudal de pacientes. Exceptuando el Hospital Borda, que realiza muchas admisiones por año, los otros monovalentes casi no abocan su atención a este tipo de tratamiento ambulatorio. Por ejemplo, en el Hospital Moyano, en el año 2010 se realizaron 10 admisiones y en el 2015, 13. Estos números son tan poco significativos que ni siquiera aparecen en el gráfico. Vale aclarar que se analiza este periodo única-

Gráfico 5: Admisiones de Salud Mental a Consultorios Externos por efector. Año 2010 versus año 2015



1 *No hemos accedido a los datos correspondientes a los años 2010 y 2011 para el rubro Atención de Salud Mental.*

mente debido a la falta de datos oficiales a partir del año 2015. Al respecto, resulta evidente, aunque no por ello menos importante, destacar la importancia de contar de manera oportuna y actualizada con estadísticas y/o datos oficiales, pues resultan imprescindibles para poder analizar la implementación de una política pública, así como también para planificar los cambios y/o adecuaciones que sean necesarias.

Tomando el caso del Hospital Moyano, hay otras cifras que indican que no hubo mayores cambios en su funcionamiento. El hospital informa en el presupuesto oficial del año 2010 que cuenta con 16 salas de internación a largo plazo. En el año 2020, comunica que aún existen 14 salas de internación a largo plazo. Se verifica entonces que en los 10 años de vigencia de la ley 26.657 sólo se cerraron dos salas de internación a largo plazo, sosteniendo la lógica de funcionamiento de la institución.

Otro Indicador que daría cuenta de una transformación estructural de la atención en Salud Mental es la cantidad de camas en los hospitales generales. La ley estipula que es allí en donde se deben efectuar las internaciones por Salud Mental. Actualmente, hay solo 3 hospitales generales de adultos que cuentan con sala de internación por Salud Mental: El Hospital Alvarez (20 camas), el Hospital Piñero (32 camas) y más recientemente el Hospital Pirovano (8 camas). Entre los tres suman 60 camas. Este número representa solamente el 4,4% de las camas de internación por problemáticas de Salud Mental. Los Hospitales monovalentes continúan cuasi monopolizando las internaciones sumando 1298 camas (95,6%). En nuestra investigación, sin embargo, surge que ya desde hace mucho tiempo se viene proyectando la apertura de más salas de internación en Hospitales generales pero por algún motivo, no se concreta. El informe de Salud Mental confeccionado por el Ministerio Público Tutelar de la Caba (2014) refiere que "a lo largo de los últimos 20 años la Ciudad de Buenos Aires tomó compromisos para avanzar en la apertura de camas de internación por salud mental en los Hospitales Pirovano, Durand, Tornú, Rivadavia y Argerich. Si bien con este objetivo se destinaron recursos presupuestarios, se realizaron obras y se efectuaron nombramientos, las Unidades de Internación por Salud Mental nunca fueron inauguradas"(p.5). Cabe aclarar que la sala de internación por Salud Mental del Hospital Pirovano se inauguró en el año 2015, un año posterior a la publicación del informe mencionado. Un dato sobre dicha sala es que en el año 2020 fue reconvertida en sala Covid por varios meses aunque al momento se encuentra nuevamente en funcionamiento.

Los denominados dispositivos alternativos o sustitutivos también merecen la atención en nuestro análisis. La sustitución progresiva del manicomio se sustenta, para la Ley Nacional 26.657, en la creación de dispositivos alternativos. Dichos dispositivos, que ya habían sido propuestos en la Ley local 448, son los que procuran la rehabilitación y la vida en comunidad de a las personas que sufren padecimiento mental utilizando niveles de apoyo progresivos; constituyéndose, en definitiva, en una de las patas más importantes para la restitución de los derechos a este grupo poblacional. En la actualidad hay en la CABA, 7 dispositivos alternativos públicos tales como viviendas asistidas y casas de medio camino. Dichos dispositivos cuentan en total con 72 vacantes individuales y 4 vacantes para grupos familiares, la mayoría de las cuales no están disponibles, según nos fue informado por el Dr. Eduardo Quiroga (Comunicación personal, 18 de mayo de 2021), abogado de ACIJ. El último de estos dispositivos, la Residencia Asistida de Rehabilitación Psicosocial Materno-Infantil "Pedro Goyena", se creó en diciembre de 2015.

En el año 2018 el Hospital Moyano intentó construir una casa de medio camino en su predio, pero finalmente la justicia falló en contra de la apertura del mismo debido a "no realizarse conforme a las exigencias de las leyes de Salud Mental que rigen en la Ciudad de Buenos Aires" (Pura Ciudad, 14 de Junio de 2018). Posteriormente, en el año 2019, el Gobierno de la Ciudad se propuso crear un nuevo dispositivo en la calle Alvarez Thomas, para el cual abrió una licitación pública (Nº 360-SIGAF/19) pero finalmente el proyecto nunca se concretó.

Que no se construyan nuevos dispositivos alternativos hace casi imposible la sustitución de los manicomios. En este sentido, este freno en la readecuación del sistema de Salud estaría soste-

niendo el *status quo* ya que si la persona en condiciones de alta no tiene un dispositivo adecuado al cual ser derivada, queda indefinidamente internada en el manicomio, lo cual está prohibido por el artículo 15 de la Ley Nacional de Salud Mental (en adelante LNSM) que estipula que "en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda". Es decir, la falta de dispositivos adecuados hace imposible la absorción de la demanda de externaciones generadas por los hospitales y lamentablemente, los monovalentes se convierten en una opción de "externación" del Hospital General (Fotia, G. et.al, 2017).

En lo que a dispositivos alternativos o sustitutivos respecta, uno de los más emblemáticos es el de atención domiciliaria ADOP/ADOPI creado en el año 2003 por resolución 2200/MSGC/06. Dicho dispositivo fue diseñado para personas con padecimiento mental en situación de crisis o con alguna discapacidad que impida o dificulte la atención ambulatoria. El principal objetivo de ADOP/ADOPI es el de evitar internaciones innecesarias tratando de resolver las crisis inmediatamente y en domicilio, lo cual está en consonancia con la propuesta de las leyes de Salud Mental. Sin embargo, en algunos medios, los trabajadores denuncian el "desguace" del programa. Esto es corroborado por una de nuestras entrevistadas, trabajadora del ADOP, que prefirió mantener el anonimato. La misma relata que desde hace más de 7 años el programa se está desfinanciando y uno de los métodos para dicho fin es precarizar la situación laboral de los trabajadores (Comunicación personal, 22 de abril de 2021). Al día de la fecha, la mayoría de los profesionales de la Salud del dispositivo estarían cobrando un salario de 10.500 pesos mensuales ya que las últimas paritarias fueron en el año 2013, estableciéndose un valor de 112 pesos la hora. Asimismo, la misma fuente (Comunicación personal, 22 de abril de 2021) nos revela que no cuentan con licencia por enfermedad, maternidad ni licencias ordinarias. Todo ello contribuye fuertemente a la expulsión de profesionales del Programa y, en consecuencia, al mentado vaciamiento.

Por otro lado, el artículo 27 de la LNSM, en su reglamentación, estableció para el año 2020 la sustitución definitiva de los manicomios tanto públicos como privados. Barraco (Nov. 2014) afirma "Resulta indudable que detrás de la existencia de las clínicas privadas, subyace una actividad empresarial y mercantilista de la salud mental, que refleja una alta tasa de rentabilidad y ganancia, con el agravante de que prácticamente carecen del control estatal respecto de la atención que brindan. Conocemos los manicomios públicos, pero también existen los manicomios privados". Es notorio que en el año 2019, cuando se realizó el censo bianual obligatorio de las personas internadas que estipula la misma ley, aún existían 11 instituciones privadas dedicadas a la internación por Salud Mental de forma exclusiva. En la actualidad, todas esas instituciones permanecen abiertas menos una: el "Instituto Buenos Aires de Salud Mental". Dicho neuropsiquiátrico fue allanado y clausurado en abril de 2020, luego de que una médica del "Policlínico del Docente" realizara una denuncia por el "estado de absoluto abandono, sin higiene, desnutrida, deshidratada, con escaras y miasis en los pies" (Clarín, 1 de mayo de 2020) en el que llegó, al Policlínico Docente, una paciente de 90 años que estaba internada por Salud Mental en el Instituto Buenos Aires. Sin embargo, no era la primera vez que dicho manicomio era allanado; la misma situación ya había sucedido: "Las fuentes judiciales indicaron que al dar inicio a la investigación, se pudo comprobar que dicha institución se encontraba clausurada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires desde el mes de octubre de 2019, pese a lo cual continuó recibiendo pacientes" (Infobae, 30 de abril de 2020). Esta situación nos lleva a preguntarnos qué tipo de control se ejerce sobre las instituciones privadas que pueden ejercer semejantes violaciones a los derechos humanos. Sin embargo, esto no solo ocurre en el ámbito privado; en el año 2020, Jorge Marcheggiano, paciente del Hospital Borda, murió atacado por una jauría de perros (Página12, 25 de mayo de 2020) . La existencia de las jaurías dentro del Hospital había sido previamente denunciada por el CELS, pero la situación no fue considerada relevante por la Jueza actuante, quien refirió que "dicha circunstancia no había sido acreditada" (Centro de Estudios Legales y Sociales -CELS- Contra GCBA sobre amparo- Salud, 2020)

Otro punto de las Leyes 448 y 26.657 con cumplimiento errático es la disposición presente en

ambas normas conforme a la cual cualquier profesional del equipo de salud mental puede acceder a cargos jerárquicos. A los efectos prácticos, lo que de hecho sucede con no poca frecuencia es que los llamados a concurso generalmente solicitan médico con especialidad en psiquiatría y no incluyen a las otras profesiones habilitadas. Un caso ejemplificador es el del Hospital Tornú, que desde hace aproximadamente una década no cuenta con jefe de servicio. En el último llamado a concurso, en el año 2017, se convocó solamente a psiquiatras lo que resultó en la impugnación del mismo por parte de un psicólogo del servicio (Buenos Aires Informa, 13 de abril de 2018).

Resulta relevante que la Dirección General de Salud Mental, órgano que vió incrementada su participación en el presupuesto en los últimos años, y autoridad de aplicación de la Ley 448, no tenga vigente un Plan de Salud Mental. Sin embargo, dicha problemática no es novedosa ya que el último Plan de Salud Mental conocido que tuvo la CABA data del año 2006 (AGT, 2014), cuando la Dirección estaba a cargo del Dr. Ricardo Soriano. Para la Asesoría General Tutelar (2014) "la Red de Salud Mental presenta un alto grado de desarticulación, resultado de la falta de planificación y direccionamiento de la política pública de Salud Mental" (p.14). Llamativamente, en el año 2019 se firmó un "Plan de refuncionalización de la Salud Mental" en un Acta acuerdo entre el Ministerio de Salud del GCABA y la Asociación de Médicos Municipales en el cual no figura la Dirección General de Salud Mental -el Organismo a cargo de formular planes de Salud Mental-. Varias organizaciones de la sociedad civil se manifestaron en contra de dicho acuerdo arguyendo que es contrario a las leyes de salud mental.

No obstante lo anterior, de los documentos asociados a los presupuestos de CABA, en particular, del Ministerio de Salud, surge que, entre los objetivos de la Dirección General de Salud Mental se cuenta el dar cumplimiento a los propósitos de un "Plan de salud mental 2016/2019", y en documentos anteriores, de 2014 y 2015, también se hacía mención a un Plan de Salud mental. Dicho plan o planes, de existir o haber existido, no se encuentran publicados, no se conoce su contenido, ni se dio intervención a la sociedad civil en su formulación. Al respecto, el abogado de ACIJ, Dr. Eduardo Quiroga (Comunicación personal, 18 de mayo de 2021) nos manifestó haber tomado conocimiento de un Plan que se encontraría en proceso de formulación pero, nuevamente, a la fecha, se ha omitido incorporar al debate a las organizaciones especializadas de la sociedad civil, y tampoco se ha hecho público su contenido.

En otro orden, hay dos aspectos, excepcionales, a destacar en cuanto a la adecuación a la ley en CABA. Según informa la Lic. Macarena Sabin Paz (Comunicación personal, 20 de mayo de 2021), coordinadora del área de Salud Mental del CELS; tanto el Órgano de Revisión como la Unidad de Letrados creada en virtud del artículo 22 de la LNSM, funcionan adecuadamente. Según el Informe Anual del Ministerio Público de Defensa (2020), cada persona internada involuntariamente cuenta con un abogado con quien se entrevistará personalmente entre los 3 y 5 días hábiles desde que se dispone su internación. El mismo documento informa que "desde la creación de la Unidad en agosto de 2011 (más de 9 años de actuación), se proveyó defensa en aproximadamente 22.730 internaciones"(p.128) de las cuales el 39,5% se producen en hospitales públicos monovalentes. Por su parte, el Órgano de Revisión, según el "Informe Anual 2018" (2019), supervisa las condiciones de internación por motivos de Salud Mental e interviene en casos de internaciones prolongadas por motivos sociales entre otras acciones tendientes a la mejora de la situación de las personas con padecimiento mental. A modo de ejemplo, el Órgano de Revisión venía realizando presentaciones judiciales desde el año 2016 por las malas condiciones en las cuales se encontraban las personas en el antes mencionado "Instituto de Salud Mental Buenos Aires". Cabe mencionar que el referido Órgano de Revisión y la Unidad de Letrados no se encuentran constituidos en el ámbito de la CABA, sino que se trata de organismos que rigen a nivel nacional y tienen jurisdicción en dicho distrito.

Reflexiones Finales

Queremos finalmente, en una primera instancia, interrogarnos no sobre el contenido de la norma, sino sobre el proceso de su gestación y parcial implementación. Sabemos que de la re-

dacción del proyecto fueron excluidos -o autoexcluidos- actores clave, esenciales en la implementación, que a la postre han ejercido eficazmente su poder fáctico de veto.

Al respecto, Stein y Tommasi (2006, p. 394) plantean que "la eficacia de las políticas depende de la manera cómo se discutan, aprueben y apliquen". Claramente, en este caso, nos encontramos con un apoyo unánime inicial por parte de las instituciones democráticas, tanto de un circunstancial Poder Legislativo que aprobó el proyecto de ley sin modificaciones, como de un circunstancial Poder Ejecutivo que la promulgó y reglamentó. Pero evidentemente, y hasta cierto punto, los intereses y concepciones enraizados en diferentes ámbitos tuvieron, a los hechos prácticos, más peso que la fuerza de ley, negándose a modificar usos, costumbres, estructuras y jerarquías que ponían en riesgo privilegios tanto simbólicos como económicos.

¿Será que ha llegado el momento de consensuar una nueva política en Salud Mental con todos los actores involucrados, aún cuando ésta resulte regresiva respecto de los derechos de las personas con padecimiento mental?

Nosotros entendemos que no, que la ley debe cumplirse, máxime teniendo en consideración el principio de no regresividad en materia de derechos sociales reconocido en pactos internacionales con jerarquía constitucional, lo que nos lleva a un segundo punto. El problema quizás sea que, en su momento, se subestimó el real balance de fuerzas en la sociedad y la necesidad de los actores comprometidos con la iniciativa de ensanchar su base de apoyo, de sostener y amplificar su influencia, alcanzando en algún punto la masa crítica que permita su implantación y sostenimiento.

Entonces, ¿cómo librar esta guerra de posiciones? ¿Qué es dable esperar del Estado, de sus tres Poderes, de los servidores públicos?

Una de las estrategias, vinculadas en este caso al Poder Judicial, utilizadas por ACIJ y CELS, es el litigio estratégico o litigio de alto impacto. Según Correa (2008, como se citó en Corál-Díaz et. al. 2010, p.53), éste consiste en "la estrategia de seleccionar, analizar y poner en marcha el litigio de ciertos casos que permitan lograr un efecto significativo en las políticas públicas, la legislación y la sociedad civil de un Estado o región".

La intervención del Poder judicial es una manera de poner bajo el foco de la opinión pública una cuestión y desestabilizar un *status quo* disvalioso, romper con la inercia de la administración pública (Carducci, 2016, p.64). El problema de esta estrategia sobreviene cuando las sentencias o medidas dictadas no se cumplen[2] o se cumplen sólo en su más estricta literalidad sin resolver el fondo de la cuestión, deslegitimando tanto a la Administración involucrada como al Tribunal actuante (Carducci, 2016, p.68). Por otra parte, entendemos que otro inconveniente de la acción judicial puede ser la tardanza en arribar a una sentencia definitiva.

En otro orden, tenemos a los funcionarios electos o dependientes de los poderes Ejecutivos que, por propia convicción, interés particularista, o especulación política pueden propiciar un cambio de políticas en torno a la cuestión o, por el contrario, mantener el *status quo* aún a costa de las eventuales demandas de quienes exigen su modificación. En el caso bajo análisis, pareciera que el costo político de incumplir la LNSM o la ley 448 en CABA es inferior a sus beneficios. La cuestión se mantiene en agenda por las acciones de actores a ambos lados del clivaje, pero en modo alguno llega a incidir de manera decisoria en la imagen que de los funcionarios tiene la opinión pública representada en los medios de comunicación y las encuestas.

En igual sentido podemos caracterizar a los legisladores, quienes se ven sujetos a similares incentivos en su accionar y, por lo tanto, buscarán centrarse en temas que les generen un rédito político. Ellos, sin embargo, y especialmente si se encuentran dentro del arco opositor, pueden obtener mayores beneficios al denunciar las falencias e incumplimientos de la política oficial. Así,

2 *Un caso de relevancia fue la causa "SAF c/Estado Nacional y otros s/amparo" en la que el estado Nacional y la CABA fueron condenados, en el año 2015, a crear efectores de rehabilitación comunitaria para todas las personas que se encuentren internadas en condición de alta, sentencia que permanece incumplida al día de la fecha.*

en el ámbito de la Legislatura de la CABA, se creó, en 2006, por impulso de diversas organizaciones vinculadas a la temática, la Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación para el cumplimiento de la Ley Nº 448 de Salud Mental, con la misión de monitorear y evaluar el desarrollo y puesta en práctica de las políticas públicas en Salud Mental, en el contexto de la aplicación de la mencionada norma local. La misma, en la actualidad, si bien se encuentra vigente, no está en funcionamiento. Ya en el Informe de Septiembre de 2011, la mentada Comisión denunció que los legisladores del oficialismo (Propuesta Republicana-PRO-) no participaban de las reuniones citadas, "siendo su funcionamiento sostenido por los cuatro legisladores de los bloques opositores que completan su conformación", quienes documentaron las falencias, problemas e incomplimientos detectados. Hacia fines de 2015, la Comisión dejó de reunirse. En 2020 se presentó un proyecto de resolución (el último de varios) por el que se buscó reflotar el funcionamiento del mencionado órgano.

Parecería ser que las posibles causas del incumplimiento de la LNSM y la Ley local 448 en CABA se deban más que nada a la falta de voluntad política producto del bajo costo político de la inacción y de los intereses sectoriales predominantes. Solucionar la mencionada cuestión, en un sentido que implique el cumplimiento efectivo de la LNSM, no está en la agenda de gobierno y meterse en el tema tampoco aportaría rédito político.

En este orden, creemos necesaria la educación del público en general, de los profesionales y los funcionarios gubernamentales acerca de la problemática de "la locura". Aún siguen conviviendo concepciones antiquísimas, tabúes y prejuicios desde los cuales se sigue operando, no solo en los monovalentes, sino en los servicios de Salud Mental, en la formulación de proyectos y programas, etc.

En esta misma línea, y tal como lo plantea la LNSM, las universidades también deberían hacer su parte modificando los programas de estudio para que el conocimiento de la legislación vigente sea transversal e insoslayable, incluyendo los derechos del paciente, de las personas con discapacidad, etc.

Por último, el actor central en la formación de la opinión pública lo constituyen los medios masivos de comunicación. No cabe duda que una adecuada y responsable visibilización y problematización pública de la cuestión, a través de los medios de comunicación, sería positiva a los fines de impulsar la plena aplicación de la ley 26.657. Si bien en la actualidad se cuenta con un instrumento diseñado en el 2013 por el Ministerio de Salud para el tratamiento responsable de temas de Salud Mental, el mismo es desoído sistemáticamente con pocas excepciones. El modo en el que se presentan los problemas de Salud Mental en los medios suele promover el escándalo, llamando la atención por un breve período, convocando muchas veces a posiciones extremas, distorsionadoras o simplificadoras del problema, para desaparecer paulatinamente de la atención pública sin haberse dado una respuesta concreta al asunto pero, sin duda, contribuyendo a la espectacularización y la estigmatización.

Conclusión

La Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en el año 2010, significó un cambio de paradigma en clave de un enfoque de derechos que sin duda viene a beneficiar a los usuarios de los servicios de salud mental. La CABA, al momento de la sanción de la LNSM, contaba con una norma propia, sancionada 10 años antes, que tiene una orientación similar, pero fue la LNSM la que aportó, entre otras, la novedad de la sustitución definitiva del manicomio.

En torno a ambas leyes, y en especial para la LNSM, se estructuraron dos grupos de actores, unos a favor y otros en contra, que desarrollaron sus estrategias en las instancias de elaboración, sanción e implementación. Observamos que el apoyo institucional inicial que supo tener la política en cuestión fue desapareciendo en favor de los distintos grupos que se oponen total o parcialmente a la implementación.

En los hechos, en la CABA, los dispositivos necesarios para avanzar en la implementación de la Ley Nacional y las políticas tendientes a cumplir con el plazo establecido en el Decreto Reglamentario de la misma, no se llevaron a cabo. Desde 2006 la Ciudad carece de un Plan de Salud Mental y, por ende, de lineamientos coherentes e integrales en pos del cumplimiento de la normativa.

Desde 2015 la Ciudad no establece nuevos dispositivos comunitarios como los exigidos por la norma, y los existentes son insuficientes para absorber la demanda de los usuarios. Políticas fundamentales como los dispositivos ADOP/ADOPI se encuentran fuertemente relegadas y desfinanciadas. El presupuesto de la Ciudad en salud mental tampoco refleja la voluntad política de avanzar con el cambio de paradigma en la atención en Salud Mental. Los hospitales monovalentes de salud mental absorben en todo el período estudiado, en promedio, más del 80% del presupuesto en salud mental, y en la mayoría de los efectores de tipo comunitario, que operan dentro de los lineamientos de la norma, se observa un estancamiento o caída en su participación sobre el presupuesto total.

En definitiva, el impacto de la LNSM y la Ley 448 en las políticas de Salud Mental de la CABA podría leerse como una reacción por parte de intereses enraizados en diversas estructuras que contribuyeron a su escasa implementación, con excepción de la actuación del Órgano de Revisión y la Unidad de Letrados.

Existe entonces mucho por hacer, pero que se haga o no, dependerá de las coaliciones de actores que logren articularse, presionar y resistir contribuyendo a generar la voluntad política por parte de quienes tienen a cargo la implementación, así como de la visibilización de la cuestión ante la opinión pública.

Bibliografía

Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (2015) "Análisis del proyecto CABA. Presupuesto 2016: Salud Mental", del 02-12-2015. Recuperado el 20 de mayo de 2021 en https://acij.org.ar/presupuesto-para-el-area-de-salud-mental-analisis-del-proyecto-2016/

Centro de Estudios Legales y Sociales -CELS- Contra GCBA sobre amparo-Salud. Expediente 3187/2020-0. Actuación Nro: 14646418/2020. (Juzgado de 1ra Instancia en los Contencioso Administrativo y Tributario Nº 12. Secretaría Nº 23, 2020)

Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación para el cumplimiento de la Ley Nº 448 de Salud Mental (2011) Informe Septiembre 2011. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Coral-Díaz, Ana Milena, Londoño-Toro, Beatriz y Muñoz-Ávila, Lina Marcela (2010) " El concepto de litigio estratégico en América Latina: 1990-2010" Vniversitas. Bogotá (Colombia) N° 121: 49-76, julio-diciembre de 2010. Recuperado el 10 de Mayo de 2021 en http://www.scielo.org.co/pdf/vniv/n121/n121a03.pdf

Carducci Pablo (2016) "¿Puede influirse en política pública a través de procesos judiciales? El rol del juez en el litigio de reforma estructural." Asociación de Docentes. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Recuperado el 30 de Abril de 2021 en 1http://www.derecho.uba.ar/docentes/pdf/el-control-de-la-actividad-estatal-ii/cae2-carducci.pdfAA

Fotia, G., Cuello, M., De Lellis, C., Falk, F., Ibarra, S., Mancuso, P., & Pomares, L. (2017). Análisis del proceso de implementación de la ley nacional de salud mental n° 26657 en el Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía. Transformaciones en las representaciones y prácticas de los trabajadores en el período 2012-2017. In IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Información General (13/4/2018) Suspenden el llamado a concurso en el Tornú por la exclusión de psicólogos. BuenosAiresInforma.com. Recuperado el 2 de mayo de 2021 de http://www.buenosairesinforma.com/Notas/Suspenden-llamado-a-concurso-en-el-Hospital-Tornu-por-la-exclusion-de-psicologos

Judiciales (14/6/2018) Suspenden la construcción de una casa de medio camino en el Hospitla Moyano. Pura Ciudad. Recuperado el 30 de abril de 2021 de https://www.puraciudad.com.ar/suspenden-la-construccion-de-una-casa-de-medio-camino-en-el-hospital-moyano/

Juzgado de 1ra Instancia en los Contencioso Administrativo y Tributario Nº 12. Secretaría Nº 23. "Centro de Estudios Legales y Sociales -CELS- Contra GCBA sobre amparo- Salud-Otros". Número de Expediente 3187/2020-0. Actuación Nro: 14646418/2020

LEY Nº 448 (7/9/2000) Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ley Nº 26.657. (2010). Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina.

Decreto Reglamentario Nº 603/2013. Nación.

Ministerio de Salud de la CABA (2012). Presupuesto Jurisdiccional-Ministerio de Salud. Buenos Aires: Argentina.

Ministerio de Salud de la CABA (2013).Presupuesto Jurisdiccional-Ministerio de Salud. Buenos Aires: Argentina.

Ministerio de Salud de la CABA (2014).Presupuesto Jurisdiccional-Ministerio de Salud . Buenos Aires: Argentina.

Ministerio de Salud de la CABA (2015).Presupuesto Jurisdiccional-Ministerio de Salud . Buenos Aires: Argentina.

Ministerio de Salud de la CABA (2016).Presupuesto Jurisdiccional-Ministerio de Salud . Buenos Aires: Argentina.

Ministerio de Salud de la CABA (2017).Presupuesto Jurisdiccional-Ministerio de Salud . Buenos Aires: Argentina.

Ministerio de Salud de la CABA (2018).Presupuesto Jurisdiccional-Ministerio de Salud . Buenos Aires: Argentina.

Ministerio de Salud de la CABA (2019).Presupuesto Jurisdiccional-Ministerio de Salud . Buenos Aires: Argentina.

Ministerio de Salud de la CABA (2020).Presupuesto Jurisdiccional-Ministerio de Salud . Buenos Aires: Argentina.

Ministerio Público de la Defensa. Defensoría General de la Nación (2020) Informe Anual 2020.

Ministerio Público Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014) Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires : Argentina.

Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental Ley 26657 (2019) Informe Anual 2018.

Sánchez, C. (24 de enero de 2020). Citas APA. Normas APA (7ma edición). Recuperado el 3 de abril de https://normas-apa.org/citas/
Presupuesto 2010-CABA- Distribución de Créditos. En https://www.buenosaires.gob.ar/ hacienda/presupuesto/presupuestos-anteriores/2010
Presupuesto 2011- CABA- Distribución de Créditos. En https://www.buenosaires.gob.ar/ hacienda/presupuesto/presupuestos-anteriores/2011
Sociedad (1/5/2020) Clausuraron un instituto de salud mental de Caballito por abandonar y dejar morir a una mujer de 90 años. Clarín. Recuperado el 5 de mayo de 2021 de https://www.clarin.com/sociedad/clausuraron-instituto-salud-mental-caballito-abandonar-dejar-morir-mujer-90-anos_0_ZU6yBZtED.html
Sociedad (30/4/2020) Allanaron y clausuraron un Instituto de Salud Mental en Caballito por abandono de persona. Infobae. Recuperado el 6 de mayo de 2021 de https://www.infobae.com/sociedad/policiales/2020/05/01/allanaron-y-clausuraron-un-instituto-de-salud-mental-caballito-por-abandono-de-persona/
Sociedad (25/5/2020) Un paciente del Borda murió atacado por una jauría. Página12. Recuperado el 26 de abril de 2021 de https://www.pagina12.com.ar/267909-un-paciente-del-borda-murio-atacado-por-una-jauria
Stein Ernesto y Tommasi Mariano (2006) " La política de las políticas públicas" en Política y gobierno Vol XIII. Núm 2. II Semestre de 2006. pp. 393-416.

CONSULTORIO IVE/ILE- APORTES DESDE SALUD MENTAL

Camila Belen Verdaro [A], Ludmila Vazquez [B]

Introducción

A partir de la sanción de la Ley 27.610, en el mes de enero de 2021 se conforma en el hospital general un equipo interdisciplinario que persigue el objetivo de garantizar el acceso a la práctica de interrupción voluntaria y legal del embarazo. Dicho equipo se encuentra integrado por profesionales médicas gineco obstetras, psicólogas y trabajadoras sociales quienes nos encontramos trabajando de manera conjunta por primera vez. Si bien la conformación del espacio va en consonancia con el cumplimiento de la ley, surgió del interés de las profesionales llevar adelante dicho dispositivo. El mismo es pensado desde una perspectiva de género, con orientación en la promoción de salud sexual y la prevención de embarazos no intencionales, desde una concepción de salud que abarque los aspectos psicosociales en el abordaje y la atención de las usuarias.

El objetivo de este dispositivo es el de brindar una atención segura e integral, mediante un abordaje interdisciplinario y ofrecer atención para un aborto sin riesgo y proteger la salud de las mujeres garantizando prácticas recomendadas basadas en la evidencia.

A lo largo de este recorrido nos enfrentamos con el desafío de acordar lógicas de intervención comunes, de aunar criterios clínicos, sosteniendo a su vez los aportes que cada disciplina introduce desde su especificidad.

Por otra parte, identificamos la aparición de ciertos obstáculos que insisten y que nos motivan a repensar nuestra práctica y el modo en que intervenimos.

Este trabajo constituye un intento de conceptualizar y transmitir nuestra función como profesionales de la salud mental dentro del consultorio, así como de formalizar aquellos nudos problemáticos como cimiento para la construcción de posibles respuestas.

¿Quiénes se atienden en el consultorio y cómo llegan?

El contacto con el sistema de salud de una persona en condiciones de acceder a la IVE/ILE puede darse a partir de distintas situaciones. En algunos casos, las mujeres llegan directamente a la guardia del hospital manifestando el deseo de llevar adelante una interrupción. En otras ocasiones, es en el primer nivel de atención, generalmente los centros de salud del área programática,

[A] *Residente de psicología. Hospital Ramos Mejía. CABA. Argentina. camilaverdaro@gmail.com*
[B] *Residente de psicología. Hospital Ramos Mejía. CABA. Argentina. vazquezludmilay@gmail.com*

donde orientan a las pacientes que consultan explicando las opciones disponibles y los derechos al acceso. Asimismo, puede aparecer la demanda en la consulta con otros servicios (generalmente en servicio social o salud mental), donde se realiza la derivación pertinente. En el último tiempo, hemos visto también mujeres que llegan referenciadas por otras mujeres que han atravesado la misma situación.

Consideramos que es esencial el modo en que se posiciona el/ la profesional que recibe la primera consulta, que puede escuchar la demanda e interrogar las posibles dudas, miedos e inquietudes que puedan surgir; ya que muchas veces este primer encuentro define que la usuaria llegue efectivamente al consultorio y eventualmente, que regrese a los controles pertinentes.

Algunos datos

En el consultorio, desde su creación el 1 de enero de 2021 hasta el 7 de octubre de 2021 se han atendido 88 casos, con un promedio de edad de las personas gestantes de 27 años, siendo la edad mínima atendida de 16 y la máxima de 40, con una edad gestacional promedio de 11.07 semanas, con una mínima de 5.4 y una máxima de 20.4.

Como observación significativa, notamos que nos encontramos cada vez más, con embarazos de pocas semanas. Esto nos permite hipotetizar que las mujeres acceden de manera más rápida a la práctica. Esto puede relacionarse, por un lado, con que exista mayor información en la población y por el otro, menor demora por parte del sistema de salud en brindar la respuesta adecuada. Resultaría interesante ahondar en la relación existente entre la promulgación de la ley y el acceso temprano a prácticas seguras en salud.

De qué se trata la consejería

La entrevista es dirigida desde una perspectiva de salud integral, considerando los diversos componentes de esta, como pueden ser la red de apoyo, la existencia de apoyo emocional, la detección de situaciones de violencia o de vulnerabilidad social.

Se ofrece una consejería a la persona que consulta, para que pueda decidir, informada y autónomamente, si desea continuar o no con el embarazo. Asimismo, si así lo decide, se debe disponer la realización de la IVE/ILE lo antes posible.

La consejería es un proceso que tiene como objetivo que la persona usuaria pueda tomar decisiones autónomas, contando con el asesoramiento sobre todas las alternativas posibles en relación al embarazo, y en los casos en que los hubiera, los riesgos para la salud relacionados con dichas opciones. Es fundamental que la persona que toma la decisión cuente con la información adecuada para evaluar las diferentes posibilidades. Esta información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.

Además de la consejería vinculada a la interrupción del embarazo, uno de los objetivos centrales del consultorio trata de "ofrecer *consejería* en anticoncepción y cuidados posteriores luego del procedimiento" garantizando "acompañamiento en el cuidado de la salud e información adecuada y accesible a las necesidades de cada persona, científica, actualizada sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, así como la provisión de los mismos".

Nudos críticos

El momento de la consejería se constituye como el espacio privilegiado a partir del cual hemos ido identificando aquello que llamaremos *nudos críticos*.

Estos nudos críticos hacen referencia a ciertas situaciones que se presentan en las consultantes y que resonan al interior del equipo por su perseverancia constituyendo obstáculos para el alcance de nuestros objetivos. Algunas se presentan de manera más frecuentes que otras, pero consideramos que todas merecen ser visibilizadas para poder pensar y construir formas de abordaje posibles.

Unos de los nudos críticos más frecuentes que encontramos hace referencia a las fallas en la utilización de los métodos anticonceptivos y la existencia de múltiples abortos consecutivos.

M. de 30 años concurre al consultorio, angustiada, solicitando interrumpir el embarazo en curso. Al conversar con ella, refiere que este sería su cuarto aborto, siendo el último hace 2 meses. Se

muestra poco permeable para conversar sobre estas experiencias previas. Al introducir la importancia y la necesidad de que pueda irse con un método anticonceptivo seguro, la paciente manifiesta no querer ningún método. Se intenta trabajar sobre las ideas y representaciones ligadas a estos con poca receptividad por parte de la paciente, negándose a los mismos.

Resulta importante visibilizar la tensión que existe entre una posición activa por parte de los profesionales de salud respecto de la importancia de la utilización de métodos anticonceptivos y el respeto por la autonomía de las pacientes en las decisiones sobre su cuerpo y el ejercicio de su sexualidad.

Desde nuestra perspectiva, consideramos que con brindar información acerca de los métodos disponibles no alcanza, sino que se debe trabajar sobre las representaciones que tiene esa mujer en relación a los métodos, las condiciones reales de su uso, la forma en que el vínculo de pareja influye, obstaculiza o facilita la utilización de determinados métodos, la concepción de la sexualidad, centrándonos en la autonomía en las decisiones y considerando al consentimiento como un proceso complejo condicionado por diferentes variables que deben ser abordadas para que el mismo pueda considerarse válido. Creemos que de no ser abordados estos elementos y reduciendo la consejería a la transmisión unilateral de información, continuarán llegando al consultorio mujeres en situación de embarazos no intencionales.

En nuestra experiencia, aquellas mujeres que llegan al espacio conocen los métodos anticonceptivos y su disponibilidad y sin embargo se producen fallas en su utilización. Es necesario continuar explorando esta aparente contradicción para mejorar la atención brindada.

Otro de los nudos críticos con los que nos hemos encontrado hace referencia a solicitud de interrupción del embarazo con edades gestacionales tan avanzadas, que resulta inviable llevar adelante la práctica. Si bien solamente nos hemos encontrado con dos casos en este trayecto, el impacto que han generado al interior del equipo nos llevan a reflexionar sobre los mismos.

S de 18 años concurre al consultorio solicitando interrumpir el embarazo en curso.

Refiere desconocer la edad gestacional. S. vino de Bolivia hace 3 años, no sabe leer ni escribir, nunca estuvo en contacto con el sistema de salud. Es su hermana de 30 años la que averiguó y fue referenciada a nuestra institución. La ecografía arroja una edad gestacional de 33 semanas. Al informarle a S. la misma refiere no haber pensado que estaba tan avanzado, y reitera su deseo de interrumpir el embarazo, manifestando que no se siente en condiciones de ejercer la maternidad.

L. de 23 años concurre a la guardia general por dolor lumbar. Es derivada a la guardia de obstetricia donde le realizan una ecografía que arroja un embarazo de 28 semanas. L. se había enterado de un embarazo no intencional a las 8 semanas, concurriendo al consultorio de IVE del centro de salud cercano a su domicilio, donde le brindan la consejería adecuada y los comprimidos de misoprostol. Realiza el tratamiento farmacológico tal como fue indicado. Supuso que el tratamiento fue exitoso por lo que no regresó ni se realizó los controles posteriores. Desconocía que continuaba embarazada a pesar de los claros cambios físicos que presentaba y que parecían estar a la vista de todos menos de ella. Angustiada, solicita la interrupción.

La petición de la paciente es rechazada por los diversos organismos consultados y la paciente debe llevar a término el embarazo.

Más allá de la consejería brindada y del acompañamiento psicoterapéutico y social durante todo el proceso hasta el momento del parto, resulta importante subrayar cómo en este caso se anuda la edad gestacional avanzada con otro de nuestros grandes nudos críticos: la falta de control post interrupción.

Es llamativo el gran número de mujeres que consulta y no regresa a realizar los controles pertinentes, a pesar del marcado hincapié que realizamos las profesionales sobre la importancia del control y seguimiento post aborto y de la elección de un método anticonceptivo seguro y adecuado para cada persona.

Consideramos necesario llevar adelante intervenciones que favorezcan la continuidad de la atención de las usuarias y la inclusión de las mismas en el sistema de salud.

Conclusión

La promulgación de la Ley 27.610 de IVE vino a consolidar una lucha que se venía gestando desde los movimientos feministas y que permitió mejorar la atención en salud y el acceso a la práctica, así como prevenir abortos inseguros. Sin embargo, creemos que continúa vigente el desafío de mejorar la atención en salud para la prevención de embarazos no intencionales y para que las mujeres puedan gozar de la autonomía en las decisiones sobre el propio cuerpo y en el ejercicio de la sexualidad.

Consideramos al consultorio como un espacio privilegiado para la detección de necesidades psicosociales, de situaciones de violencia de género y de promoción de vínculos de cuidado. Asimismo, resaltamos la importancia de sostener un paradigma de atención en salud con base en la comunidad, de reforzar las redes intersectoriales y el diálogo con los distintos niveles de atención para continuar con el proceso de transformación de las prácticas.

Referencias

Ley N° 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Diciembre 2020.

Ministerio de salud de la Nación (2021). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo.

OMS (2012). Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://bit.ly/3tTArUG

SALIR AL BARRIO: LA PANDEMIA COMO POSIBILIDAD

Agustina Aguirre [A], Mariela Dri [B]

Principios de abril de 2020. Contexto de pandemia y aislamiento social obligatorio, de repente estábamos frente a una ruptura biográfica que nos atravesaba colectivamente. Nuestro quehacer profesional y nuestra vida cotidiana se afectaban.

En el CAPS se cerraron las puertas. Solo se atenderían urgencias y se realizarían algunos controles. Dispositivos que llevábamos adelante en el Primer nivel de atención como residentes PRIM se vieron suspendidos o modificados en su funcionamiento.

Paradójicamente - o quizás no tanto- esa puerta cerrada nos empujaba a "salir" al barrio. Esta pausa, este encuentro con lo urgente, nos trajo la certeza de que en este momento *estar* en el barrio era sumamente necesario. Estar en territorio se nos configuró como una posibilidad.

Las primeras semanas comenzamos haciendo un relevamiento de la situación en el territorio, buscando conocer qué problemáticas se encontraba la población y qué estrategias estaban pudiendo llevar adelante para abordarlas.

Ya a mediados de junio, habían pasado más de dos meses de nuestra primera "salida al barrio" y de nuestra presencia allí. En este tiempo muchas cosas cambiaron en el territorio y en nosotrxs como equipo de salud.

Fuimos habilitando junto a lxs vecinxs la posibilidad de construir estrategias conjuntas, de abordar problemáticas de manera comunitaria, colectivizando problemas, de proponernos como puente, como habilitadoras de redes, tanto de cuidado como redes inter-institucionales. Somos trabajadoras del Estado, es momento de que el Estado se haga presente ¿Cómo podremos vehiculizar una forma diferente de estar presentes allí?

[A] Psicologa. Caps La Esmeralda. City Bell. La Plata, Buenos Aires. Argentina. aguirreagustina1979@gmail.com
[B] Psicologa. Caps La Esmeralda. City Bell. La Plata, Buenos Aires. Argentina. marielagiseledri3@gmail.com

Punto de anclaje. Una decisión ética-política.

En nuestro trabajo fuimos afianzando la relación con Mari, una vecina que conocimos en este caminar el barrio, y sobre la que pudimos leer su función como referente para muchxs niñxs y jóvenes. Mari prepara merienda y almuerzo para estxs chicxs unos cuantos días a la semana, constituyéndose su hogar en un punto de encuentro para lxs mismxs. Decidimos encarar un trabajo sostenido con ella con el objetivo de comenzar a construir trabajo colectivo a partir de este punto de anclaje.

Sostener nuestra presencia cotidiana en el barrio, fue una decisión ético política que nace de la lectura de que construir confianza es la puerta de entrada del sistema de salud al barrio y viceversa, es decir que para poder empezar a tender puentes entre los grandes fragmentos del sistema de salud era necesario construir primero una base solida de confianza.

Para ello debíamos generar una presencia distinta, aprovechando oportunidades para desarmar representaciones e imaginarios respecto a nuestro lugar como profesionales, nuestro rol como psicólogas, nuestro lugar como residentes y trabajadoras del Estado y por lo tanto representantes del mismo. En el barrio la mayoría de las veces el estado se hace presente desde el asistencialismo o la violencia policial. Entendemos que la asistencia es necesaria como política de estado pero ¿Encontraremos otra forma de habitar este espacio que no sea puramente asistencial o de control? ¿Podremos proponer otra lógica que suponga un sujeto activo, que apueste a la construcción colectiva de problemas? Queremos ser representantes de un Estado presente, pero además un Estado que promueve derechos y que alienta a la construcción colectiva de salud.

Escenas de un que-hacer.: De una demanda a un acto.

Mari nos comenta muchas de las veces que estamos allí en su casa que sería bueno tener un espacio techado para que lxs chicxs merienden y almuercen. Situación que en la actualidad hacen a la intemperie o con mucha incomodidad en un espacio muy reducido de su casa. Ella nos dice, a modo de demanda, que si tuviera chapas y tirantes su hijo podría hacerle el techo. En algunas escenas estando allí mide el espacio e imagina como sería, mostrándonos dónde estaría mejor ubicado.

Frente a esto decidimos articular con servicio social del CAPS y con nuestras compañeras residentes de Trabajo Social, con el fin de habilitar una encuesta ambiental para que el municipio le proporcionara estos recursos. Rápidamente esta estrategia cae porque ese recurso el municipio lo otorga para vivienda única. La caída de esta estrategia abre un nuevo posible, escribirle una carta al intendente de puño y letra de Mari haciéndole este pedido.

Conversamos con Mari esta posibilidad y la invitamos a que pueda hacerlo si lo considera pertinente. Ella acepta, convocando a su hija para que la ayude. En unos días Mari tiene la carta, nos la manda por foto para que veamos lo que escribió antes de ensobrarla, a modo de un pedido de verificación de si estaba "bien". Nos corremos de este lugar de aprobación al que somos llamadas y solo respondemos celebrando el acto. A los días Mari trae la carta al CAPS para que podamos enviarla. Mari no se acercaba al CAPS hacía muchos años, debido a que no cree en la medicina tradicional y además tiene un recorrido por las instituciones de salud que le ha dejado marcas dolorosas, por ser mal atendida o desalojada en varias oportunidades. Ahora allí estaba, acercándose para llevar adelante un acto que trascendía el acto médico.

A los meses Mari recibe una comunicación de la Secretaria de Desarrollo Social del municipio donde le transmiten que su pedido estaba en tratativas, pronto a concretarse. Es ella la que mantiene estas comunicaciones con ese equipo por fuera de nosotras.

Entendemos que nuestra intervención allí fue abrir la posibilidad de transformar, en un segundo tiempo, la demanda en un acto. Creemos que este acto tuvo una doble inscripción en Mari, le posibilitó hacer una inscripción de su tarea cotidiana -que lleva de forma privada con los chicxs- en el Otro del Estado, para hacerla pública y colectivilizarla. Por otro lado con este "pedido" hizo un llamado a la rectificación de su función por parte del Estado, a que responda con el recurso público algo que ella hace desde sus recursos privados.

La carta de Mari funcionó como un llamado al Estado, un llamado a que se haga presente, un llamado para ser vista en su función de referente barrial, de habilitadora de espacios de contención, de trabajadora. En la respuesta de la Secretaria de Desarrollo se legitima con esa mirada su lugar, aparece lo que fue invisibilizado y de esta manera comienza una acción reparadora, restituyente de derechos.

Por último esta mirada reconoce allí, en Mari, un sujeto, permitiéndole inscribir una responsabilidad subjetiva de su acto.

Lecturas Clínicas de psicólogas en territorio: Interdisciplina

¿Cuál fue nuestra intervención como psicólogas? Como psicólogas elegimos posicionarnos desde una perspectiva de derechos humanos, con la herramienta de la ley de salud mental y con la Interdisciplina como posicionamiento político y ético. Esta posibilidad la encontramos en nuestra formación PRIM, que propone un abordaje de las problemáticas de manera compleja e interdisciplinaria.

En nuestro equipo de trabajo PRIM compartimos muchos espacios de formación conjunta, presentación de ateneos, análisis de situaciones, que nos permiten, como refiere Stolkiner (Stolkiner, 2007), sostener un posicionamiento indisciplinado con nuestras disciplinas y con los modelos hegemónicos de práctica profesional en que nos formaron.

Por ello la Interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. Es así que elegimos pensar la Interdisciplina como un posicionamiento, no como una teoría univoca. Por eso, aunque en determinadas intervenciones nos encontremos solo psicologuxs, nuestra mirada del problema será indisciplinada, buscaremos espacios donde pensar de manera conjunta, apostando al conflicto y la tensiones entre marcos teóricos como posibilidades de ampliar la mirada y lograr un abordaje lo más complejo posible.

Fragmentación- Redes : Rovere (Rovere, La Salud en la Argentina:Alianzas y conflictos en la construccion de un sistema de salud injusto, 2004) refiere que el sistema de salud en la Argentina está fragmentado, pero tan fragmentado como la sociedad que lo contiene.

Por otra parte, parafraseando a Stolkiner (Stolkiner, Salud mental: avances y contradicciones de su integracion a la salud comunitaria, 2015) sostenemos que una política integral de salud mental requiere romper el aislamiento de las acciones de salud mental. Es en este sentido que pensamos que nuestra práctica, reflejada en la viñeta que presentamos, apuntó a intervenciones que propiciaron la articulación de sectores y rompieron así el asilamiento actual de acciones, como una contracorriente que va a contrapelo de la fragmentación, fuerza instituyente de nuevas prácticas, a partir del armado de redes.

En el diálogo con Mari se logró intervenir también sobre la fragmentación social, fragmentación que tiende a individualizar los problemas y convertirlos en privados. Mari habló, nosotras escuchamos y en ese *entre* se tejió un puente que posibilitó colectivizar un problema, hacerlo público, visibilizarlo, darle entidad.

Rovere (Rovere, Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, 1997) considera a las redes como una forma de dar mejor respuesta a los problemas de la gente. Dirá en este sentido que las redes *son redes de personas*, porque son las personas que se conectan y vinculan aunque estas personas estén dentro de una institución.

A modo de cierre

Con este escrito hemos querido situar la importancia de acciones de promoción de salud mental comunitaria dentro de la estrategia de APS que contribuyan a un cambio progresivo hacia un sistema de salud integrado.

Entendemos que para que las redes se sostengas y las intervenciones y procesos en Salud sean instituyentes se requiere también, de políticas de empleo pleno y de un estado garante de los derechos sociales, económicos y culturales.

Para ello necesitamos sostenernos en una crítica constante y un trabajo de deconstrucción,

sobre nuestra practicas, nuestra mirada disciplinar, nuestro rol profesional y nuestra inscripción como agentes de salud y trabajadorxs del Estado.

Bibliografia:
Rovere, M. (2004). La Salud en la Argentina:Alianzas y conflictos en la construccion de un sistema de salud injusto. La esquina del sur .
Rovere, M. (1997). Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Instituto de la salud.
Stolkiner, A. (2007). Atencion primaria de la salud interdisciplina: dos componentes claves para las reformas en salud mental. Revista de la asociacion medica de Bahia Blanca .
Stolkiner, A. (2015). Salud mental: avances y contradicciones de su integracion a la salud comunitaria. buenos aires: ed colihue.
Ley Nacional de Salud Mental n°26.657

NARRANDO TURBULENCIAS, INCERTIDUMBRES Y ESTRATEGIAS EN LA SALUD COLECTIVA

Luciana González Barrau [A]

Presentación:

El siguiente trabajo es el resultado de la sistematización de experiencias entre el año 2019-2020 en la Residencia Interdisciplinaria con Orientación en Atención Primaria de la Salud (RIAPS) que funciona en el Hospital Dr. Joaquín Castellanos, Salta, Argentina.

La propuesta de la residencia engloba la perspectiva de la salud colectiva, que va más allá de lo asistencial e integra aspectos contextuales, grupales y subjetivos de la salud, los tres dominios de la determinación social de la salud (Liborio, 2013, p. 140). En el siguiente escrito se narran experiencias con diferentes atribuciones de significado en torno a procesos comunitarios, institucionales y clínicos atravesados por la turbulencia, la incertidumbre y la complejidad como así también se proponen caminos posibles para enfrentar este escenario: la espera, la narración como estrategia y la apuesta.

Esta narración en articulación con lo teórico, pudo consolidar nuevos significados a la experiencia subjetiva, constituyéndose en un avance para el aprendizaje. Sólo podemos comprender aquello de lo cual nos hacemos parte y en este sentido hacernos parte es habilitarnos la inserción en la comunidad, en los servicios hospitalarios, en los equipos de salud y acompañar a escribir una historia de lo vivido que potencialice los recursos para el futuro.

Turbulencias, incertidumbre y complejidad

El paradigma de la complejidad atraviesa nuestras prácticas y explica los procesos actuales en los que intervienen múltiples factores. Tanto las problemáticas sociales, ambientales y las emergencias sanitarias que se presentaron en este último tiempo (violencia de género en la provincia de Salta, desnutrición infantil en el chaco salteño y Covid-19 en el mundo), tienen impacto en las instituciones y sus dinámicas de funcionamiento, en los grupos, familias y por ende en la constitución subjetiva de las personas. Al sistema de salud se acercan personas a consultar con diferentes problemáticas. Casos donde violencia de género, abusos infantiles, prostitución, desempleo y analfabetismo, recuerdan a los equipos que la realidad es compleja y arrasa con nuestra capacidad de respuesta individual. "*Los rizos o bucles de retroalimentación (la interacción de las personas y las instituciones, la pirámide poblacional, la carga de las enfermedades) son turbulencias*

[A] *Lic. y Prof. en Psicología. Docente e Investigadora en la Universidad Católica de Salta. Hospital Dr. Joaquín Castellanos. Salta, Salta. Argentina. lucianagonzalezbarrau@gmail.com*

de magnitud fluctuante, que en todo momento están cambiando las condiciones que anteriormente creíamos constantes." (Toro & Ochoa, 2012, p. 163)

En la pandemia cualquier conducta que pensáramos que podía ser la mejor estrategia, podría cambiar de un momento a otro. En el consultorio no sabemos si nuestros señalamientos e indicaciones tendrán algún efecto, porque la mayoría de los casos que se presentan en el actual sistema de salud se presentan como sujetos inesperados, donde la vulneración de derechos es moneda corriente. Según Carballeda (2014) es un sujeto en soledad, aislado, excluido que se presenta en las instituciones demandando, transitándolas, generando una sensación de sospecha, necesidad de control y resignación en los efectores de salud en este caso.

A ello se suman instituciones con dificultades de articulación y comunicación, de gestión y administración, servicios desencontrados y desmembrados a causa de la pandemia. En ocasiones se generan tensiones entre los subsistemas causando dificultades para la accesibilidad a la información que maneja cada servicio, el encuentro entre estos como equipo, la planificación de actividades conjuntas, matizado todo ello por las afinidades interpersonales, lo que dificulta el abordaje.

En este sentido *"...cualquier sector particular concreto del mundo real es turbulentamente modelado por las acciones e interacción de una multitud de actores sociales diferenciados, con distintos ámbitos, recursos y capacidad de acción, con intereses, racionalidades, comportamientos y poder específicos."* (Robirosa, Cardarelli, Lapalma & Caleti, 1990, p.121)

En pandemia el principio de incertidumbre se ha presentado con mayor pregnancia y convoca a los profesionales a reflexionar, buscando posibles soluciones frente a situaciones en las que no hay certezas de cómo enfrentarlas. Posiblemente se relaciona esto con el paradigma de la posmodernidad que hoy nos muestra en auge la caída de los grandes relatos, de ideales y presenta un escenario donde los valores, los proyectos, las ideas son líquidas e inestables. (Bauman, 2007) Como profesionales de la psicología es importante ser conscientes de la incertidumbre que atravesamos, sabiendo que las intervenciones que realicemos van a producir cambios en el sistema con el que estamos trabajando, sin saber cuál será el efecto. Solo sabemos que se producirá algo diferente, ya que la información que ingresa será en el mejor de los casos entrópica, los elementos se reacomodaran con el objetivo de volver funcional al sistema y dejar de estimular la repetición. *"Lo nuevo brota sin cesar: nunca podemos predecir cómo se presentará, pero debemos contar con su llegada, es decir contar con lo inesperado."* (Morin, 1999, p. 12)

Hoy la pandemia por COVID-19 se presenta como algo inesperado, algo que es complejo, turbulento y como tal genera incertidumbre. Frente a ello, la pausa, la apuesta y la estrategia fueron recursos para esbozar un afrontamiento en equipo.

Apuesta y estrategias en equipo

Morín (2001) propone dos formas de enfrentarse a la incertidumbre *apuesta y estrategia*. La apuesta conlleva a la decisión frente a lo inesperado y la estrategia provee un espacio de trabajo supervisado. Planificar estratégicamente, requiere conocer este escenario, percibir y registrar los saberes que circulan en la comunidad, así como los conocimientos o ideas previas de nuestros consultantes o usuarios del sistema. Por otro lado, se deberá considerar la dimensión política, la presencia de actores con intereses y capacidades distintas de ejercer poder, de modo que podamos pensar cómo obtener apoyos y sortear los obstáculos para alcanzar los objetivos sanitarios.

Utilizar la audacia como parte de un proceso terapéutico o en procesos comunitarios implica descubrir en la propia forma de actuar y percibir el mundo, herramientas y recursos extraordinarios de forma que en cada encuentro y a partir de nuestras estrategias podamos enfrentar las incertidumbres. Este proceso de construcción en equipo será la nueva forma de aprendizaje, como situación de cambio, consecuencia de acciones concretas realizadas por la comunidad.

La construcción de la RIAPS fue una apuesta de profesionales de la salud del ámbito comunitario que convocaron a la creación de equipos interdisciplinarios para la integración de las prácticas en el sistema de salud y la búsqueda de cambios en los modelos de atención. Elegir, apostar y apoyar

este proyecto consiste también en soltar estructuras previas y tomar algunas ya conocidas para poder transitar espacios turbulentos. Se realizó un Análisis de Situación de Salud, talleres en salas de espera de un Servicio de Maternidad cargados de sentidos verticalistas, se iniciaron prácticas clínicas y actividades comunitarias en un Centro de Salud donde no hay una persona ocupando el cargo de jefatura, actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre otras. Esto significó dejar atrás modalidades de trabajo en suspensión, en una pausa instrumental, porque trabajar en equipo implica ceder y dar lugar a lo desconocido y construir espacios conjuntos. Supone un pasaje, una propuesta superadora que sería comenzar a trabajar heterárquicamente desde una perspectiva de red, considerando la posibilidad de coexistencia de jerarquías distintas, y modos de relacionarse horizontalmente, de acuerdo a la información que el contexto nos plantea. (Von Foerster, 1991)

Ante la emergencia sanitaria por COVID-19, se ha conformado el equipo de Psicología Güemes Acompaña desde el Hospital Dr. Joaquín Castellanos. Se trabajó de manera interdisciplinaria e intersectorial, implicó una apuesta a las responsabilidades como agentes de salud, al compromiso asumido y a la importancia del rol de psicólogos ante las emergencias, urgencias o catástrofes. Es un dispositivo que permitió la realización de un protocolo de actuación en emergencia, construido a partir de disposiciones de las instituciones base. Un dispositivo de actuación implica tanto apuesta como estrategia. Frente a lo inesperado la respuesta fue de operatividad.

Se desarrollaron espacios virtuales de escucha para conocer y después intervenir. Esas respuestas nos dan material para pensar en estrategias de acompañamiento y fortalecimiento de recursos existentes. Es necesario ejercitar la capacidad de flexibilizar dicha estrategia lo que la constituye como dispositivo en términos de lo que plantea Focault.

Es fundamental en tiempos de emergencias habilitar espacios de contención que brinden una función de sostén a través de la ternura (Fernando Ulloa) como un dispositivo donde se estructura la condición ética del sujeto fundamental en los contextos adversos. Ternura en términos de hospitalidad, empatía, miramiento y buen trato hacia y con otros, hacia y consigo mismo (Fernández, 2004).

Desde el dispositivo se creó una plataforma virtual para actividades de prevención y promoción y un teléfono para la asistencia, contención y orientación. El trabajo con personas de la comunidad, permite el acercamiento a mayor cantidad de personas y convocando a personas referentes para la construcción de recursos de comunicación para el tiempo de pandemia. Algunos de los proyectos fueron:

"Yo puedo, vos podes. Experiencias resilientes" consistió en un espacio narrativo de experiencias donde personas lograron a partir de la crisis por la pandemia reorientar sus proyectos, dar origen a emprendimientos, impulsar alguna idea a través de las redes sociales. El proyecto "*Palabras Mayores"* dio lugar al relato de experiencias de adultos mayores que a través de la línea de atención psicológica afirmaban su necesidad de solidarizarse con otros y expresar sus sentires. A través del proyecto *"Mini-Héroes de Güemes"* los y las niñas pudieron resignificar algunos de los momentos vividos, contar una historia a través de dibujos, historias de resolución de conflictos y cartas para los equipos de salud.

La clave es la participación comunitaria, ese proceso en el cual los individuos y las familias toman responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y colectivos, validando su capacidad de contribuir. Un marco que nos permite pensar estrategias y recursos para poder responder, habilitar la escucha, los pedidos, las verdades, los sentires, las corporalidades desde un enfoque de salud colectiva.

Conmoverse: espera y narrativas

El concepto de conmoverse, es tomado desde la perspectiva sistémica, del autor Minuchin. En un contexto complejo y turbulento una estrategia puede ser "*...sintonizarse con las personas y responder al modo como ellas nos conmueven"* (Minuchin, 1994, p. 53). Desde los dispositivos de

atención remota el movimiento es desde una escucha diferente, proponiendo buscar lugares de la casa donde el consultante se sienta tranquilo, brindando silencios para la apertura o habilitando diferentes tonos de voz.

Lo real de la pandemia impacta sobre el tiempo y el espacio, por ende sobre los cuerpos dando lugar a múltiples manifestaciones clínicas que en la demanda telefónica aparecen como urgentes. La facilidad de acceso a la consulta a través de WhatsApp o teléfono supone en algunos casos el imaginario de que obtendrán a través de la consulta una solución inmediata a sus problemas. Es de suma importancia proponer una pausa, silencios en la consulta, identificando el momento oportuno para hacerlo. Ofrecer una escucha, una interrogación, un límite, un relato de la experiencia para situar lo posible.

A un año de la declaración de emergencia sanitaria, se propuso a profesionales de la RIAPS, la actividad *"Relatos de pandemia".* Los objetivos fueron recapitular la experiencia vivida, capitalizar aprendizajes y observar dificultades transitadas a través de la construcción de una carta a su 'yo' de Marzo del 2020 previo al estallido de la pandemia. Estas cartas terapéuticas anticipatorias del futuro tienen diferentes significados sobre el contexto vivido en pandemia, los sentimientos experimentados y las soluciones o propuestas de aprendizaje, anticipando recursos con los cuáles afrontar aquello que se presenta como complejo.

Aparecen narrativas sobre tormentas, monstruos, huracanes, tiempos agotadores, pérdidas familiares. Predominan en otras frases referidas a posibles estrategias para afrontar este tiempo, donde el aprendizaje, el crecimiento, la cercanía de los vínculos son los ejes en los que frases impactantes se hacen presentes. Estas narraciones significaron una pausa para poder dar sentido al camino recorrido, una brújula para que estos recursos que se hubieran utilizado antes puedan ser puestos en práctica en la actualidad. Esta carta permite actualizar los recursos internos frente a los cuales las personas enfrentan situaciones adversas. ¿Qué lleva a elegir este relato dominante? ¿Qué sucede con la incertidumbre y la turbulencia que se buscan soluciones para la misma, que sensaciones aparecen que requieren de nuevas estrategias para afrontarlo?

Crear implica poner en blanco y en pausa algunos sentires y habilitar palabras. El desarrollo de esta sistematización de experiencia transitada consiste en la posibilidad de compartir para crear nuevas estrategias.

Palabras finales:

La RIAPS de la Salud tiene muchas herramientas para construir con los diferentes equipos de salud abordajes saludables y aprendizajes dinámicos necesarios para la práctica. Un equipo comprometido y creativo fortalece las redes de trabajo y habilita que los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados se realice en integralidad.

El modelo sistémico es necesario en este contexto, donde las lecturas de la realidad precisan diferentes perspectivas para que las estrategias de abordaje, sean interdisciplinarias o intersectoriales, renueven la atención en salud.

Pensar situado, transitar territorios, habilitar la escucha no solamente clínica sino también escucha u observación de los fenómenos comunitarios, da lugar a la posibilidad de soluciones situadas. En este sentido es que el entrecruzamiento de saberes y experiencias, tanto de un equipo, de una institución y de una comunidad, permiten hacer una lectura enfocada en lo que las personas de la comunidad realizan, generando producciones de conocimientos que respondan a una realidad concreta.

Bibliografía:

Bauman, Z. (2007) Tiempos Líquidos. Vivir en una época de incertidumbre. Ed. Ensayos Tusquets: México.
Von Foerster (1991) Las semillas de la cibernética. Ed. Gedisa: Barcelona, España.
Carballeda, A. (2014) Escenarios Sociales, Intervención y Acontecimiento. Ed. Margen. Recuperado el 22 de Diciembre de 2019 de: https://www.margen.org/epub/acontecimiento.pdf
Fernandez, A. M. (2004) Homenaje a Fernando Ulloa: De la crueldad, sus linajes y coartadas". Tlalpan, México, D. F. Extraído de: http://www.anamfernandez.com.ar/

Heinz von Foerster.(1997) Principios de autoorganización en un contexto socioadministrativo. Cuadernos de Economía, v. XVI, n. 26, Bogotá, páginas 131-162.
Liborio, M. (2013) ¿Por qué hablar de salud colectiva? Revista Médica de Rosario Nº 79: 136-141.Recuperado de: http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/344befLiborio%20Salud%20Colectiva%20RMR%202013.pdf, el 25/08/2019.
Minuchin S. y Nichols, M. (1994) La recuperación de la familia. Barcelona: Paidós.
Morín, E. (1995) "Introducción al pensamiento complejo". Barcelona: Ed. Gredisa.
Robirosa, M; Cardarelli, G.; Lapalma, A. & Caleti, S. (1990) Capítulo 10: "Si, Pero…" Algunas reflexiones inevitables frente a la práctica. En "Turbulencia y planificación social: lineamientos metodológicos de gestión de proyectos sociales desde el Estado." UNICEF: Siglo XXI, Buenos Aires.
Toro-Palacio LF, Ochoa-Jaramillo F.L. (2012) Salud: un sistema complejo adaptativo. Rev Panam Salud Publica;31(2):161–5.
Watzlawick, P. (1981) "Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas" Ed. Herder. Barcelona.

LEY DE SALUD MENTAL Y ESTIGMATIZACIÓN HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES EN EQUIPOS DE DOCENTES: ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN DE GRADO EN PSICOLOGÍA

Jorge Zarate [A], Angelica Davila [B, Griselda Sananez [C], Carola Hunziker [D], Mariana Illanes [E], Sofía Díaz [F], Florencia Denti [G], Carina Gioacchini [H], Belen Gonzalez [I], Maria Sol Peralta [J], Carolina Sanchez [K]

Introducción

En el marco de los aportes de Minoletti (2013), acordamos que en nuestra región de América Latina, se ha determinado que los padecimientos mentales expresan una prevalencia elevada, y que a corto plazo no evidencia revertir. Así mismo, se consideran que los factores asociados a la carga las condiciones socioeconómicas, y las respuestas limitadas de los servicios de atención (RuntelGeidel, 2005;Rodriguez, 2009). En este contexto, el estigma se asocia a lo anterior mencionado en tanto factor subjetivo, incidiendo y obstaculizando la asistencia, abordaje y tratamiento de aquellas personas que expresan padecimientos mentales (Zárate, 2014)

De acuerdo al trabajo de Dávila, Sananez, y Zarate et al (2020), existen múltiples definiciones del concepto *estigma* que se posicionan en considerar atributos desvalorizantes hacia una personas o grupo minoritario de personas por presentar conductas juzgadas negativamente por un grupo mayor. Así el posicionamiento teórico que esgrimen Link y Phelan (2001), desde una perspectiva psicosocial, contemplan que el concepto de estigma localiza el "problema" en el individuo y tiende

[A] *Licenciada en Psicología. Docente adscrita – investigadora. Fac de Psicologia UNC. Córdoba, Córdoba. Argentina. jorge.emds@gmail.com*
[B] *Licenciada en Psicología. Docente adscrita – investigadora. Fac de Psicologia UNC. Córdoba, Córdoba. Argentina. poly_davila@hotmail.com*
[C] *Licenciada en Psicología. Docente adscrita – investigadora. Fac de Psicologia UNC. Córdoba, Córdoba. Argentina. gsananez@hotmail.com*
[D] *Licenciada En Nutrición. Docente adscrita – investigadora. Fac de Psicologia UNC. Córdoba, Córdoba. Argentina. carodavi33@gmail.com*
[E] *Licenciada en Psicología. Docente adscrita – investigadora. Fac de Psicologia UNC. Córdoba, Córdoba. Argentina. jorge.zarate@unc.edu.ar*
[F] *Licenciada en Psicología. Docente adscrita – investigadora. Fac de Psicologia UNC. Córdoba, Córdoba. Argentina. sofidiaz451@gmail.com*
[G] *Licenciada en Psicología. Docente adscrita – investigadora. Fac de Psicologia UNC. Córdoba, Córdoba. Argentina. flordenti@hotmail.com*
[H] *Docente - investigadora – psicóloga. Fac de Psicologia UNC. Córdoba, Córdoba. Argentina. carina.gioacchini@unc.edu.ar*
[I] *Licenciada en Psicología. Docente adscrita – investigadora. Fac de Psicologia UNC. Córdoba, Córdoba. Argentina. belengdevertiz@gmail.com*
[J] *Estudiante. Facultad de Psicología UNC. Córdoba, Córdoba. Argentina. msolperalta87@gmail.com*
[K] *Licenciada en Psicología. Docente adscrita – investigadora. Fac de Psicologia UNC. Córdoba, Córdoba. Argentina. licenciadacarolinasanchez@gmail.com*

a centrarse en el procesamiento cognitivo de la información en lugar de la discriminación y exclusión que experimenta una persona estigmatizada.

Se aplica el término estigma cuando los elementos de etiquetado, estereotipo, separación, pérdida de status y discriminación coexisten en una situación de poder que les permite desarrollarse.

En otras palabras, acordamos que el estigma asociado a la enfermedad mental sigue siendo uno de los principales obstáculos que encuentran las personas con padecimientos mentales graves para integrarse plenamente en la comunidad. El proceso de estigmatización se inicia cuando la persona etiquetada como ´enferma mental´ pasa a percibirse en función de los estereotipos culturales de su condición. Esta forma de reconocimiento genera diferentes emociones y respuestas sociales negativas, que dan lugar a diversas reacciones discriminatorias que limitan las oportunidades de los pacientes en diferentes ámbitos de la vida.

Sin embargo nos remitimos a Corrigan (2012), quien contempla 3 conceptos claves en la definición de estigma: Estigma público (reacciones de un grupo en general, hacia un grupo determinado a consecuencia del estigma), autoestigma (efecto pernicioso que el estigma público genera en la autoestima y la autoeficacia del enfermo) estigma asociado (fenómeno en el cual se afecta fundamentalmente a la familia y a personas allegadas al sujeto - profesionales- que padece un trastorno mental).

Pensar en estigma público, conlleva y refiere a reacciones del público en general hacia un grupo determinado. Así, la sociedad etiqueta a las personas o colectivos, por los distintos atributos o actitudes que expresan. No obstante, dentro de este marco definitorio, los profesionales de la salud no quedan exentos de tal situación

En esta línea, Mascayano Tapia et al (2015) considera que es en el estigma público donde los profesionales de la salud pueden tener diversos papeles en tanto agente estigmatizador, sujeto estigmatizado y como agente des-estigmatizador. Dando importancia a este último, el cual debería ser el papel adoptado para fomentar en los procesos de formación.

Una variada evidencia científica, a escala global, respalda la existencia de niveles moderados de estigma hacia los trastornos mentales en poblaciones de profesionales y futuros profesionales afines al campo de la salud en general y de la salud mental en particular (Zarate, 2014)

En nuestro medio, al contar con Leyes Nacional y Provincial de Salud Mental, implica diferentes responsabilidades de considerable importancia a tener en cuenta, entre las que emerge las necesidades y desafíos en la formación de los futuros profesionales. Lo mencionado remite a establecer o insertar el conocimiento de las misma, tanto a aquellos profesionales que ya estén trabajando en espacios de salud y/o educación, como aquellos que se encuentran en su trayecto de formación de grado. Aquí cabe mencionar la importancia de las recomendaciones de la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental-Adicciones (CONISMA) que se fueron desarrollando a lo largo de la década pasada. La nueva ley supone una formación basada en los lineamientos de las nuevas políticas públicas y el desarrollo de la enseñanza para la comprensión, el desarrollo de competencias, habilidades y aptitudes para la plena implementación de las leyes que rigen el campo de la Salud Mental.

Objetivos de estudio

En lo que respecta a los objetivos que guían este trabajo, se consolidaron en determinar el nivel de estigmatización en relación a los trastornos mentales graves y su relación al conocimiento que tienen sobre Ley de Salud Mental los equipos de docentes de la carrera de psicología de la UNC, orientado a la vez de Indagar variables sociodemográficas (edad, nivel económico, nivel académico de los padres, experiencia previa personal/familiar, de los docentes) y analizar el nivel de estigmatización y el conocimiento sobre la ley de salud mental que poseen los docentes.

Materiales y Método

Se utilizó un enfoque mixto (cuali-cuanti) con diseño descriptivo en una muestra no probabilística intencional. Se administró un cuestionario sociodemográfico y de experiencia previa de los trastornos mentales, y para evaluar el nivel de estigmatización se aplicó el Corrigan Attribution

Questionnaire. En lo que respecta el análisis de datos: se utilizó el programa estadístico SPSS.

En lo que respecta a la recolección de datos es a través de formulario en plataforma Google, recolectando a 98 docentes, adscriptos y ayudantes estudiantes, de las cátedras de primero, segundo y tercer año de la carrera de grado de Psicología. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico y de experiencia previa sobre los trastornos mentales, el cual es semiestructurado con ítems referidos a edad; género; estado civil; nivel académico de padre o madre; ingreso económico; experiencia previa personal – familiar. Por otro lado, la medición del nivel estigma se realizará a través de la administración del CAQ, Corrigan Attribution Questionnaire. También, se indago respecto a aspectos relacionados a la cátedra de pertenencia, ya sea el cargo que ocupa en la misma y hace cuantos años forma parte de ésta. Por último, se realizó un cuestionario con el fin de indagar el conocimiento que poseen los integrantes sobre la ley de salud mental 26.657.

Resultados

Características Socio-Demográficas

Se entrevistó a un total de 53 docentes, adscriptos y ayudantes de cátedras de la Facultad Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, correspondientes a primer año. El promedio en cuanto al género de las personas fue de un 84,3% mujeres; 15,7% varones. La media global de la muestra en cuanto a la edad fue 31,1. En cuanto al estado civil de los entrevistados el 55,8% es soltera/o seguido por el 41,2% que está en casados/as o en pareja y en tercer lugar el 2,9% es divorciado o separada/o. En cuanto al mayor nivel de instrucción alcanzado, el 45,6% respondió grado; el 19,1% maestría y por último el 32,9% es ayudante alumno.

En cuanto los estudios alcanzados en la familia de origen de los participantes, Del total de los padres/madres de los entrevistados, como dato relevante en la sumatoria de progenitores con estudios superiores completos el 41,9% . En lo que respecta al nivel socioeconómico, el 44,2% refiere estar por encima de la línea de la pobreza, de acuerdo a sus ingresos mensuales o de sostén por parte de su grupo familiar.

Así mismo, el 87,5% refiere experiencia con padecimientos mentales, ya sea personal, familiar o de personas conocidas (amistad).

Por su parte, de acuerdo a la antigüedad de formar parte de equipos de cátedra, el 24,2% lleva ejerciendo la profesión hace menos de 5 años; el 6,1% entre 5 y 10 años; el 18,9% entre 10 y 20 años, el 11,3 % Más de 20 años, y por último, un 39,5% respondieron que todavía no ejercen la profesión ya que son ayudantes de cátedra.

Conocimiento de la ley nacional de Salud Mental 26657

En lo que refiere al conocimiento de componentes de la ley de salud mental, se observa que el 72,4% de los participantes conoce la ley de salud mental, un 22,7% parte de la misma, y los restantes no dieron cuenta de su conocimiento en materia de los componentes que la definen.

Puntaje total de Corrigan Attribution Questionnaire (CAQ)

Entre el total de los participantes, el puntaje mínimo total fue de 81 siendo el máximo de 128. La media del total fue de 101,7 (Ds=15,2). En lo que respecta los datos más relevantes en cuento asociación con variables sociodemográficas encontramos:

Puntajes del CAQ y mayor nivel de instrucción alcanzado propio de los participantes

La media total de la categoría ayudantes alumnos fue de 97 (Ds 15,6), mientras que la de la categoría grado fue de 87,2 (Ds 13,9) y en el caso de docentes con maestría, la media fue de 82,7 (Ds 17,1).

Puntajes del CAQ y mayor nivel de instrucción alcanzado por madre/padre

Al recategorizar las variables, se observa una media de 105.6 (Ds 11,9) en *Hasta secundaria completa;* y media de 89 (Ds 9) *Estudios superiores (completos e incompletos).*

Puntajes del CAQ y ingreso económico mensual-individual y/o familiar

Luego de recategorizar la variable, se tomó dos categorías Ingresos económicos por debajo de los $65000, e Ingresos superiores a $65001, las medias obtenidas son de 101,7 (Ds 16) y 90,7 (Ds 16) respectivamente.

Puntajes del CAQ y años ejerciendo la profesión

La media total de los participantes se contempla luego de recategorizar la variable en 3 categorías: *Menos de 10 años*, *Más de 11* años y *Ayudantes alumnos,* las medias obtenidas son de 94,4 (Ds 15,7); 79 (Ds 9,8); 102,4 (Ds 16,1) respectivamente

Datos y medias sobre el conocimiento general de la Ley de Salud Mental Nacional 26.657

Finalmente, en lo que respecta al conocimiento de la ley, luego de recategorizar la misma en *Conocimiento amplio de la Ley* y *Conocimiento medio de la* Ley, se observaron las siguientes medias 86,4 (Ds 12) y 102,4 (14.3)

Discusión Y Conclusiones

A partir de los objetivos del estudio, se evidencia que los equipos de cátedra poseen niveles bajos y medios de estigma, siendo la cantidad de años ejerciendo la profesión y la antigüedad en la docencia, las variables significativas. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de estigmatización y aspectos sociodemográficos.

Las conclusiones más relevantes fueron que la mayoría de nuestra muestra presenta un nivel medio de estigmatización obteniendo una media de 101,7 (ds 15,2). En relación a la ley se observa las personas que creían que la ley si autoriza presunción de riesgo de daño o incapacidad ante la existencia de un diagnóstico presentan un mayor nivel de estigma que las personas que dijeron que no. Si bien es claro que no se cuentan con otros estudios semejantes con el fin de refrendar o no los datos obtenidos, los hallazgos son considerados sumamente positivos debido a que nos parece fundamental el conocimiento/formación sobre la Ley de Salud Mental en futuros profesionales de la salud, ya que, se pudo observar, en los mismos profesionales está la responsabilidad de ocupar espacios de transmisión de conocimiento y generan espacios de aprendizaje donde sería apropiado que impulsen a que estudiantes de grado se apropien de los nuevos conocimientos orientados a la actual ley y de esta manera puedan llevarlos a la práctica produciendo intervenciones humanizadas, desarrollando instrumentos anti-estigmatizadores.

BIBLIOGRAFÍA:

- Ainara Arnaiz, J. J. Uriarte (2006) estigma y enfermedad mental NORTE DE SALUD MENTAL nº 26 • 2006 • PÁG 49–59
- AsociacionAmericana de Psiquiatria. (2013) Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales Quinta Edicion.
- Baffo, C; Devallis, M P; Scalessa, R; Caccavo, S; Comba, V; Ortega, G ; Lausada, D; Pérez, G. (2016) Enfermería y proceso de reforma en salud mental: estudio cualitativo en cinco hospitales generales de Río Negro, 2016.
- Barraco, Angel. (2018) Salud mental: el poder médico-psiquiátrico reconfigura su hegemonía. Heterotopías, [S.l.], v. 1, n. 1, jun. 2018. ISSN 2618-2726. Disponible en: <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/heterotopias/article/view/19983/23160>.
- Ferrari H. DSM IV – CIE 10: Ejes multiaxiales. Editorial Kosmos. 2000. ISBN 978-987- 98394-1-6
- Caballero Martínez, L. (2007) Conceptos de enfermedad y trastorno mental. clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. problemas psicosociales. Bases etiopatogenicas de los trastornos mentales.
- Clasificación Internacional de las Enfermedades. Capitulo F Trastornos Mentales. CIE 10
- Código Procesal Civil y Comercial de la Nación. Editorial Estudio.
- Degiorgi, G y Tocormian, C. (2018) La Ley de Salud Mental en el Marco del Programa de Calidad de la Enseñanza Universitaria para las Carreras de Psicología. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, [S.l.], v. 3, n. 3, p. 369-377, aug. 2018. ISSN 1853-0354.
- De Lellis, M. (2011) "Apropósito de la Ley Nacional de Salud Mental: nuevos escenarios y desafíos para la formación de psicólogos". Diálogos, revista científica de psicología, ciencias sociales, humanidades y ciencias de la salud. Vol. 2 / NO, 2/ junio, ISSN: 1852-8481, pág. 7 a 24
- Del Olmo-Romero, F., González-Blanco, M., Sarró, S., Grácio, J., Martín-Carrasco, M., Martinez-Cabezón, A.C., Perna, G., Pomarol-Clotet, E., Varandas P., Ballesteros-Rodríguez, J., Rebolleda-Gil, C., Vanni, G., González-Fraile, E.. (2018). Mental health professionals' attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTERNOS study. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience,1, 1-15.
- Di Nella, Yago. (2011). Psicología forense y derechos humanos. Koyatún. La Plata.
- Ghiasuddin N. (2012)The Attitudes to psychiatry among students in a medical College in Bangladesh. Thesis Doctoral.
- Goffman, E. (1964) Estigma: la identidad deteriorada. Amorrortu Editores. Bs As.
- Jones, E.E .; Farina, A .; Hastorf, A.H .; Marcus, H .; Molinero, D.T .; y Scott, R.A. Estigma social: la psicología de Relaciones marcadas. Nueva York, NY: Freeman y Compañía, 1984
- Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental, (2010).
- Ley Provincial Córdoba N 9848 (2010)
- Link BG, Phelan JC: Conceptualizing stigma. Annual Reviewof Sociology; 27: 363–85. 2001
- Link B, Yang L, Phelan J, C y Collins P, Y, (2004). Measuring Mental Illness Stigma. Schizophrenia Bulletin, Vol. 30, No. 3.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., y Aparicio, A. (2008).

La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría, 28(1), 43-83. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf
- Magliano L, Read J, Sagliocchi A, Patalano M, D´Ambrosio A &Oliviero N. (2012) Differences in views of schizophrenia during medical education: a comparative study of a 1st versus 5th-6th year Italian medical students. SocPsychiatryPsychiatrEpidemiol. Publicado en internet el 2 de noviembre de 2012.
- Metha, S. y Farina, A. (1997). Is being 'sick' really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. Journal of Social and Clinical Psychology, 16, 405-419.
- Minoletti A, Galea S, Susser E. (2013) Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders. Public Health Rev 2013;34(2):1-23.
- Ministerio de salud de la nación (2015) Lineamientos para la Mejora de la Formación de Profesionales en Salud Mental.
- Peris, T.S., Teachman, B.A. y Nosek, B.A. (2008). Implicit and explicit stigma of mental illness. Journal of Nervous and Mental Disease, 196(10), 752-760. (PDF) Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática.. Available from: https://www.researchgate.net/publication/334574971_Estigma_en_los_profesionales_de_la_Salud_Mental_una_revision_sistematica [accessed Nov 26 2020].
- Zarate, J, Davila, A; Sananez, G, Hunziker, C, Illanes, M, Díaz, S et al (2018) Proyecto Secyt "Estigmatización hacia los trastornos mentales de larga evolución en estudiantes universitarios de la carrera de Psicología", dentro de la cátedra de Psicología Sanitaria. 2018.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, y Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is a illness like any other' approach. Acta Psychiatrica Scandinavica, 114, 303-318
- Rodriguez J, Kohn R y Levav I. Epidemiología de los trastornos mentales en America Latina y el Caribe. En Rodriguez J. (2009) Salud mental en la Comunidad. OPS. Paltex. ISBN 9789275330654
- Romero, Paula M (2016) De un paradigma tutelar a un paradigma integral de derechos: nuevos aportes desde la ley nacional de salud mental 26.657. Disponible en https://digital.cic.gba.gob.ar/bitstream/handle/11746/5629/11746_5629.pdf-PDFA.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- RunteGeidel A, Torres Gonzalez F et al. (2004) Estudio multicentrico sobre estigma, necesidades y cuidados de personas con trastornos mentales de larga evolución. Archivos de psiquiatría, vol 67, núm 3. Madrid. 2004:pp 195-210
- Saforcada, E; de Lellis, M.; Mozobancyk, S. (2010). Psicología y salud pública. Paidós. Buenos Aires.
- Stolkiner,A. (2010). Que cambia con la nueva ley de salud mental. recuperado en: https://www.arinfo.com.ar/nota/04642/qu-cambia-con-la-nueva-ley-de-salud-mental.htm
Van Dorn, R. A, Swanson, J. W., Elbogen, E. B. y Swartz, M. S. (2005). A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. Psychiatry, 68, 152- 163
- Zarate, J (2014)"Estigmatización de la depresión mayor en estudiantes universitarios del sector salud". Maestría en salud mental. Universidad Nacional de Córdoba.

EXPERIENCIAS EN EL HOSPITAL MONOVALENTE EN CONTEXTO DE PANDEMIA

María Belén Chas [A], Bárbara Jael Cuyer [B], Analía Fullana [C], Matías Higashi [D]

Introducción

A más de un año de declarada la pandemia por COVID 19, y el consecuente anuncio del gobierno nacional que decretó aislamiento obligatorio, nos propusimos repensar nuestra práctica profesional de aquel entonces en retrospectiva. Es tras haber pasado el momento de extrema urgencia y la vorágine institucional en la que nos insertamos, que podemos darle espacio y lugar a la reflexión de lo acontecido. Reflexión que en aquel entonces quedó totalmente subrogada al acto, respondiendo a la demanda del hacer (por momentos no se sabía bien qué ni cómo), un hacer marcado por la negativa: suspender los tratamientos vigentes de manera presencial, suspender toda actividad grupal que se desarrollase en los servicios ambulatorios y de internación,

[A] *Lic. en Psicología. Htal Moyano. CABA. Argentina. mbelenchas@hotmail.com*
[B] *Lic en Psicología. Htal Moyano. CABA. Argentina. cuyer.barbara@gmail.com*
[C] *Lic. en Psicología. Htal Moyano. CABA. Argentina. analia.fullana.n@gmail.com*
[D] *Lic. en Psicología. Htal Moyano. CABA. Argentina. matias.higashi@gmail.com*

suspender toda salida recreativa y/o visitas de familiares. Estos actos no vinieron sino con múltiples consecuencias en diversos planos: a nivel del sujeto, del lazo social, de la institución y para la corriente de desmanicomialización que se venía transitando.

Breve reseña del hospital y su población

El hospital Moyano, al igual que otros hospitales especializados, está ubicado en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. El predio, su distribución y arquitectura, cumplían en principio con los preceptos y lineamientos propuestos por Fodéré en 1817 (Foucault 2012, p. 15-16): un lugar alejado, rodeado de árboles, en suma, un sector diferenciado de la gran Ciudad en el cual reina cierto orden, reina cierto poder. Posteriormente, la expansión de la ciudad terminó rodeando al hospital mismo. Los contornos se encuentran definidos por un muro, dando la sensación desde afuera de ser un lugar impenetrable. Es habitual el desconocimiento acerca de su funcionamiento, su organización, su función a nivel terapéutico y a nivel social. Esta situación alimenta a cierto imaginario social que en la jerga discursiva se resume en frases frecuentemente oídas en la guardia del hospital: "en el Moyano están las locas".

Concretamente, en el hospital la única homogeneidad es el género, siendo admitidas mujeres mayores de 18 años (ya sea por su sexo de nacimiento o por la simple autopercepción del sujeto como perteneciente al género femenino); paralelamente, en su gran mayoría, se trata de una población ubicada dentro de la marginalidad sea, económica, laboral, educacional. El hospital está dividido en distintos servicios bajo un vetusto criterio de "cronicidad", 3 de ellos se dedican a la internación de casos "agudos", es decir pacientes con una primera internación o cuyo cuadro y situación podría estipular un alta en el corto plazo; luego están los servicios ambulatorios como hospital de día; y, finalmente, componiendo la mayor parte del hospital, los servicios "crónicos", habitados por pacientes que llevan múltiples internaciones, de excesivos años, cuyo cuadro y severidad se considera de particular gravedad dentro de los criterios institucionales. Un gran porcentaje de pacientes transita allí la mayor parte de su tiempo de vida. Estas pacientes sufren día a día los efectos de la institucionalización, se constata, en los términos planteados por Amarante (2006, p.41) un "proceso de producción de 'dependencia' del paciente a la institución, acelerando la pérdida de los lazos comunitarios, familiares, sociales y culturales, y conduciendo a la cronificación y al hospitalismo". A la exclusión que históricamente se ha anudado a la locura -en sus términos más amplios- se le adosan otra serie de estigmas sociales que profundizan la problemática: pobreza, bajos niveles de escolaridad, en ocasiones consumo de sustancias.

Redoblamiento del encierro

El hospital monovalente desde hace ya varias décadas es pensado por varios autores como una institución cerrada, total. Goffman define a las instituciones totales como "lugar de residencia y de trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un considerable período de tiempo comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente" (1961 p.13), ubicando entre éstas a las instituciones psiquiátricas y cárceles. De esta forma y en este contexto, el confinamiento establecido a partir de la pandemia, no representaría una novedad. Sin embargo, desde el año 2010, la Ley Nacional de Salud Mental, junto con los movimientos de desmanicomialización, abogan porque los sujetos con padecimiento mental puedan mantenerse en contacto con la comunidad y sostener y expandir sus lazos sociales. Tales propuestas eran viables al contar con dispositivos tales como hospital de día para las pacientes con tratamiento ambulatorio, talleres de diversas actividades, permisos de paseo, trabajo con acompañantes terapéuticos por fuera del hospital, entre otros. Se trataba de que las pacientes que cursaban una internación no perdieran por completo sus lazos previos o propiciar la posibilidad de inserción en otros ámbitos teniendo en consideración una eventual externación.

La pandemia para muchas de las pacientes del hospital no sólo significó redoblar su encierro sino también profundizar el aislamiento. Se interrumpieron los permisos de paseo, visitas de familiares y todo tipo de contacto con el exterior e, incluso, entre distintos servicios. En tiempos donde prevaleció la incertidumbre y el temor de la población al contagio y las consecuencias que podría

traer la enfermedad, la salud mental quedó relegada a un segundo plano [1], incluso en un hospital especializado. Si bien es incuestionable la necesidad de atender la salud en un nivel médico-clínico, el conjunto de medidas adoptadas ha traído consecuencias psíquicas y sociales para las pacientes.

De manera que todo lo concerniente a dispositivos grupales: talleres, reuniones de convivencia, asambleas, y todo espacio que propiciase el lazo social, se vieron totalmente abolidos. Dichos espacios tenían y tienen una función fundamental al tender a la subjetivación del paciente internado, propiciando que pueda hacer lazo con sus compañeras, con los profesionales y/o con la comunidad. Esto queda especialmente en evidencia en los servicios llamados "crónicos", cuya denominación nombra a los pacientesque allí residen, considerándoselas "enfermas crónicas". Esta cronicidad -promovida y mantenida también por el proceso de institucionalización- invade y arrasa con la vida cotidiana de las pacientes, borrando todo corte, volviendo al tiempo una variable totalmente eterna, sin principio, transición ni fin. Es allí que los dispositivos grupales tienen un efecto y una función, al instaurar un corte en la vida cotidiana, un tiempo en el que "otra cosa" se hace viable y posible a partir de la circulación de lo grupal, dándole muchas veces un sentido al dia, la semana o la vida. En palabras de Ana María Fernández, "(...) el texto grupal tiene un poder generador de sentidos. (...) Sentidos diversos que, por otra parte, operarán particularizadamente en y desde los diferentes integrantes "abrochando" en forma singular en cada uno de ellos." (1999, p. 149) De manera que la suspensión de estos espacios de grupalidad significó también la pluralización de una sensación de sinsentido entre las pacientes primero y que luego fue tomando también a algunos profesionales.

De esta forma, el malestar de las pacientes se hacía notar en el aumento de los pedidos de guardia interna: angustia por no poder ver y extrañar a sus familiares sumado a la incertidumbre con respecto a la situación. Hastío y dificultad para sobrellevar esta nueva rutina donde el hospital pasaba a ser su hogar las 24 horas del día así como falta de respuestas eficaces y alternativas de parte de las autoridades. Ante esta situación, la respuesta más aceptada y frecuente fue la farmacológica.

El conjunto de las medidas adoptadas debido a la pandemia se podrían enmarcar dentro de lo que Foucault ha denominado biopoder, diferenciado de otras formas en las cuales se ejerce o manifiesta, como el poder soberano o el poder disciplinario pero que a la vez no las excluye ni reemplaza sino que las integra dentro de sí. El biopoder parte de un lema: "hacer vivir", es decir, fomentar la vida, multiplicarla, reproducirla, administrando los medios necesarios. Para ello, a diferencia del poder disciplinario, apunta a la población en su conjunto, no al individuo, y se vale de su producción en materia estadística, demográfica, epidemiológica y, actualmente, de las ciencias de los datos. La cuestión gira en torno a la producción y administración de la salud de la población. Los protocolos, la comunicación interna y la normativa surgida a raíz de la pandemia son prueba de este funcionamiento:

"El objetivo principal de la vigilancia epidemiológica en la actual situación es detectar de manera temprana casos, permitiendo la atención adecuada de los pacientes y la implementación de las medidas de investigación, prevención y control tendientes a reducir el riesgo de diseminación de la infección en la población" (PROTOCOLO DE MANEJO FRENTE A CASOS SOSPECHOSOS DE COVID-19 (Versión 11. 18/03/2020 8hs, p2)

"Artículo 1°. – Restrínjase el ingreso de visitas y/o acompañantes a los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a partir del día 26 de marzo del corriente año mientras se encuentre vigente la situación epidemiológica causada por el virus COVID-19 (coronavirus)" (Resolución Nº 2020-781-GCABA-MSGC)

---

1 *En "Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina" (https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/575) se hace un relevamiento del impacto en efectores de salud. Por otra parte, en CIS (2020). Informes de Opinión Pública CIS UADE-VOICES! Pandemia y Salud Mental. Centro de Investigaciones Sociales (CIS) (https://www.uade.edu.ar/media/fzjc5huu/informe-cis-2020-n-5-pandemia-y-salud-mental-issn-2618-2173.pdf) se evalúa el efecto en la sociedad desde la salud mental.*

"Se suspendieron por 14 días todos los cursos que se realizan en nuestro hospital" (ME-2020-09638621-GCABA-HNBM)

En términos concretos, la aplicación de estas medidas ha implicado, como se ha descripto previamente, un encierro redoblado. En Vigilar y Castigar (Foucault, 2008. p. 229), Foucault describe la lógica del dispositivo panóptico. La misma sostiene un objetivo bien definido, enderezar las conductas, y para ello se vale de una vigilancia permanente, omnisciente, un poder que todo lo ve y todo lo recubre, atravesando los cuerpos individuales. El hospital neuropsiquiátrico es concebido en estos términos, adopta esta lógica para su funcionamiento y se expresa en su accionar cotidiano: el control de los movimientos y de las conductas volcado en reportes de enfermería e historias clínicas, la localización y evaluación permanente de sus individuos, el control y disciplinamiento de los cuerpos a nivel individual, un cuadriculado del terreno que implica divisiones a nivel físico yfuncional, el trabajo en pos de formar cuerpos dóciles, económicamente productivos. Las restricciones adoptadas puertas adentro, si bien no se cuestiona su eficacia en cuanto al cuidado en términos de contagios debido al covid, conjugan ambas racionalidades: vigilancia y control en pos de la salud a nivel clínico de la población, aunque en serio detrimento y provocando un franco retroceso en lo que refiere a grupalidades, reinserción laboral, desarrollo académico, entrenamiento de habilidades y lazos sociales. El encierro, primero efectivo desde una visión manicomial, luego reiterado bajo las medidas de control sanitario. Es decir, sobre este último punto, un conjunto de medidas, todas de tipo restrictivo, en sentido opuesto a otras alternativas posibles: actividades supervisadas mediante acompañantes terapéuticos, fomento del cuidado de sí y de los otros a través de, por ejemplo, actividades educativas en los casos en que esto sea viable.

Conclusiones

Resulta tan innegable como inconmensurable el impacto que la pandemia ha tenido. La diferencia de recursos, la propia subjetividad de cada cual y las múltiples dimensiones que se han afectado dificultan su medición, siendo que aún continúa vigente y sus efectos en la salud mental, incluso, pueden emerger posteriormente bajo efecto retroactivo. Una vez más, se ha profundizado la deuda del sistema para con sus pacientes en el sector de salud mental en contexto de internación: primero víctimas de una lógica de encierro bajo antiguos paradigmas, luego una carencia presupuestaria que deriva en la ausencia de dispositivos intermedios prolongado innecesariamente la internación [2] y, actualmente, suspendiendo todo aquello relativo al exterior del hospital. El desamparo en el sector, norma vigente desde antaño, repite sus formas bajo nuevos contextos. Por todo ello, es también necesario mencionar nuestra deuda en tanto agentes de salud en contexto de pandemia, con la necesidad de propiciar la reinserción social de las pacientes sin desatender los cuidados que esta nueva coyuntura ha traído.

Bibliografía

Amarante, P. (2006). Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Buenos Aires: Asoc. Madres de Plaza de mayo.
Ardila-Gómez S. Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. Rev. Argent. Salud Publica. 2021;13 Supl COVID-19:e26
CIS (2020). Informes de Opinión Pública CIS UADE-VOICES! Pandemia y Salud Mental.
Centro de Investigaciones Sociales (CIS). Fundación UADE. Voices! Research and
Consultancy. ISSN 2618-2173. Mayo 2020.
INFORME ALTERNATIVO: SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ARGENTINA 2013/2017. COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. 18° PERÍODO DE SESIONES / EVALUACIÓN SOBRE ARGENTINA. CELS. Agosto 2017.
Fernández, Ana María. (1999) "El campo grupal. Notas para una genealogía", Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
Foucault, Michel (2012). "El Poder Psiquiátrico". Buenos Aires. FCE.
Foucault, Michel (2008). Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión. Buenos Aires. Siglo XXI.
Goffman, Erving. (1961) Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos
mentales. 3° reimpresión. Buenos Aires. Amorrortu. 2001.
Ley Nacional de Salud Mental (26657/2010) Boletín Oficial N° 32041.

2 *Veáse: Informe alternativo: situación de las personas con discapacidad en Argentina 2013-2017 (CELS), p.13 en: https://www.cels.org.ar/web/wpcontent/uploads/2017/10/InformeComiteDerechosPersonasDiscapacidadAgo2017.pdf*

SERVICIOS DE SALUD: ACERCA DE LA LEGITIMACIÓN DEL TRABAJO EN SALUD MENTAL

Susana E. Morgado [A]

Introducción

Se establece un punto de partida en los desarrollos teóricos de De Lellis, M. (2006) quien refiere a la salud mental como históricamente concebida en forma disociada a los programas, servicios y recursos del sistema de salud en general, quedando segregada a ámbitos de atención confinados (hospitales monovalentes) por lo que postula hablar de "lo mental" en la salud, en pos de generar espacios donde las contribuciones profesionales desde la psicología pueden ser de cabal importancia en las crecientes problemáticas sanitarias, implicando esto la ampliación de oportunidades de inserción en nuevas instituciones o ámbitos comprendidos en el sistema de servicios de salud. La promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental abre espacios hacia un proceso de importantes transformaciones políticas e iniciativas desde el orden legislativo con fuerte impronta en el campo de la salud mental. Siguiendo esta línea de análisis acerca del contenido de dicha normativa, el autor sostiene que es meritoria la transformación de un modelo de atención en salud, en simultáneo a revisiones teóricas y prácticas acerca de la propia formación de recursos humanos en el campo de la salud mental.

De aquí el interés de este estudio, en pos de lograr una aproximación descriptiva acerca de representaciones sociales dominantes en profesionales de la salud mental de la Provincia de Mendoza, respecto de situaciones y experiencias en el marco de la Ley 26657.

El presente estudio no versa sobre la legalidad, sino acerca de la legitimidad. Se entiende que por la legalidad, existe una norma legal ya sancionada, reglamentada y con alcance nacional. Cuando se alude a la legitimidad, se está abordando la cuestión del reconocimiento formal y material de la vigencia de esta ley. En el orden formal, se trata de un actuar de acuerdo a los procedimientos establecidos. Y desde el punto de vista material, a un consenso y reconocimiento general que remite al contenido ético de esta norma, con referencia al contexto social en que debe ser aplicada. Se trata entonces de recorrer y profundizar sobre estos aspectos implicados en la legitimación de un lugar que es considerado y/o demandado, para un auténtico despliegue de la Psicología y de las prácticas en Salud Mental en general.

Metodología

El estudio siguió una metodología cualitativa a partir de un trabajo empírico de diseño fenomenológico. Los reportes fueron elaborados a partir de la interacción con 74 profesionales de la salud mental, que trabajan en el campo de la salud en los 3 sub-sectores: público, privado y de seguridad social; fue posible mantener estas intervenciones más allá del innegable desafío que está implicando un fenómeno sanitario y social de tan alto impacto como la Pandemia por COVID-19. Se emprendieron técnicas de Observación Participante y Entrevistas Semi-estructuradas orientadas a recabar datos demográficos y laborales en relación con la profesión y una segunda instancia, consistente en la demarcación de ejes conceptuales abiertos, que operaron como elementos inductores de asociaciones libres por parte de los/as entrevistados/as.

Para el análisis de los datos, se pretendió hallar saturación en relación a contenidos, frecuencia, palabras más evocadas y el valor simbólico de las mismas siguiendo criterios a partir de la Teoría

[A] Lic. en Ciencias Psicopedagógicas – Lic. en Psicología. Docente. Universidad de Congreso - Universidad Católica Argentina (Delegación Mendoza) - Municipalidad de Guaymallén (Dirección de Salud) Guaymallén, Mendoza. Argentina. suelmorgado@gmail.com

del Núcleo Central (Abric, 2003). A los fines de aportar sustento cuantitativo de respaldo, se realizó un análisis y cruce de datos mediante el Paquete Estadístico SPSS v.21.

Resultados

Se describen conceptos centrales de mayor frecuencia en cada categoría trabajada y se ofrecen recortes narrativos de algunos/as participantes. La extensión del trabajo no se verá cabalmente reflejada en esta presentación, apelando a la síntesis requerida para dar cumplimiento a las formalidades establecidas. No obstante ello, se comparten los resultados que hicieron relieve en el marco de los objetivos pretendidos.

La procedencia de participantes: Gran Mendoza y Zonas Norte, Este, Valle de Uco y el Sur de la Provincia. El 75% mujeres y el 25% hombres / Edades desde los 25 a los 62 años. Se describen Núcleos Centrales manifiestos y sus respectivas frecuencias (datos porcentuales), también se mencionan los conceptos periféricos que han acompañado a los términos destacados como nucleares:

Categoría: Paradigma Salud - Salud Mental:

Primacía del Modelo Médico Hegemónico:	30.4%	
Inclusión - Reconocimiento de Derechos: (referidos a Salud Mental)	19.6%	
Orientación al Modelo Integrativo:	25.0%	
Otras conexiones conceptuales: **Lugar asignado a la SM en el Sistema de Salud Mendocino:**	Relegada, no importa, no es prioritaria y es subestimada:	73.2%
	Situación variable que depende del ámbito de trabajo y de decisiones políticas:	19.6%

Categoría: Aplicación de la Ley 26657 y Asistencia en Salud Mental:

Se implementa a modo de proceso:	25.0%	
No se implementa:	23.2%	
Se desconoce y requiere de mayor difusión:	19.6%	
Conexión con otros conceptos **Situación actual de la asistencia en Salud Mental:**	Mediocre y precaria:	21.4%
	Requiere de Trabajo en Red:	21.4%
	Mala administración y bajas remuneraciones:	16.1%

Oportunidad para Acciones de Prevención y de Promoción:	Escasas oportunidades - predominio del asistencialismo:	42.9%
	Hay oportunidades que dependen de la buena voluntad de los profesionales:	28.6%
Acciones o Programas de SM con Base	No se practica - no hay tiempo ni recursos:	28.6%
	Sólo se trata de buenas intenciones y hay que estar bien formado:	28.6%
	Algunas instituciones logran impulsarlo:	21.4%

Categoría: Función del/a Profesional de la Salud Mental en el Sistema de Servicios de Salud Mendocino:

Se generan varias conexiones conceptuales:		
Lugar de la Psicología en el Sistema de Servicios de Salud en Mza:	Periférico y secundario:	37.5%
	Imprescindible pero "no es valorado":	32.1%
	Predominio del trabajo individual y aislado:	19.6%
Posibilidades para el Trabajo en Equipo Interdisciplinario:	Depende de la formación profesional y de la buena voluntad:	25.0%
	Se practica a medias y como se puede:	23.2%
	Interesante, pero no se practica:	16.1%
Lugar asignado a la Psicología en los Equipos de Salud:	Sólo existe como espacio de derivación de "casos difíciles":	46.4%
	Depende de la visión que tengan de la SM los/as profesionales y la institución:	19.6%

Se transcriben algunas narrativas:

Posición del Psicólogo centrada en la demanda de atención clínica del paciente- poco involucramiento en proyectos- imagen del médico sobrevalorada por parte de la población, en relación a la del psicólogo. Salud mental: un lujo, no una necesidad.

Al psicólogo generalmente se lo tiene en cuenta para que realice un psicodiagnóstico. Hay poca consulta sobre la evolución y para pensar estrategias de abordaje en conjunto. Faltan más instituciones que intervengan en la salud mental, como ambulatorios, hospitales de día, etc., no son suficientes y esto impide el acceso de los más vulnerables y que existan espacios en consonancia con la ley de salud mental…

Conclusiones

Estos insumos permiten advertir el peso de las experiencias reportadas por los/as participantes y muestran convergencias en un número significativo. Se entiende que si bien, este sorprendente fenómeno de la Pandemia por COVID-19 impulsó a que estas temáticas planteadas por los/as profesionales de la Salud Mental se hicieran más pronta y crudamente manifiestas, también hizo posible el despliegue de recursos y habilidades antes impensados, abriendo la posibilidad de revalorar el lugar, posición y función de quienes tienen la invaluable tarea de velar por la salud integral de sus semejantes.

Tales contenidos ponen luz sobre experiencias de un campo cuyas prácticas precisan ser mejoradas; de un espacio y dinámicas que reclaman por su reconocimiento; la valoración de estrategias promocionales y preventivas; así como la importancia de propiciar un trabajo a partir de equipos capaces de trascender fronteras de aquellos saberes propios de cada disciplina, para instaurarse en una esperada transversalización con actitud propositiva para hacer "nuevas lecturas" de la realidad, elucidar sus obstáculos y fomentar propuestas de abordaje e intervenciones, que se traduzcan en el bienestar y en la salud mental de la población a la que se dispensan los servicios. Se trataría de otras formas de gestión en salud, desde un marco de profundo respeto por la ciudadanía, toda vez que se piense en el acceso a este bien social como derecho fundamental del ser humano; ello en consonancia con recomendaciones aportadas por la CONISMA (Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones, 2014) que destaca cuestiones relevantes acerca de estas garantías. Es preciso entonces, tomar una perspectiva sistémica e integral en relación a las políticas públicas en materia de salud mental.

Finalmente, siguiendo conceptos desarrollados por Díaz Arana (2020) se considera de interés, referir a la relación entre la atención en salud mental y el orden paradigmático propuesto por la Atención Primaria de la Salud, también formulada en la Ley Nacional de Salud Mental. En este sentido, es muy clara la expresión de Solitario, Garbus y Stolkiner (2008) cuando refieren a la necesidad de una verdadera reconversión de los recursos humanos en salud y la salida de reduccionismos que identifican a este primer nivel de atención clásicamente focalizado en la salud materno infantil, medicina general, pediatría, vacunación, etc. siendo excluidos los temas asociados a padecimientos mentales. Se instaura entonces, la consigna de retomar conocimientos y reflexiones acerca de este escenario constituido por el primer nivel de atención, que no termina por abrir paso a la salud mental. Sólo desde este punto de comienzo y con el necesario apoyo político-institucional, podrían valorarse avances en la esperada implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

Bibliografía

Abric, J.C. (2003) La búsqueda del núcleo central y la zona silenciosa de las representaciones sociales. En J.-C. Abric (Ed.), Métodos de estudio de las Representaciones Sociales. (pp. 59-80). Ramonville Saint-Agne: Érès

De Lellis, M.(2006) Psicología y políticas públicas de salud. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Díaz Arana,F. (2020) La ley de Salud Mental en Argentina hoy: intersecciones y debates con el campo de la gestión, las políticas en APS y la epidemiología. Artículo Congreso Nacional de Salud Mental (Octubre, 2020) Buenos Aires. Argentina.

Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA) (2014). Acta N°6/14. Anexo Recomendación General. República Argentina.
Ley Nacional de Salud Mental N°26657/10. República Argentina.
Solitario R, Garbus P, Stolkiner A. (2008): Derechos, ciudadanía y articulación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. En: Díaz Arana,F. (2020) La ley de Salud Mental en Argentina hoy: intersecciones y debates con el campo de la gestión, las políticas en APS y la epidemiología. Artículo Congreso Nacional de Salud Mental (Octubre, 2020) Buenos Aires. Argentina.

ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA FIGURA DEL ABOGADO DEL NIÑO DESDE UNA MIRADA INTERDISCIPLINARIA. UN ESTUDIO EXPLORATORIO Y DESCRIPTIVO

Claudia Amigo [A], Adriana Reale [B], Mará José Banchero [C], Pedro Rolando [D], Santiago Andrés Baroffio [E], Margarita Erbiti [F], María Paula Franceschetti [G], Gabriel Herrero [H], Antonela Cufre [I], Martina Candela Aliberti [J], Tamara Ledesma [K], Federico Massini [L], Irina Christensen [M], Ornella Monteffusco [N], Rut Carolina Durante [Ñ] Matías Pizzorno [O]

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo analizar la aplicación de la figura del abogado del niño, creada por ley 26.061, en los distintos fueros del Departamento Judicial de Bahía Blanca, determinando así su efectividad en términos reales en dicha jurisdicción. Para ello resulta fundamental su abordaje, como indica el título de la presentación, desde una mirada interdisciplinaria, evitando así todo tipo de análisis sesgado, segmentado o realizado bajo la forma de compartimentos estancos.

Se busca una nueva mirada interdisciplinariamente sobre el abogado/a del niño como un nuevo actor procesal, emergente o generado desde la aprobación de *la Convención sobre los Derechos del Niño* (1989) y las leyes especiales.

El derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser oídos y representados por un abogado encuentra su fundamento tanto en normativa nacional como internacional.

En materia Internacional, la *Convención sobre los Derechos del Niño* construye una nueva concepción del niño o niña y de su forma de relacionarse con la familia, la sociedad y el Estado, que

[A] Dra. en Psicología. Psicóloga Clínica. Presidente de la AASM filial Bahia Blanca. Docente de universidades. UNISAL. Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina. amiclaudia@gmail.com
[B] Abogada. Mediadora. Especialista en Derecho de Familia. Directora del Instituto de Derecho de Familia del Colegio de Abogados Bahía Blanca. Docente UNISAL. Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina. estudioabogadadefamilias@gmail.com
[C] Lic. en Psicología. Miembro de la AASM filial Bahía Blanca. Psicóloga del SLPPDNNA de la Municipalidad de Bahía Blanca. UNISAL. Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina. majobanchero@hotmail.com
[D] Abogado. Docente. UNISAL. Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina. rolandopedro.abo@gmail.com
[E] Abogado. Docente. UNISAL. Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina. santiagobaroffio@hotmail.com
[F] Lic. en Psicología. Docente universitaria. UNISAL. Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina. erbitimargarita@hotmail.com
[G] Abogada UNISAL. Traductora. UNISAL. Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina. franceschettimariapaula@gmail.com
[H] Abogado UNISAL. Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina. gaby741939@hotmail.com
[I] Estudiante de Derecho (UNISAL). Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina. antonelacufrein@gmail.com
[J] Estudiante avanzada de Derecho (UNISAL). Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina. martialiberti@hotmail.com
[K] Estudiante avanzada de Derecho (UNISAL). Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina. tamara.s.ledesma@gmail.com
[L] Contador y estudiante de Derecho (UNISAL). Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina. federicomassini@hotmail.com
[M] Estudiante avanzada de la Lic. en Psicología (UNISAL). Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina. irichristensen98@gmail.com
[N] Estudiante avanzada de la Lic. en Psicología (UNISAL). Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina monteffuscoorne@gmail.com
[Ñ] Estudiante de la Lic. en Psicología (UNISAL). Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina. rutcarodurante@gmail.com
[O] Estudiante de la Lic. en Psicología (UNISAL). Bahía Blanca, Buenos Aires. Argentina. matiaspizzorno5@gmail.com

se basa en el reconocimiento expreso del niño como sujeto de derecho, en oposición a la idea de ser definido a partir de su incapacidad jurídica. Dicha Convención Internacional proclama un reconocimiento normativo de los niños y niñas como *sujetos titulares* de derechos propios, *sujetos activos* de derechos y con *capacidad de ejercicio*, reconociendo que tienen derechos y garantías propias.

En Argentina, se han aprobado diversas normas, tanto en el ámbito nacional como local, que reconocen el derecho del niño a contar con un abogado de su confianza.

La Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (N°26.061), en su artículo 3, entiende como interés superior de los Niños/as a la máxima satisfacción integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en ella, debiéndose hacer respetar su condición de sujeto de derecho, su derecho a ser oídos, que su opinión sea tenida en cuenta y el respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural. Asimismo, dicha ley consagra, en su artículo 27 inciso c., la figura del abogado del niño, según el cual *"el niño tiene derecho a ser asistido por un letrado preferentemente especializado en niñez y adolescencia desde el inicio del procedimiento judicial o administrativo que lo incluya"*. Luego, el decreto 415/0, reglamentario de dicha norma, dice lo siguiente: *"(…) el derecho a la asistencia letrada previsto por el inciso c) del artículo 27 incluye el de designar un abogado que represente los intereses personales e individuales de la niña, niño o adolescente en el proceso administrativo o judicial, todo ello sin perjuicio de la representación promiscua que ejerce el Ministerio Pupilar*". Ya se observa aquí de manera clara la diferencia existente entre el "Abogado del niño" y el "Asesor de Menores", y que si bien ambas figuras pueden coexistir en un proceso judicial, sus funciones y finalidades son radicalmente distintas, siendo que mientras el Abogado del Niño acompaña, patrocina o asiste al

Niño, niña o adolescente, el Asesor de Menores defiende los intereses del Estado (García Méndez, 2006).

En la provincia de Buenos Aires la figura fue instaurada mediante la *Ley 14.568,* en cuyo primer artículo se indica que el abogado del niño *"deberá representar los intereses personales e individuales de los niños, niñas y adolescentes legalmente ante cualquier procedimiento civil, familiar o administrativo que los afecte, en el que intervendrá en carácter de parte, sin perjuicio de la representación promiscua que ejerce el Asesor de Incapaces. En los procedimientos indicados en el párrafo precedente, será obligatorio informar al niño, niña y adolescente de su derecho a ser legalmente representado por un Abogado del Niño"*.

Asimismo, continuando con el encuadre normativo, *el Código Civil y Comercial de la Nación (Ley 26.994)* reconoce en su artículo 26 el derecho de los niños a la asistencia letrada, al indicar que *"la persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. No obstante, la que cuente con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada"*.

La ley de Salud Mental 26.657 y su aplicación en el ámbito de la infancia, establece los derechos que gozan todas las personas sin importar su edad. Respecto al abogado defensor del niño internado, deberá completarse el artículo 22 de la *Ley de Salud Mental* -"la persona internada involuntariamente con su representante legal tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera el estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse de la internación y solicitar la externación en cualquier momento"- con el art.27 inciso c de la ley 26.061, integrándose armónicamente ambas leyes con la *Convención sobre los Derechos del niño* y los instrumentos internacionales.

En esta instancia del análisis, habiéndose descripto someramente el contexto normativo de la figura analizada, cabe reiterar que este trabajo pretende analizar el concepto de niñez y adolescencia tanto desde la órbita del Código Civil y Comercial de la Nación (Ley general) como desde la concepción receptada en la *Convención sobre los Derechos del Niño* y, las Leyes 26.061 y

14.568, constituyendo estas últimas las leyes especiales que regulan la materia, y por ende, primordiales.

A partir de esta linea de pensamiento se investiga sobre las distintas posturas jurisprudenciales y doctrinarias existentes en torno a los supuestos en los cuales podrá intervenir el *Abogado del Niño* en un proceso judicial o administrativo, con miras a brindar soluciones y agrupar los conflictos por causas y efectos, concientizar respecto a la importancia de la función que cumple el Abogado Defensor del Niño, y su vinculación con los estándares y obligaciones asumidas por la Argentina en el ámbito local e internacional y, asimismo, determinar la efectividad de la figura en los distintos fueros del Departamento Judicial de Bahía Blanca.

Previo a abordar el recorte planteado, se vuelve imprescindible resaltar que de la propia lectura de las normas antes descritas surge en forma palmaria y visible la discordancia existente entre el texto de la Ley 26.061 en conjunto con el de la Ley 14.568 -que crean e instauran en el ámbito nacional y local la figura del abogado del niño- con el artículo 26 del *Código Civil y Comercial,* que no solo utiliza el concepto de capacidad progresiva como un limitante de la intervención del niño en un proceso judicial o administrativo con su propio letrado, sino que incluso agrega un nuevo requisito, que es la existencia de intereses contrapuestos.

Esto es especialmente traído a colación dado que uno de los principales condicionantes de la intervención y la efectividad del *Abogado del Niño* en el Departamento Judicial estudiado está dado por las interpretaciones disímiles entorno a los presupuestos que deben existir para habilitar la actuación de esta figura, lo cual genera diversas resoluciones, con argumentos distintos y dispares, cuando ello no debería ocurrir si se aplicaran correctamente las leyes especiales que regulan la materia (Ley Nacional N° 26.061 y la ley de la Prov. de Bs. As. N° 14.568).

Se entiende que no existe vaguedad normativa o falta de regulación de la figura del *Abogado del Niño*, sino que en realidad coexisten junto a la ley que instauró la figura otras normas que han sido dictadas desoyendo su texto o incluso en clara contradicción con aquel, imponiendo restricciones a su intervención que la propia ley especial no había establecido.

Esta circunstancia no ha pasado desapercibida, tanto para la doctrina como para la jurisprudencia, lo cual ha dado lugar a la existencia de diversas posturas en términos teóricos y de disímiles resoluciones judiciales, creando un escenario de incertidumbre que no debería existir, principalmente por la claridad que poseen tanto la ley 26.061 como la ley 14.568.

En términos doctrinarios se han adoptado diversas posturas con relación a los presupuestos que deben existir para justificar la intervención de un *Abogado del Niño* como patrocinante de un menor de edad, a saber, una postura llamada amplía, otra restringida, y finalmente, la postura intermedia.

Las diferentes posturas con respecto a la figura se fundan en la forma de pensar la capacidad, y requieren de un análisis que implica aspectos de carácter evolutivos y psicológicos, los cuales muchas veces no son tenidos en cuenta.

La postura amplia sostiene que la intervención del niño, niña o adolescente con asistencia letrada en un proceso judicial o administrativo que lo afecte es una *garantía mínima de procedimiento* y por lo tanto, ni la edad, ni la capacidad procesal pueden condicionar esta participación, con fundamento en el art. 27 de la ley 26.061, y en la Ley 14.568 en el ámbito local. En contraposición a esta postura, se encuentra la *postura restrictiva*, que entiende que para poder tener su propio abogado el niño/a debe tener *capacidad para los actos lícitos*, ya que antes de dicha instancia el menor de edad no puede dar mandato ni indicaciones y por ende no podría ser parte en un proceso ni contar con asistencia letrada. Finalmente, *la postura intermedia*, considera que deben rechazarse los límites etarios excluyentes y aconseja dejar librado a la decisión judicial la procedencia o no de la designación, analizando en el caso en concreto el grado de madurez y desarrollo del menor de edad, de la mano de la autonomía y la capacidad progresiva.

Asimismo, y con fundamento nuevamente en la incorrecta regulación establecida por la norma general (Código Civil y Comercial) y los requisitos allí impuestos, también las sentencias judiciales

han optado por aplicar diversas posturas, según en qué teoría doctrinaria se enrole el magistrado de turno.

A modo de ejemplo, en autos "M.C.S. c/ C.S. y otros s/ daños y perjuicios" (sentencia de fecha 29/10/2015), el juez de grado decretó la caducidad de instancia en un proceso judicial donde se reclamaba con relación a una mala praxis sufrida por un menor de edad, el cual no tuvo su propio letrado -representación directa-, sino que intervino representado por su madre, y esta última con patrocinio letrado. Luego, una vez apelada dicha resolución, la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Mar del Plata resolvió que: *"(...) la intervención directa del Ministerio de Menores es excepcional y cesa con la actuación directa y principal del representante legal (con cita del art. 59 del C.C. y su doctrina) (...) en autos el Ministerio no actuó en forma negligente dado que es "materialmente imposible" que asuma la representación directa de los niños en más de 14.000 causas en trámite en que interviene (...) Resulta de claridad meridiana que no hay estrictamente un conflicto de intereses entre C.M. y su mamá, pero, también que no han estado debidamente defendidos (...) el sistema reconoce a los niños el derecho a ser partes y a contar con una representación legal independiente de la de sus padres, y esa es, según Gozaini (2009), la función del abogado del niño. La figura no era incompatible con la representación dual y conjunta que organiza el artículo 59 del Código Civil y Comercial., ni lo es ahora, con el esquema del art. 130 del Código Civil y Comercial de la Nación, aún en el supuesto de la actuación principal del Ministerio Público, contemplada en el apartado b. del artículo (decreto 415/2006 reglamentario de la ley 26.061) (...) la Sra. Asesora pidió la designación de un tutor ad litem (o especial, art. 109 CCCN), petición que se condice con la edad de la niña, porque como sostiene Gozaíni (2009) ninguna de las normas de la ley 26.061 condiciona la actuación del niño en el proceso al suficiente juicio, madurez o grado de desarrollo intelectual, lo que significa que un niño de pocos días de vida tiene derecho a participar en el juicio que lo afecta y a contar con un abogado que lo asista. (...) una inadecuada representación de los niños, no puede, en mi consideración, acarrear la perención de la instancia y dejar, eventualmente, sin reparación el daño sufrido".*

De dicho fallo, que pareciera adoptar una postura amplia, se extraen una serie de conclusiones, por una parte, la figura del *Abogado del Niño* es completamente compatible con la intervención del Asesor de Menores, dado que sus funciones y el tipo de representación que asumen con relación al menor de edad son diferentes al interior del proceso, y asimismo, a partir del extracto citado de Gozaíni, se trae a colación en la sentencia que ninguna de las normas de la ley 26.061 –ley especial- condiciona la actuación del niño en el proceso al suficiente juicio, madurez o grado de desarrollo intelectual, lo que significa que un niño de pocos días de vida tiene derecho a participar en el juicio que lo afecta y a contar con un abogado que lo asista.

Luego, el mismo organismo -Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Mar del Plata-, en autos "I.R.B. c/ D.R.Ch.F.M. s/ incidente de modificación de cuidado personal de hijos" (11-abr-2019) , en un fallo en el que pareciera se aparta de sus propias consideraciones emitidas en la sentencia antes transcrita, adopta una postura intermedia, resolviendo que: *"(...) sentado lo anterior, advertimos que en el caso bajo análisis, se observan una serie de connotaciones especiales en torno al principio de la capacidad progresiva que muestran la innecesariedad e inconveniencia de la designación de la figura del abogado del niño: a) M. cuenta con apenas cuatro años de edad. Ello denota la carencia de grado de discernimiento y madurez suficiente como para tener participación autónoma como parte procesal. Su muy corta edad pone en evidencia las dificultades propias de su etapa evolutiva como para poder dar directivas a un letrado: no tiene aún suficiente capacidad de comprensión, no está en condiciones de formarse un juicio propio, no ha alcanzado su pleno_desarrollo, no cuenta con entendimiento apto para llevar a cabo por sí personalmente un acto que pueda ser considerado eficaz (...)".*

Aquí se observa que se adopta una postura intermedia, utilizándose la noción de capacidad progresiva como un limitante a fin de determinar la posibilidad de intervención de un *Abogado del Niño* en representación de los intereses del menor de edad, lo cual entendemos se aparta de

los presupuestos de la ley especial que regula la materia, dado que la misma no exige tales presupuestos para tener por habilitada la participación de dicho letrado en resguardo del interés superior del niño.

Al respecto de esta postura intermedia, Solari (2015) expresa que se confunde la capacidad progresiva del niño con el derecho al patrocinio letrado, dado que el derecho de tener un patrocinio letrado es independiente de la capacidad progresiva, la cual se refiere a la mayor o menor influencia de su voluntad en las cuestiones a resolver y no al derecho de contar con asistencia letrada en el juicio, y que asimismo, la condición de madurez y edad suficiente permite inferir que por vía de la ley inferior se está formulando discriminación a todo aquel que no tenga un grado de madurez suficiente, cuando la normativa descripta con anterioridad no lo exige como requisito.

Por su parte, adoptando la llamada postura restringida, encontramos un reciente fallo de primera instancia dictado por un *Juzgado de Familia* donde en el marco de una homologación de modificación al régimen de comunicación acordada entre progenitores, la niña "objeto" de dicho proceso se presentó con patrocinio letrado buscando ser parte (abogada de confianza - defensora elegida por ella misma). Ante tal solicitud personal de la niña, la magistrada optó por rechazar su presentación como parte en el proceso mediante su Defensora o Abogada del niño, y en sustitución de su pedido fijó una fecha para oír a la niña de forma personal "si ese es su deseo", indicando que "(...) *ante la edad de la peticionante, nacida el 13/03/2010 es dable presumir que no cumple con los recaudos exigidos por el Código Civil y Comercial, ya que no cuenta con la edad y grado de madurez suficiente para intervenir en el proceso en calidad de parte con patrocinio letrado, careciendo de aptitud para impartir a su representante directivas con el objeto de llevar adelante una defensa técnica con el fin de proteger sus derechos. Por otro lado, no se advierte conflicto de intereses con sus representantes legales que amerite la intervención de un tutor especial (...)"*

De esta manera podemos observar claramente cómo los propios operadores del sistema agregan requisitos que la propia ley especial no prevé, imponiendo un límite que surge del mero arbitrio del artículo 26 del *Código Civil y Comercial de la Nación,* que no respeta en ningún sentido el enorme marco normativo que lo engloba, incluyendo tratados internacionales con jerarquía constitucional, valiéndose así de antiguos paradigmas que desconocen la condición de sujeto de derecho de la niña y su consecuente posibilidad de acceder a la justicia como sujeto titular de sus derechos.

Posteriormente, y ante la apelación de la niña por la negación de sus derechos, la sentencia fue revocada por la Excma. Cámara de Apelaciones.

Esto nos permite retomar uno de los principales objetivos de la investigación: determinar la efectividad de la figura en el Departamento Judicial de Bahía Blanca. Así cabe aclarar que, al día de la fecha, los órganos jurisdiccionales locales consultados sobre el tema han optado por no responder, lo cual implica una respuesta en sí misma.

Retomando el último caso mencionado dictado por un magistrado en febrero del 2020, la Excma. Cámara de Apelaciones revocó la sentencia manifestando que: *"(...)receptando nuestro derecho la noción de capacidad progresiva (Art. 5 Convención sobre los Derechos del Niño) y reconociendo el Art. 27 A de la ley 26.061 el derecho de defensa técnica de la persona menor de edad, cualquiera fuese su edad, grado de comprensión y la existencia o no de intereses contrapuestos con sus representantes, acceder a una interpretación restrictiva como la que viene cuestionada, implica un retroceso en la progresividad de los derechos de esta naturaleza y va en contra del ´piso mínimo´ que las normas aludidas determinan"*.

Es por ello que, con argumentos similares a los traídos en consideración en esta investigación, el organismo resuelve revocar la decisión tomada en primera instancia y, previo a resolver el pedido realizado por la menor, evaluar a la niña a través del equipo interdisciplinario y su grado de madurez para luego determinar si podrá contar con patrocinio letrado propio o no.

Como se menciona anteriormente, en el trabajo de investigación se considera que la participación activa del menor de edad en todo proceso, a través de un defensor especialista en la materia, es una cuestión necesaria, trascendental e irrevocable que nada tiene que ver con su capacidad

o grado de madurez, lo que en todo caso incidirá en la posibilidad de otorgar mayores o menores directivas, o en la manera en que las mismas se manifiestan, pero que de ninguna manera puede afectar su calidad de parte procesal en toda cuestión que lo involucre.

Asimismo, los motivos por los cuales todo niño/a o adolescente tiene derecho a intervenir con su propio letrado en aquellos procesos judiciales o administrativos que le conciernen, no sólo encuentra justificación desde el punto de vista jurídico, sino que el abordaje interdisciplinario que aquí se adopta permitirá resaltar que también desde los aportes de la psicología es completamente desacertado ligar la madurez y la posibilidad de un menor de edad de manifestar su sufrimiento a un criterio estrictamente cronológico.

El niño desde su nacimiento tiene derecho a adquirir un abogado porque desde este momento evolutivo comienza a constituirse su capacidad progresiva, la cual no está ligada únicamente a la edad cronológica. A lo largo del desarrollo se va desplegando la capacidad de expresarse del niño, así, el lenguaje verbal es sólo uno de los modos de comunicación. Incluso antes del dominio pleno de la comunicación oral, se pueden encontrar otros indicadores a través de los cuales un niño se expresa. Desde la disciplina de la Psicología, en especial de la *Psicología Evolutiva*, se ha investigado cómo tempranamente pueden evidenciarse conductas que permiten conocer acerca de la situación que el niño está vivenciando. El desarrollo cognoscitivo a la vez que el desarrollo moral, no necesariamente sigue un curso lineal pues puede ocurrir que se vea facilitado, inhibido o interrumpido de acuerdo a las circunstancias que rodeen la vida infantil. De acuerdo a Winnicott (2015), el ambiente es decisivo en el desarrollo emocional del niño, pudiendo ser facilitador del mismo o por el contrario, determinante de graves patologías.

Una de las características de la conducta es la de poseer sentido, es decir, una intención. La palabra comunicativa (el relato), el dibujo y el juego simbólico como funciones simbólicas tienen el valor de poder representar los objetos ausentes, un pensamiento y un sentimiento a partir de los 24/30meses de edad. En el caso del bebé, que todavía no ha adquirido el lenguaje simbólico, son manifestaciones que tienen capacidad significativa el lenguaje corporal, el juego sensorio motor, la sonrisa, los sueños y actos sintomáticos. Por mencionar un ejemplo, un bebe abusado sexualmente, presenta juegos y conductas sexuales inapropiadas para la edad. Otro bebé, por ejemplo, sometido al abandono materno manifiesta depresión anaclítica.

Desde el primer año de vida se inicia el desarrollo progresivo tanto en el aspecto cognitivo, afectivo y moral. Allí se despierta, gracias a la relación del niño con su entorno, tanto la conciencia del yo como la del objeto mediante el manipuleo del mundo circundante objetivo. De esta manera, el pequeño logra ir apoderándose de las cosas, por ejemplo, se acerca a ellas gateando, las muerde o desarma y así experimenta la temprana vivencia del objeto que en el segundo año de vida, con la aparición del habla y las funciones de representación simbólica, sufren un cambio cualitativo. Esto que sucede es un acto de dominar en el cual ese niño inicia una nueva relación con el mundo, puesto que al nombrar las cosas, logra también comenzar a distinguir el mundo objetivo de su esfera subjetiva.

Mediante la capacidad simbólica adquirida en este momento, el niño deambulador pasa de un mundo de percepciones fugaces y ligado al aquí y ahora a tener representaciones que le van a permitir estabilizar y objetivar la imagen del mundo en el que se encuentra inmerso. De esta manera se despierta en el niño la capacidad de poder representarse en su propia mente, los pensamientos o emociones de un Otro. De acuerdo a Griffa y Moreno (2018), cuando el niño adquiere la capacidad simbólica es capaz de pensar aun cuando no perciba un objeto ni actúe sobre él. Asimismo y en estrecha relación con lo antes mencionado y desde numerosos experimentos con respecto a la validación de la *Teoría de la Mente*, se ha confirmado que el niño a partir de los tres años es capaz de representarse las representaciones del otro en su propia mente, adquiriendo una capacidad metarrepresentacional fundamental para las actividades de cooperación, colaboración y competencia. Ello da cuenta de una capacidad de comunicación y táctica que le facilita su expresión dentro de una situación relacional.

Si bien las capacidades del niño para hacerse oír no están determinadas únicamente por su edad cronológica, es indispensable conocer las edades cronológicas en las que es esperable que aparezcan ciertos logros o pautas de conductas porque de no hallarse presentes se puede presumir que algo está interfiriendo como obstáculo para el desarrollo integral.

Con respecto a las capacidades cognoscitivas, Piaget (1969) afirma que evolucionan a través de *estadios* cualitativamente diferentes. El primer estadio, entre el nacimiento y los 24/30 meses, se denomina *sensorio motor* porque, a falta de función simbólica, el bebé no presenta todavía pensamientos ni afectividad ligada a representaciones que permitan evocar a las personas o a los objetos ausentes. El niño, en ente estadio, conoce a partir de la interacción de su acción física sobre los objetos y elabora subestructuras cognoscitivas que le servirán de punto de partida a sus construcciones perceptivas, intelectuales y afectivas ulteriores. El bebé pasa del nivel reflejo de completa indiferenciación entre el *yo* y el mundo a una organización relativamente coherente de las acciones sensoriomotoras ante su ambiente inmediato. No obstante, la organización es práctica en el sentido de que supone simples ajustes preceptuales y motores a las cosas antes que la manipulación simbólica de las mismas (Piaget & Inhelder, 1969).

El segundo estadio, el *preoperacional* se subdivide en el estadio simbólico(entre 2 y 4 años) y el intuitivo (entre 4 y 7 años).

El periodo simbólico es el primer período de la elaboración del pensamiento representativo: a cada objeto le corresponde una imagen mental que le permitirá evocarlo en su ausencia. El pensamiento propio de estos primeros momentos de la representación no alcanza al equilibrio permanente entre asimilación y acomodación sino que presenta una serie de equilibrios parciales o inestables. La representación comienza cuando los datos sensoriomotores son asimilados a objetos evocados y no perceptibles en un momento dado. Nace de *significantes* que permiten evocar los objetos ausentes (significados) por medio de un juego de significaciones que los relaciona con los elementos presentes. Esta función hace posible la adquisición del lenguaje o signos colectivos y alcanza a los símbolos que intervienen en el desarrollo de la imitación, el juego y las representaciones cognoscitivas. El pensamiento es preconceptual y es una de sus características el egocentrismo porque no tiene en cuenta el punto de vista de los otros. El *periodo intuitivo* se caracteriza por el pasaje del pensamiento egocéntrico a la descentralización y el niño comienza a ganar la capacidad de ponerse en el lugar de los demás.

El estadio siguiente es el de las *operaciones concret*as (entre 7 y 12 años), momento en el cual el pensamiento se transforma en reversible: el niño es capaz de operaciones intelectuales como clasificación, seriación y correspondencia para llegar a conclusiones válidas, es decir, ya no conoce intuitivamente sino racionalmente sobre objetos concretos que puede percibir.

En el último estadio, el de las *operaciones formales* (a partir de los 12 años) el pensamiento es hipotético deductivo. El adolescente es capaz de razonar sobre proposiciones a título de hipótesis sin necesidad de apoyarse en el objeto concreto y puede deducir las conclusiones abstractas.

El desarrollo moral está íntimamente ligada al desenvolvimiento de los procesos cognitivos y afectivos, así como también a las relaciones interpersonales. Pero la moralidad, no se debe confundir con lo afectivo, ni con lo social ni con lo cognitivo ya que supone dichos procesos pero posee especificidad. De allí es que se debe distinguir los sentimientos, relaciones sociales y juicios morales de aquellos sentimientos, relaciones y juicios que no poseen dicha cualidad.

Bull (1976) y Winnnicott (1986) sostienen que el niño no nace con conciencia moral pero sí con una capacidad del sentido moral potencial.

A partir de los dos años comienza un periodo de afirmación de sí, de modo que el niño consigue dirigir, de acuerdo a su voluntad, sus modos de comportamiento; de allí que las exigencias morales tienen sentido por primera vez. El niño en este momento experimenta el conflicto entre sus deseos y la incipiente conciencia moral, es decir, puede representarse por anticipado las consecuencias de su posible conducta como ser castigado o premiado, como también, tener la capacidad de determinarse hacia una de esas dos posibilidades. El niño capta conscientemente la diferencia entre

lo bueno y lo malo y puede dirigir voluntariamente los impulsos, pero alcanza tan solo un grado de moral ingenuo. Pues en esta edad, lo bueno y lo malo no significan en su conciencia otra cosa más que estar de acuerdo con los mandatos y prohibiciones de sus padres y adultos en general.

La educación moral a partir de los dos años tiene en cuenta la relativa capacidad de discernimiento del niño y por lo tanto cobra así importancia la obediencia a los mayores. Esta obediencia le permite ir conociendo los caminos por los cuales debe transitar mientras no ha logrado todavía discriminarlo por sí solo, es decir, que tendrá oportunidades de tomar decisiones razonables dentro de un marco establecido y aprender a ser responsable y perseverante. Gradualmente, en la medida que el yo y su conciencia moral se desarrollen, el niño no debe ser forzado por la mera coacción de la autoridad ni por el temor al castigo, sino que los cuidadores pueden persuadirlos que ahora están en condiciones de tener iniciativas. Por ello es esperable que los adultos se mantengan atentos para poder discernir cuándo al niño puede dejárselo obrar libremente y cuándo es necesario ponerle límites.

Otro aspecto importante a considerar es la comunicación a establecer con el niño, niña o adolescente en respaldo de sus derechos, lo que lleva a analizar los rasgos de personalidad con los que debe contar y presentarse el abogado para que el niño lo identifique con un adulto de confianza, quien tiene a cargo su protección y defensa. Este aspecto se vuelve fundamental en casos de niños, niñas y adolescentes, quienes en su desarrollo solo pueden contar e identificar al adulto como al agresor. Es necesaria la creación y puesta en marcha de un ambiente seguro en el que puedan desarmarse subjetivamente para poder encontrar nuevos anclajes, dar lugar a expresiones tanto conscientes e inconscientes y poder posicionarse subjetivamente. La posibilidad que recurran, acepten y confíen en la figura eje de nuestra investigación está en dependencia con el desarrollo de la confianza interpersonal. la confianza interpersonal se establece mediante una buena relación temprana con la madre. En la medida que el bebé encuentra en sus vínculos a un ser capaz de captar sus señales y responder a sus demandas, como también capaz de contener sus ansiedades y temores, es que comienza a confiar en el mundo y en los otros (Griffa y Moreno, 2018).

La Declaración sobre los Derechos del Niño junto con los Tratados Internacionales y las Leyes debidamente mencionadas en la investigación que nos ocupa significan un avance para la protección de la infancia. Eso implica por un lado el conocimiento de la situación de vulnerabilidad y necesidad de protección que están implícitas allí y a la vez el conocimiento de la potencialidad subjetivante del niño.

A diferencia de la infancia de la antigüedad, nuestras infancias tienen derechos. Merece señalarse el lugar destacado que ha tenido en este largo pasaje entre un tiempo y otro el hecho de dirigir la mirada hacia los niños, otorgarles la palabra y estar atentos a la expresión de sus deseos.

La aplicación de la figura del *Abogado del Niño* lleva implícito el reconocimiento de esa potencialidad subjetivante del pequeño que radica en su capacidad de dar respuesta a las situaciones que lo determinan. Un niño por la indefensión en la que nace está expuesto a situaciones que lo determinan; en algunos casos serán influencias propicias para un desarrollo sano, y en otros casos tendrán un alto potencial traumático. Dicha capacidad dependerá de recursos psíquicos que se van produciendo tiempo a tiempo y no son parte de un acervo natural. Así, el contexto de crianza, con sus particularidades y circunstancias podrá favorecer o impedir el despliegue de los recursos psíquicos. Asimismo las oportunidades que el niño encuentre de hacerse oír tendrán un valor decisivo a favor del desarrollo de su potencialidad subjetivante. La presencia de un entorno que ofrezca figuras de confianza tendrá un efecto propicio en el sentido antes mencionado.

Darle la palabra al niño en un proceso que lo involucra implica otorgarle valor a su padecer. El niño puede ser escuchado de muchas maneras, en sus diferentes modos de expresión (el juego, el dibujo, la escritura, la producción oral, incluso el lenguaje corporal). Para ello, las técnicas de exploración psicológica y todo el conocimiento desarrollado en el área de *Psicodiagnóstico* serán herramientas útiles.

Teniendo en cuenta todas las vicisitudes de la vida de un niño, se entiende que más que ser

abordado por su edad cronológica, debe serlo según sus tiempos subjetivos. Por una parte, no todos los niños cuentan con los mismos recursos a igual edad y por otra, tempranamente en la infancia pueden aparecer esos recursos expresivos que den lugar a que alguien pueda hacerse oír. En relación a esto, el auxilio de la Psicología se vuelve necesario para la interpretación del decir infantil en sus diversas formas de aparición.

CONCLUSIÓN

Es imprescindible facilitar el escenario jurídico a fin de propiciar los medios necesarios, con la ayuda de la interdisciplina, para asegurar la protección integral de niños, niñas y adolescentes y así materializar el salto de la titularidad de derechos al posible ejercicio de ellos.

Se debe garantizar el derecho de acceso a la justicia, de todo niño independientemente de su edad, por medio de un defensor (abogado del niño) acompañado del asesoramiento de un profesional de la salud mental, debiéndose formular un protocolo de actuación que marque las reglas prácticas y mínimas básicas a que debe atenerse dicho abogado.

Debemos visibilizar la figura del abogado del niño, informando y poniéndola en práctica porque es primordial para que la defensa de un niño quede establecida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bull, N. (1976). La educación moral. Navarra: Verbo Divino. En Griffa, M.A. & Moreno, J. (2008). Claves para una psicología del desarrollo. Buenos Aires: Lugar Editorial

García Méndez, E. (2006).Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Análisis de la Ley 26.061. Art. 27 del Decreto. 415/2006; Buenos Aires: Editores del Puerto

Gozaíni, O. (2009). La representación judicial de los menores. En LL - Supl. Esp. Mayoría de Edad, cita online AR/DOC/4450/2009.

Griffa, M.A. & Moreno, J. (2008). Claves para una psicología del desarrollo. Buenos Aires: Lugar Editorial

Moreno, G. (2007). La participación del niño en los procesos a través del abogado del niño. En Derecho de Familia. Revista interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia. Buenos Aires: Lexis Nexis – Abeledo Perrot

Piaget, J. & Inhelder, B. (1993). Psicología del niño. (Edición original, 1969). Madrid: Morata.

Solari, N. (2015). Derecho de las familias. Buenos Aires: La Ley

Winnicott, D. (1986). Conozca a su niño. Buenos Aires: Paidós. En Griffa, M.A. & Moreno, J. (2008). Claves para una psicología del desarrollo. Buenos Aires: Lugar Editorial

Winnicott, D. (2015). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Paidós

VIAJAR PARA CURAR

Florencia Wede [A]

La inserción como profesional de salud mental en un hospital pediátrico de la Ciudad autónoma de Buenos Aires me ha permitido conocer de cerca la realidad del acceso a los servicios de salud por parte de los niños, niñas y adolescentes (en adelante NNyA) de nuestro país, quienes en diversas situaciones deben "viajar para curar".

El Hospital Juan P. Garrahan[1] es institución considerada de referencia para la atención pediátrica a nivel nacional y de América latina, ya que cuenta con profesionales y equipos especializados para abordar enfermedades que requieren tratamientos de alta complejidad. Roxana Mazzola (2017) al referirse al sistema de salud argentino, menciona que el hospital público es el servicio

1 *Hospital fundado en 1987, es el centro pediátrico de referencia en salud pública, gratuita y de alta complejidad de la Argentina, está ubicado en la Ciudad Autónoma de Bs As.*

[A] *Psicologa ex residente de Psicología clínica. Actual becaria de Salud mental, hospital Garrahan. CABA. Argentina. flor.wede87@gmail.com*

universal de atención de la salud que puede ser utilizado por toda la población, es decir, inclusive por aquellas personas que declaran tener otra cobertura. La gestión de estos es de carácter estatal y responde a los niveles nacional, provincial y municipal. En el caso del hospital mencionado, desde sus inicios funciona en forma autárquica y es financiado en un 80% por el Estado nacional, mientras que el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires aporta el 20% restante.

Una de las patologías que recibe atención en esta institución son las oncológicas. Según el Instituto Nacional del Cáncer (2015) en Argentina por año, se registran un promedio de 1340 nuevos casos de cáncer[2] infantil, constituyendo la primera causa de muerte por enfermedad en niños de 5 a 14 años y la segunda en niños de 0 a 4 años, aproximadamente 400 niños mueren anualmente por esta patología. Se trata de una enfermedad que se prolonga en el tiempo, su curso y cura son inciertos, modifican la vida del paciente y su familia, sumado al gran impacto emocional que genera su aparición.

En el hospital Garrahan se atiende alrededor del 40% de la población oncológica del país, es decir aproximadamente 500 pacientes nuevos por año.

Los profesionales que forman parte del Servicio de Salud Mental se integran como interconsultores ante el debút de una enfermedad oncológica, afrontamiento de procedimientos, psicoprofilaxis quirúrgica, problemáticas psicosociales, final de la vida, entre otras situaciones.

En la cotidianeidad de acompañar a NNyA que padecen cáncer me encuentro con familias oriundas de diferentes provincias del país que deben migrar en busca de tratamientos para sus hijos, fenómeno definido por el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino[3] (ROHA) como "*migración asistencial*". "El 80% de los casos diagnosticados de cáncer infantil en el país son atendidos en el sistema público de salud de manera gratuita y centralizada" (Moreno et al., 2010). En muchas provincias del Noroeste y Noreste de Argentina existen hospitales de tercer nivel de atención que cuentan con servicios de oncología pediátrica y con al menos un profesional especializado, no obstante, la falta de profesionales capacitados y de recursos tecnológicos dan lugar a derivaciones médicas desde los hospitales provinciales hacia aquéllos de mayor complejidad, como el Hospital Garrahan.

Considero pertinente mencionar que si bien el cáncer infantil se considera una patología con riesgo de vida, cuando existe un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, es factible lograr la sobrevida en el 70% de los casos. Estos resultados se alcanzan gracias a la disponibilidad gratuita y universal de tratamientos de alta complejidad y también a la existencia de una red de referencia y contrarreferencia. Al tratarse de una enfermedad no transmisible, y a diferencia del cáncer en las personas adultas, no es posible su prevención, es decir que su aparición no depende de las conductas individuales ni hábitos saludables, por lo cual cobra relevancia el diagnóstico precoz y otras variables como edad, sexo, región geográfica, y la migración.

Vindrola Pardos (2011) menciona que la movilización de las familias ya sea por derivación médica o por autoderivación, evidencia desigualdades en el acceso y distribución de los servicios de salud, así como también falencias en algunas regiones del país para diagnósticos, asistencia médica y acompañamiento.

Según los datos del ROHA (2012), un 49% de los niños con cáncer migran para tratar su enfermedad. En su última publicación (2019) dio a conocer diferencias regionales significativas en cuanto a la sobrevida de los niños con cáncer, siendo el NOA y NEA las regiones con mayor mortalidad, concluyendo que el pronóstico de un niño diagnosticado con cáncer varía según la región geográfica de la provincia donde reside: "El mejor pronóstico a 36 meses se registra en los niños

2 *Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término cáncer designa de manera genérica a un amplio grupo de enfermedades que pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo, también denominadas "tumores malignos" o "neoplasias" cuya característica biológica es el crecimiento y proliferación descontrolada de células malignas (OMS, 2014)*

3 *El Registro Oncopediátrico hospitalario argentino fue creado en el año 2000 por la Fundación Kaleidos. Desde el año 2010 es parte del Instituto Nacional del Cáncer (INC).*

de CABA (69,7%) y el peor en las regiones NOA (55,7%) y NEA (55,9%)", marcando las desigualdades que existen en la morbi-mortalidad de esta enfermedad. En el hospital Garrahan las consultas más frecuentes provienen de Santiago del Estero, Jujuy, Salta, Tucumán, Misiones, Corrientes, Entre Ríos, Chaco, y en menor medida provincias del Sur del país.

Se podría decir que finalmente los niños oriundos de provincias de las regiones mencionadas tienen garantizado el acceso a un tratamiento para su patología, a kilómetros de sus hogares. No obstante, merece aclaración el hecho de que los tratamientos antineoplásicos se caracterizan por ser prolongados, lo cual implica que los pacientes y sus familias deban permanecer, según la patología, entre dos meses a dos años o más en Buenos Aires, agregando desarraigo, afrontar grandes diferencias culturales, y abandonar la escolaridad presencial, sumado al impacto psicológico del diagnóstico. Esta aclaración está en consonancia con la definición de salud, no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un concepto integral que abarca dimensiones psicológicas y sociales, que claramente se ponen en juego en estos casos.

El derecho a la salud está contemplado en múltiples normativas. De acuerdo con la Convención de los Derechos del Niño (CDN), los niños deben disfrutar del más alto nivel posible de salud y tener acceso a servicios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación. La CDN enfatiza en particular que los Estados parte adopten las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil, y en la niñez asegurar a todos los niños la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias. En nuestra Constitución Nacional, el derecho a la salud se reconoce como derecho humano fundamental y, por ello debe garantizarse su acceso en igualdad de oportunidades y trato a todos los habitantes, especialmente respecto de los sectores más vulnerables. La ley de Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes (N° 26061), contempla en el artículo 14 el derecho a la salud, mencionando que los organismos del Estado deben "garantizar el acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad".

Desde el punto de vista institucional, en Argentina el Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional en materia de salud. El sistema de salud está formado por tres subsistemas: subsector público, subsector privado, y obras sociales. Debido a la estructura federal de nuestro país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud pública y las responsabilidades en la provisión de servicios. Daniel Maceira (2020) señala que el sistema de financiamiento y atención de la salud en la Argentina se encuentra fragmentado desde el punto de vista administrativo y por tipo de cobertura. En relación con la descentralización provincial, refiere que los Ministerios de Salud de cada provincia son responsables del presupuesto público del sector en su jurisdicción, lo cual impacta en la disponibilidad de recursos financieros de cada provincia, con consecuencias sobre la equidad interjurisdiccional.

Roxana Mazzola (2017) define a la cobertura de salud aludiendo a la afiliación o inscripción de la población, como titular o familiar, a algún tipo de servicio de salud, conjuntamente con el servicio universal de atención de la salud en hospitales públicos y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Se consideran las obras sociales; Pami, Prepaga o Profe; Hospital público/ CAPs.

Retomando las vivencias de las familias que consultan en el hospital Garrahan para diagnóstico y/o tratamiento de patologías oncológicas, aquellas que son derivadas desde los circuitos de atención sanitaria de su ciudad de origen, en los casos que cuentan con cobertura de obra social, las mismas son responsables de garantizar gastos de traslado, alimentos, medicamentos y alojamiento en los momentos que el tratamiento no requiere internación (consultas ambulatorias). Si un paciente no cuenta con obra social, compete al gobierno provincial asumir los costos de su trata-

4 *Las Casas de las Provincias son organismos dependientes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. A través de Asistencia social, cada casa de la provincia es responsable de otorgar alojamiento a familiares de enfermos en caso de que lo requieran.*

miento y estadía para un acompañante, a través de la Casa de la Provincia[4]. Esto agrega al recorrido y a la situación de afrontamiento de la enfermedad la realización de algunos trámites que la mayoría de las veces resultan engorroso.

Por otro lado, aquellas familias que llegaron sin derivación médica, en general por falta de respuesta en los lugares de origen o demoras, quedan por fuera del acompañamiento estatal y al margen de los circuitos institucionales, asumen los gastos de traslado y todo lo que ello implica. En estos casos adquieren relevancia las fundaciones y ONG de ayuda al niño con cáncer y las redes que tienden las familias. En el 90% de los casos son las madres quienes asumen la responsabilidad del cuidado del niño con el padecimiento, al tratarse de tratamientos prolongados deben dejar sus puestos de trabajos en la mayoría de los casos ya que las licencias por hijo enfermo no consideran la extensión del mismo, aspecto que invita a debatir sobre la feminización y las políticas de cuidado.

Verónica Dussel (2014) ha referido que en nuestro país más de un 50% de los niños con cáncer tienen dificultades en el acceso a un centro de salud, esto nos enfrenta a una problemática socio sanitaria respecto al acceso de los NNyA a servicios de salud de mediana o alta complejidad para el diagnostico y tratamiento de su patología.

Aulicino y Acuña (2015) afirman que en la Argentina hay un extendido acceso a la salud y uno de los mayores niveles de gasto público en salud per cápita de la región, pero la calidad de la atención varía según las múltiples ofertas del fragmentado sistema de salud. Si bien la población a la cual me he referido tiene la posibilidad de acceder a los servicios ofrecidos por el sector público (en otras jurisdicciones), es posible sostener que persisten brechas y asignaturas pendientes, especialmente en lo relativo a su calidad.

En la misma línea Oscar Cetrángolo (2014) manifiesta que los logros alcanzados con relación al acceso a los servicios de salud parecen insuficientes comparados con los recursos asignados al sector, por lo cual la distribución de la cobertura y acceso a los servicios resulta inequitativa.

Para concluir considero relevante recordar que la población argentina tiene derecho a atenderse en cualquier establecimiento del sistema público del país, a pesar de ello existen barreras que dificultan que esta atención sea oportuna y de calidad, esto se vislumbra en los resultados y estadísticas mencionadas en este escrito. En esta línea cito a Cetrángolo y Devoto (2002) queines mencionan que "las tensiones entre las regulaciones nacionales, provinciales y municipales generan un particular modo de funcionamiento del mercado y el acceso a los servicios de salud por parte de los habitantes de las diferentes regiones del país. Ello cobra especial significación si se tiene en cuenta la existencia de importantes disparidades regionales" (p. 03) . Para esas familias la movilidad es un aspecto crucial en lo que respecta a la salud y en el caso del cáncer infantil representa, en ocasiones, la única alternativa para la cura.

Los datos obtenidos por el INC a través del ROHA, han permitido conocer la realidad epidemiológica y los patrones migratorios de los pacientes. En el año 2016 se ha creado, a través de resolución ministerial, el Programa Nacional de cuidado integral del niño y adolescente con cáncer el cual, basado en la ley 26061, busca "garantizar equidad y accesibilidad a la mejor calidad de atención a niños y adolescentes con cáncer, desde un enfoque de derechos y en todas las fases de estas enfermedades". Uno de sus objetivos es aumentar las posibilidades de que los niños puedan ser atendidos en sus localidades de origen durante la mayor parte del tratamiento.

La desigualdad en el acceso a servicios de salud de calidad para abordaje de enfermedades oncológicas puede ser evitable, y dependerá de una intervención del Estado más activa en el tema y de políticas distributivas específicas que consideren la enfermedad en toda su dimensión, incluyendo no sólo los aspectos clínicos -oncológicos, sino también los psicosociales y económicos. Una meta sería disminuir las inequidades interprovinciales a través de capacitación profesional, recursos tecnológicos, inversión en centros específicos para esta patología, contemplando además políticas de cuidado para las familias. El niño con cáncer en la gran mayoría de los casos no puede decidir sobre la migración, son sus adultos responsables quienes resuelven la misma en pos de

su curación, por ello es de vital importancia que el niño tenga derecho a transitar su tratamiento en su ciudad y cercanía de afectos, abogando de esta manera y desde un enfoque de derechos, por un cuidado integral de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, M (2015). Diagnóstico de la primera infancia en la Argentina. Buenos Aires. CIPPEC
Aulicino, C., Gerenni, F. y Acuña, M. (2015). Primera infancia en Argentina: políticas a nivel nacional. Documento de Trabajo N°143. Buenos Aires: CIPPEC.
Cetrángolo, Oscar (2006). Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Disponible en https://repositorio.cepal.org/
Cetrángolo, O (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual, y falta de equidad en el sistema de salud argentino. Revista de economía política. Bs As.
Convención Internacional de los derechos del niño.
Ley nacional de protección integral de los derechos del niño.
Dussel, V., Bevilacqua, M.S. (2014). Prácticas y recursos utilizados en la provisión de cuidados paliativos a niños con cáncer en la Argentina. Mapeo nacional Cuidados Paliativos Pediátricos, Inf. Ej. Buenos Aires, Argentina: Instituto Nacional del Cáncer, MSAL.
Instituto Nacional del Cáncer en https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer.
Maceira, Daniel (2020) Caracterización del Sistema de Salud Argentino.1 Debate en el contexto Latinoamericano.
Maceira, D. (2009). Inequidad en el acceso a la salud la Argentina. Documento de Políticas Públicas Nº 52. Buenos Aires: CIPPEC.
Mazzola, Roxana (2017). "Tipología de la situación social y del derecho a la seguridad social en la niñez en la Argentina" Universitat Autónoma de Barcelona.
Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA) (2012). Incidencia 2000-2009 supervivencia 2000-2007 tendencia de mortalidad 1997-2010 / Florencia Moreno ... [et.al.]. - 1a ed. - Buenos Aires :
Vindrola-Padros, C., & Brage, E. (2017) Child medical travel in Argentina: Narratives of family separation and moving away from home. Children's Health and Wellbeing in Urban Environments, Routledge.

CONSTRUCCION COLECTIVA DE POLITICAS SANITARIAS EN TIEMPOS DE INCERTIDUMBRE

ISBN 978-987-45937-6-4