



ESCRITOS

EN **SALUD MENTAL**



mercedes
ciudad de todos

Escritos en Salud Mental

Prólogo

*“Frente a las enfermedades que produce la miseria,
frente a la tristeza y el infortunio social de los
pueblos, los microbios, como causa de enfermedad,
son unas pobres causas”*

Ramón Carrillo

A partir de la larga lucha cuya victoria se materializó en la nueva Ley de salud mental 26657 hemos construido un gran puente para cruzar al otro lado a buscar a aquellos que habían sido expulsados por décadas. Hemos podido gritar que la salud mental es cosa de todos. Haber conseguido que se incluyan las adicciones dentro del régimen de la salud con perspectiva en derechos humanos es una batalla

ganada.

Existe hoy una nueva forma de pensar, una nueva forma de hablar y sobre todo una nueva manera de ser con la salud mental. Y esta forma se debate día a día en cada rincón del país, debates que muchas veces se ganan y muchas otras se pierden.

Ya derribado el mito que ubicaba en algún lugar una supuesta cordura, y en algún otro (si es encerrado mejor) una supuesta locura, hoy aun siguen resonando términos que estigmatizan para llamar a ese otro que padece, así como también maneras poco sanas de abordarlo. Por eso son tan necesarias estas producciones, para repensarnos y construir en lo comunitario.

Este trabajo es una de las formas de resistir el desguace que intenta hacerse de la ley de salud mental por parte de los grandes interesados en que las sustancias continúen siendo las protagonistas de la vida cotidiana. Este trabajo que fue realizado con la pasión de profesionales mercedinos viene a poner luz sobre dos aspectos fundamentales que son trascendentales a la hora de definir políticas públicas que permitan mejorar la calidad de vida de las personas:

Una, visibilizar la decisión y voluntad política de

asumir una responsabilidad sobre la temática y trabajar en consecuencia: una ciudad pensando y articulando, tejiendo redes, generando lazos.

La otra es claramente traer lo comunitario al centro de la escena: muchas voces de diferentes ámbitos pensando al sujeto como uno, con sus particularidades y su conformación histórica cultural. Lo comunitario nos iguala, nos deja todos desnudos, nos muestra a todos igual de carentes, por ende la hegemonía del delantal blanco y los saberes elitistas, queda supeditada a que todos somos capaces de dar y demostrar un saber: TODOS. Nos miramos de manera horizontal, nos encontramos.

No se puede atender ningún padecimiento en términos biológicos sin pensar al sujeto en su dimensión histórica y social. Por eso entendemos que aunque paradójicamente nos llamen locos, hay que abordar la problemática cantando, actuando, escribiendo. Nunca definiendo, etiquetando, conociendo siempre el poder de las palabras.

Investir al otro de mirada, eso será ya una bienvenida.

Este libro no es otra cosa que pensar la libertad, porque... ¿de qué hablamos cuando hablamos de salud mental? sino es de otra cosa que de ser libres.

Incitación

Este libro es un efecto de un diagnóstico en relación en salud mental en la ciudad de Mercedes. Entendemos que distintos sectores trabajan en departamentos estancos, como si el territorio no fuera solo uno. Por ejemplo alguien puede consultar por violencia de género e ir el mismo día a la comisaría de la mujer, al hospital y a tribunales; sin que ninguna de estas instituciones enlace. Al respecto Mario Rovere nos comenta en su libro: Redes en salud que este nuevo paradigma nos ayuda a reconocernos y desde allí poder trabajar de forma horizontal. La ayuda mutua, la cooperación y la colaboración también hacen a la esencia de pensarnos como una red. Este libro, al igual que la revista Lazos y los distintos encuentros que fuimos armando durante este año, plantean el objetivo de hacer visible lo invisible: Ud podrá encontrar

aquí una serie de trabajos que se vienen dando en la cárcel, en los Centros de Salud, en el Centro de Día, en el Hospital, en SEDRONAR, etc. Nos da gusto poder compartirlos porque entendemos que muchos trabajadores de la salud mental vienen trabajando mucho y bien.

Compartimos con los lectores una tensión que deviene del trabajo en una institución pública. Una labor que hay que registrar, analizar, sostener y reproducir en un marco que contemple la ley de salud mental y también las políticas públicas del sector. Un nosotros que resiste y convierte a la publicación de este libro en un acto político en sí mismo.

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

(la alteridad de la clínica)

**Los Debates De La Salud
Mental, En El Marco De Las
Experiencias De Intervención
En Los Procesos De Externación
En La Sala De Salud Mental Del
Hospital Blas L Dubarry De La
Ciudad De Mercedes (BS AS)**

LIC. AMUTIO, VIRGINIA
LIC. GALLO, YESICA
LIC. MARTÍNEZ, MARÍA EUGENIA

Trabajo interdisciplinarios para el abordaje de la salud mental y consumo problemático de sustancias

Presentación

El presente trabajo tiene por objetivo analizar el proceso de **Externación asistida**², de la sala de Salud Mental del Hospital Blas L. Dubarry de la Ciudad de Mercedes (BS AS). Esta experiencia fue presentada en Las Jornadas Provinciales realizadas en el mes de Octubre en la Localidad de El Bolsón, Río Negro, en el marco de la conmemoración de los 25 años de la sanción de la Ley en dicha Localidad, pionera en trabajos de desmanicomialización en la República Argentina. Las experiencias presentadas a continuación son el puntapié para formas de trabajo que se vienen realizando y que es de suma importancia visualizarlas para comprender que el abordaje de la salud mental debe ser integral e intersectorial.

El Hospital Blas L Dubarry pertenece a la ciudad de Mercedes y está ubicado a 100 km de Capital Federal. Es un Hospital Zonal General de Agudos y pertenece a región sanitaria X (décima), la misma abarca las

ciudades de Mercedes, Lobos, Suipacha, Bragado, Alberti, Chivilcoy, Navarro, Roque Pérez, 25 de Mayo y Saladillo.

Nuestro hospital es el único que cuenta con una sala de internación de Salud Mental, motivo por el cual recibe usuarios de varias localidades aledañas. La Sala de Internación se encuentra ubicada ediliciamente separada del resto del nosocomio, sin conexión directa al mismo; se distribuye en ocho habitaciones con dos camas por habitación, un office de enfermería, tres consultorios, un patio semi cubierto y un salón comedor donde los usuarios almuerzan, cenan y realizan diversas actividades con las docentes.

Anteriormente a la Ley de Salud Mental N° 26.657, y en congruencia con ser la única sala de internación de la Región X, tenía la característica de “alojar” a sujetos por periodos prolongados, considerando al mismo, desde la lógica monovalente, como por ejemplo cuatro personas internadas entre diez y quince años; algunos de los sujetos provenían de otras ciudades, rompiendo lazos y conexiones con sus ciudades de orígenes y sus vínculos, dificultando así la externación de los usuarios.

A partir de la implementación de la ley, las internaciones

se basan en el artículo N° 15 donde se establece que las mismas deben, ” *ser como un recurso terapéutico, pero en el tiempo más breve posible y que en ninguna circunstancia se debe extender por problemáticas sociales, o de vivienda...*”

A su vez, las internaciones requieren de una evaluación por parte del **EQUIPO INTERDISCIPLINARIO**, valorando la existencia de “**RIESGO CIERTO E INMINENTE PARA SÍ O PARA TERCEROS**”, evitando de esta manera internaciones innecesarias. Aquí se deja de lado para internaciones el criterio de peligrosidad usado anteriormente.

Cuando referimos al término peligrosidad, aludimos a que “es una cualidad negativa que se le atribuye a la persona, donde peligroso significa que puede provocar un daño”. De esa atribución es difícil salir, buena parte de la historia de la Salud Mental atestigua los **efectos arrasadores de este “diagnostico” que poco tiene que ver con la salud**. La ley de salud mental apunta a evitar esa denominación.

Abordaje interdisciplinario

La conformación del trabajo en Equipo fue parte de un proceso, en el cual junto con residentes de trabajo social, y psicólogos y psiquiatras de la Sala

de Internación, se comienza a reunirse regularmente, sin lugar, sin tiempo, instalando una forma de trabajo nueva, donde hay demoras, desacuerdos y donde se pone en tensión diferentes perspectivas con diferentes formas de abordaje con un objetivo y una meta en común.

Cuando uno ingresa a un equipo interdisciplinario desde la disciplina del trabajo social, en nuestro caso en Sala de Salud mental, se pregunta si es posible identificar los elementos que nos distinguen como trabajadores sociales, se plantea si como profesionales de “lo social” podemos darle nuestra impronta al abordar las situaciones de los sujetos con un padecimiento mental y poder aportar una mirada distinta que nos diferencie del resto de las otras prácticas profesionales.

No nos fue fácil encontrar nuestro lugar, pero lentamente fuimos ganando nuestro espacio, y dando a conocer nuestra intervención como PROCESO. Entendemos necesario tener un **conocimiento previo** de la situación en la que vamos a intervenir, realizar un **diagnóstico**, y así también con una **fundamentación teórica** que nos permite **analizar esa demanda** y definir nuestra **estrategia de intervención** desde una perspectiva de sujeto de derecho... El análisis de la

demanda es un elemento fundamental del Trabajador Social en los equipos de Salud Mental, debido a que las mismas nos llegan de los propios sujetos, de sus familias, de otros profesionales y/o de otras instituciones.

Los sujetos con los que actualmente trabajamos en salud, presentan problemáticas cada vez más complejas que nos determinan el surgimiento de diversos padecimientos. Esto se ve atravesado por determinantes sociales, políticos, económicos, culturales que inciden en su presencia, en las cuales situaciones como desempleo, flexibilización y/o precarización de las condiciones de contrataciones de las personas ante situaciones económicas inestables, despidos masivos, generan aumento del uso de psicofármacos³. A su vez, se da aumento de las internaciones por situaciones referidas al consumo de sustancias como puede ser el alcohol o las drogas, situaciones de depresión, entre otros. Es por esto que es imprescindible abordar las demandas de manera integral e interdisciplinariamente.

En nuestro campo de intervención de la Salud Mental se articulan actividades de prevención, asistencia y rehabilitación de sujetos, grupos, familias,

Instituciones y comunidad. El objetivo primordial es el bienestar social de la población y para ello se desarrollan frentes de intervención: asistencial para quienes atraviesan un padecimiento y preventivo de acciones socio- comunitarias⁴ enmarcado en el respeto a los derechos humanos.

Stolkiner Alicia (1987) menciona que *“la Interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos”*. *La Interdisciplina requiere de un trabajo sostenido y constante, “una cooperación ocasional no se refiere a la Interdisciplina”*.

En la sala se trabaja en equipo interdisciplinario, integrado por cuatro médicos psiquiatras, los cuales intervienen con los usuarios internados y atención ambulatoria; dos licenciados en psicología, una licenciada en trabajo social y la presencia de la residencia de trabajo social del Hospital. Se atienden por mes ochocientos usuarios y hay una ocupación de

la sala del 60 %.

Este equipo profesional establece una reunión de equipo semanal, con la participación de la coordinadora de enfermería de la sala, donde se produce la socialización de intervenciones profesionales, evaluando y analizando todas las acciones e intervenciones llevadas a cabo con los sujetos internados, o quienes se encuentran bajo tratamiento ambulatorio; A su vez, se construyen estrategias de acción y debates en torno al abordaje profesional en post de los derechos de los sujetos.

Además de trabajar en forma interdisciplinaria, el proceso de externación implica trabajar desde lo intersectorial, donde, como plantea Enrique Ruelas Barajas (s/a), la intersectorialidad no sólo es importante, es indispensable y fundamental; se refiere, entonces, a la convergencia y la interacción entre nodos de redes complejas.

El autor además plantea, que para lograr una verdadera intersectorialidad no alcanza con la mera convergencia de estructuras ni *tampoco es suficiente la convergencia de los conocimientos comunes, en donde los profesionales simplemente se complementan, sino lo que se requiere es generar la innovación entre*

las múltiples disciplinas. Es de esta manera que la intersectorialidad tiene sentido y adquiere sustento.

El texto La Brancaleore “Teoría y Práctica Desmanicomializadora” (Compiladores) plantea que para ayudar a que las personas se integren en comunidades y puedan vivir dignamente en ellas, requiere un trabajo en Equipo Interdisciplinario. Los que operan solo reparaciones suelen realizar sus trabajos de manera individual, disciplinariamente. Los modos terapéuticos tradicionales, asistenciales actúan solamente sobre el concreto del sujeto que estén tratando; en su cuerpo físico; en cambio, los que tienen como finalidad la inclusión social, suman a esos trabajos actuaciones sobre el contexto socio- cultural e intervienen en él⁵.

En el caso de la sala para un abordaje óptimo, se trabaja con distintas instituciones, Nacionales, Provinciales y Municipales, como Juzgados, Municipios, Comisarias, curaduría etc.

Experiencias de intervenciones interdisciplinarias, donde se ha intervenido con la estrategia de externación asistida. Articulación con instituciones públicas familiares y la comunidad

Estas experiencias como se mencionó anteriormente,

se presentaron en las Jornadas Provinciales de la Localidad de El Bolsón. Como Trabajadoras Sociales de la Sala de Salud Mental vamos a describir y brevemente, dos situaciones en las que intervinimos y que refleja lo anteriormente expuesto, en ambos se trabajó la externación, pero con diferentes improntas debido a la situación socio-económica familiar de los sujetos.

Pablo; 27 años, se acerca a la sala de Salud Mental traído por personal policial, en el mes de febrero del 2016, esposado, con un tiro de bala de goma en una de sus piernas, con oficio Judicial, para ser evaluado por el equipo interdisciplinario.

Pablo relata que le había *“pegado con un fierro a su padre en la cabeza”*, quien luego del episodio, se encontraba internado grave en terapia intensiva del hospital. *“Me vuelven loco, hablan de mi todo el tiempo, me miran y se ríen....no aguanté más...y le día un palazo”*...nos cuenta Pablo muy alterado y nervioso.

Al realizarle la evaluación en conjunto con el equipo se decide la internación en forma involuntaria.

Fueron transcurriendo los días y Pablo estaba mucho mejor, más tranquilo y pudiendo darse cuenta que

lo que había hecho era grave, y preguntando todo el tiempo como seguía su papá; quién también se iba compensando clínicamente.

Luego de 15 días le dan el alta a su papá, pero Pablo continuaba internado.

Desde el momento del ingreso, y en conjunto con el equipo se empezaba a pensar en la estrategia de externación,... lo cual no iba a ser una tarea fácil, y esto como equipo lo sabíamos.

La familia de Pablo, compuesta por su mamá , su papá y 4 hermanos, luego del episodio se niega totalmente a tener contacto con él, los vínculos afectivos se fueron diluyendo paulatinamente hasta poder afirmar “ *no queremos verlo cerca nuestro, lo denunciamos y le pusimos una medida perimetral*”, “*le tenemos miedo, casi mata a su papá*”. *Afirma la familia.*

Realizamos varias entrevistas familiares, innumerables llamados telefónicos y citaciones, audiencias judiciales e informes sociales.

Trabajamos mucho con la familia, quienes no reconocen el padecimiento de Pablo, esquizofrenia, y solo pueden ver el hecho sucedido como producto de su “agresividad”. La familia veía a la internación de

Pablo como su única alternativa para poder “salvarse”, según relatan.

Es a partir de este momento en el que comenzamos a trabajar con Pablo, pero buscando otras posibilidades de externación, ya que había quedado claro que con su familia no podía volver.

Es a partir de ese momento que se establecieron las siguientes estrategias de intervención: la búsqueda de un lugar; habitación donde Pablo pudiera vivir, lugar que pagaría él con una pensión no contributiva que recibe quedando una parte de ese dinero para los gastos cotidianos. Debido a su situación económica, Pablo concurre a almorzar, cenar y a tomar la medicación en la Sala de Salud Mental.

Con respecto a la tarea diaria Pablo asiste por la mañana a las clases con las docentes que concurren a la institución, y los días martes y viernes a un taller⁶de carpintería en el Centro de Referencia, con fines laborales.

Se trabajó intersectorialmente, con la Municipalidad de Mercedes, desde donde le otorgan dos bolsones de alimento en forma mensual, y donde se le tramitó el pase para viajar.

Hoy Pablo, continúa externado, con el acompañamiento desde la Sala de Salud Mental, luego de más de un año de seguimiento y de trabajo con la familia y con él, se logra una revinculación con la misma ya que se encuentra viviendo cercano a su domicilio, y almuerza y cena con su familia. Pablo se encuentra compensado desde su padecimiento mental, viviendo solo...construyendo nuevos vínculos, logrando su autonomía.

El segundo caso, es diferente por el contexto socio-económico familiar en el que se encuentra el sujeto.

José, 55 años, quien es diagnosticado con esquizofrenia, llega a la sala desnudo traído por personal policial, con un oficio judicial donde se pedía su evaluación. (Año 2016)

José llega desorientado, sin poder decir ni siquiera su nombre... se realiza la evaluación y se lo interna de forma involuntaria.

Con el transcurso de los días, comienza a mejorar, a poder contar algunas cosas... donde vivía... donde había trabajado...que tenía una casa...

Comenzamos por acercarnos al barrio de donde decía venir... hablamos con varios vecinos que lo conocían,

pero que relataban “*que le tenían miedo....que hacía mucho que vivía ahí pero que últimamente no estaba bien, molestaba a la gente, salía desnudo, gritaba en su casa toda la noche...*” nos comentaron que no tenía ningún familiar cercano... que contaba con una muy buena jubilación y tenía obra social .Pero que iban a hacer todo lo posible para que no volviera al barrio.

Una ardua tarea nos esperaba... mientras José mejoraba... *y demandaba su alta...* En este caso, tampoco se presentaban lazos familiares y /o comunitarios como soportes del proceso de externación, pero sí contábamos con recursos José tenía casa, un alto ingreso mensual, y obra social, pero no tenía acercamiento con la comunidad...

Realizamos varias entrevistas con los vecinos más cercanos, tratando de desmitificar “la peligrosidad de José, y concientizar acerca de su enfermedad,” refiriéndoles que si volvía a su casa era en el marco de una “externación asistida”... para sostener la continuidad del tratamiento y su permanencia en la comunidad.

Y así fue... cuando José estuvo mejor, se fue a vivir a su casa... se organizó una red de atención/contención, para que esto fuera posible se realizó todo un proceso

organizacional donde un enfermero de la Sala va diariamente a su domicilio a darle la medicación debido a que José no desea asistir a la misma por los efectos negativos que le genera; a su vez, como contamos con recurso económico, se contrató a una persona que le hace el almuerzo y la cena y lo lleva a su domicilio, y una persona que semanalmente limpia la vivienda. Los vecinos, pudieron razonar que José padecía una enfermedad y de esta manera se encuentran acompañando y siendo parte de este proceso de externación, colaborando con signos de alarma e informando a los profesionales de la Sala.

De esta manera fuimos viendo la importancia y la impronta que la comunidad le otorgó a esta situación, donde, por un lado hubo un acompañamiento tanto por parte de los vecinos de poder cambiar y ver a esa persona no como un “sujeto peligroso”, sino como un sujeto que presenta un padecimiento mental, con derecho a ser oído y a volver a ser parte de su comunidad.

José tiene una vida social... una vez a la semana va a almorzar a algún bar del centro de la ciudad, junto al enfermero realiza las compras, y maneja su propio dinero. Una vez al mes asiste a la sala para control y

su terapia con su médica psiquiatra.

Ambas situaciones enunciadas anteriormente, reflejan el trabajo que se viene realizando desde la Sala de Internación, y desde nuestra profesión como Trabajadoras Sociales, particularmente con el fin de potencializar a los sujetos que están atravesados por un padecimiento mental. Desde el momento que se escribió esta ponencia, actualmente ambas personas están concurriendo en estos meses a un taller de Carpintería con fines laborales.

Citas:

2 Con este término hacemos referencia a un proceso, en el cual se interviene como equipo interdisciplinario con seguimiento del sujeto externado(en pensiones, hogares geriátricos ,y/o habitaciones de casas de familia en alquiler) casi permanente,,se realizan visitas domiciliarias en forma semanal, acompañamiento en domicilio ,asesoramiento en cuanto a la realización de todo tipo de gestiones, contención , y se brindan las herramientas necesarias para potencializar la autonomía y la relación del sujeto con otros actores de la comunidad.

3 Stolkiner Alicia (1994) “Tiempos “posmodernos” ajuste y salud mental” en Saidon y Troianovski Compiladores en Políticas en Salud Mental. Editorial Lugar

4 Paulin Devallis, Baffo, Onoko Campos (2016) “Perspectivas de la desmanicomializacion”

5 Compiladores (2016) La Brancaleone Teoría y Práctica Desmanicomializadora. Kuruf

6 Talleres de Desarrollo Social de Nación

Conclusión

Como profesionales de la Salud, y principalmente de la Salud Mental, nos basamos en el artículo N° 1 de La Ley 26.657, donde se reconoce a la misma como *un proceso social, histórico, cultural, biológico y psicológico, teniendo en cuenta las singularidades de cada sujeto.*

“La Ley Nacional de Salud Mental y su implementación implica el pasaje de una lógica tutelar hacia un enfoque de derechos, garantizando el reconocimiento y la construcción activa de cada persona como titular de sus derechos, independientemente de su situación de salud”.

Con respecto a lo enunciado anteriormente, ante la ausencia de políticas y dispositivos oficiales de externación, casas de convivencia, casas de medio camino en nuestra ciudad y en nuestra Región, dependientes de por ejemplo el PREA (programa de externación asistida de la provincia de buenos aires) nos encontramos con una gran dificultad ante el abordaje de algunas situaciones. Es ante esto que se buscan diferentes estrategias (pensiones, alquileres de habitaciones de casas particulares, basado en la externación asistida mencionada con anterioridad)

para llevar a cabo las externaciones cuando hay ausencia de recursos socio - familiar y económico, en algunas oportunidades estas “estrategias” se transforman en el único recurso, que se realiza desde la Sala de Internación para lograr la externación del sujeto.

Cabe aclarar la importancia de la obtención de financiamiento de éstos recursos en una Sala de Internación ya que cuando hay ausencia de ingreso económico, que en muchas oportunidades es a partir de una pensión no- contributiva que recibe el sujeto, y ante la ausencia de vínculos familiares- (familia nuclear y familia extensa) las internaciones se extienden por demás tiempo a pesar de que no haya criterio de internación.

Cuando esa externación se puede lograr, se tiene como objetivo alcanzar la autonomía de los sujetos en la vida diaria y la vinculación con la comunidad y la restitución de derechos cuando esto suceda. La autonomía ayuda a los sujetos a establecer lazos sociales y a tener las herramientas necesarias para poder realizar actividades de la vida cotidiana como por ejemplo cocinarse, bañarse, lavar la ropa, ir de compras, manejar el dinero, entre otros.

Si bien “insistimos”, problematizamos y cuestionamos ciertas lógicas instituidas en nuestra ciudad respecto de que “el loco es de la sala”, como efectores de salud demostramos cuán importante es un abordaje intersectorial entre Municipio, Hospital, Justicia, entre otros efectores para acompañar esta situación que atraviesa a la persona.

Reconocemos que hay un “trabajo de hormiga”, minucioso y constante por parte del Equipo de Salud de la Sala del Hospital, que se han conquistado espacios, se han obtenido logros importantes en cuanto al trabajo en red, al otorgamiento de beneficios sociales, de participación de otras Instituciones, que facilitan al momento de la externación. *Lo anteriormente mencionado es un gran aporte pero aún queda mucho por trabajar.*

Para finalizar compartimos un poema de un usuario:

*Es como si me encontrara
Dentro de un envase
Donde la autoridad existe a medias
Donde la no cordura reina
Un lugar dentro de otro lugar
Acaso igual
Donde un delirio es simplemente eso
¡Un delirio!
¿Cuántos delirios andarán afuera del envase
llamando la atención?
Cuanta locura dentro de ese envase y cuanta
afuera...*

Escrito por un usuario internado en la Sala de Salud mental.

Bibliografía

Carballeda A (2012) "la Intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas" Margen N° 65. Julio 2012

Compiladores (2016) La Brancaleone Teoría y Práctica Desmanicomializadora. Ediciones Kuruf

Enrique Ruelas Barajas (sin año). La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas "La importancia de la intersectorialidad en los determinantes de la salud". Academia Nacional de Medicina de México

Paulin Devallis, Baffo, Onoko Campos (2016) "Perspectivas de la desmanicomializacion" Ediciones Kuruf

Stolkiner Alicia (2005) "Interdisciplina y Salud Mental" IX Jornadas Nacional de Salud Mental. Salud Mental y Mundialización. Estrategias posibles en la Argentina posada

Stolkiner Alicia (1994) "Tiempos "posmodernos" ajuste y salud mental" en Saidon y Troianovski Compiladores en Políticas en Salud Mental. Editorial Lugar

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 Decreto Reglamentario 603 /2013 Argentina.

Alma De Diamante

PRINCIPIOS Y FUNDAMENTOS DE LAS CAAC

- **Consumo de drogas, exclusión y vulnerabilidad social**
- **La exclusión y la vulnerabilidad social se enfrentan haciendo lugar en la sociedad. Sin lugar en el mundo, sin espacio para la propia vida, no hay recuperación posible. Una respuesta a una problemática como la exclusión y la vulnerabilidad debe abordar todas sus dimensiones. El consumo de drogas debe salir del ámbito exclusivo de la salud, para abordarlo de manera integral.**
- **Abordaje integral: “acompañar la vida”**
- **Al entender el consumo de drogas como una de las consecuencias posibles de la exclusión y la vulnerabilidad social, se debe trabajar sobre todos los aspectos de ella y no exclusivamente sobre el consumo de drogas.**
- **Acompañar a la persona como llega, sin juzgarla, con todos los problemas que trae a cuestas.**
- **Escucharla, estar y comprometerse en el día**

a día.

- **“Acompañar la vida” significa trabajar en la regeneración del lazo social.**
- **La contención, el cuidado y el afecto son elementos fundamentales de este abordaje.**
- **Cada persona tiene su propia historia: ser receptivo y flexible a necesidades singulares.**

El abordaje integral/comunitario implica la elaboración de estrategias de largo plazo. A diferencia de otro tipo de abordajes, en el abordaje comunitario el tiempo es un factor determinante: pertenecer en el lugar, estar y recibir siempre a las personas como llegan, tener paciencia y capacidad de escucha son valores fundamentales. El acompañamiento de las personas que concurren a las casas es permanente y los períodos de “intermitencias” se consideran como parte del tratamiento. “Acompañar la vida” significa acompañar a la persona en situación de consumo y también a su entorno familiar y social.

CONSTRUCCIÓN TERRITORIAL Y COMUNITARIA.

Los dispositivos de abordaje integral/comunitario de adicciones en contextos de alta vulnerabilidad, no buscan alejar a las personas con consumos de sus entornos familiares y sociales, sino que se sitúan en los propios territorios donde transcurre la vida y poseen un bajo umbral de exigencias para iniciar un tratamiento.

No se “espera” a las personas, sino que se sale al territorio para producir el encuentro e invitarlos a participar de las actividades del centro.

No es una intervención de expertos, desde arriba hacia abajo, sino un trabajo colectivo entre iguales.

Las personas en tanto sujetos de derechos participan de las decisiones en su proceso de tratamiento, convirtiéndose éste en un proceso singular.

UNA CAAC NO ES...

- **Una comunidad terapéutica, ni una institución cerrada.**
- **Un hospital de salud mental, ni un centro de día ni de noche.**
- **Un comedor.**
- **Una bolsa de trabajo.**
- **Un tratamiento exclusivo sobre consumo de drogas.**
- **Un lugar donde se aplican premios y castigos.**
- **Un lugar tranquilo.**
- **Un espacio donde se humille a los asistentes.**

UNA CAAC ES...

- **Un centro barrial, abierto que recibe a las personas como llegan.**
- **Un lugar que no es un “comedor”, pero se almuerza.**

- **Un espacio donde se facilita la reinserción laboral.**
- **Un lugar en el que se acuerdan reglas básicas de convivencia.**
- **Un espacio para el abordaje de consumos de drogas que sin embargo no trabaja solo sobre los consumos de drogas.**
- **Un lugar en el que se trabaja en equipo, con un fuerte compromiso social y profesional.**
- **Un espacio de contención e intercambio, una comunidad de pertenencia.**
- **Un lugar en el que se establecen vínculos personalizados y auténticos con las personas que concurren.**
- **Un lugar en el que las personas que concurren son las protagonistas.**
- **Un centro que articula con instituciones locales y estatales.**
- **Un espacio en el que se promueve la solidaridad, la creatividad, la toma de consciencia y la restitución de derechos.**

FUNCIONAMIENTO DIARIO DE LAS CAACS

Accesibilidad.

- **Reflexionar sobre la localización de las CAACs: en qué medida favorece o dificulta el acceso de las personas que necesitan acompañamiento. Armar estrategias para mejorar la accesibilidad.**
- **Desde las CAACs se debe salir a buscar a las personas que necesitan acompañamiento; no se espera que llegue la demanda.**
- **La accesibilidad está dada también por el bajo umbral de exigencias para el ingreso y la permanencia.**

Ejemplos de estrategia de trabajo: Los referentes y acompañantes pares deben concurrir varias veces por semana a recorrer los territorios y los lugares de consumo, ofreciendo comida e invitando a las personas a acercarse a las CAACs.

Se trabaja tanto puertas adentro del centro como así también puertas afuera, es decir, con otras instituciones. Esta articulación es permanente.

Puertas adentro del centro: se realizan distintas

actividades. Provisión de comida (desayuno, almuerzo y merienda), servicios de higiene y ropa, actividades terapéuticas (individuales y grupales), actividades recreativas (fútbol, arte, terapia, pintura) y actividades formativas (taller de carpintería, de costura y de comunicación).

Puertas afuera del centro: Desde el dispositivo se propicia el trabajo articulado y en red para dar respuesta de modo integral a las personas que consumen drogas y a sus familias (salud, trabajo, vivienda, documentación, alimentación, etc). Las CAACs deben articular con la mayor cantidad de instituciones (estatales y de la sociedad civil) existentes en las comunidades en las que trabajan.

Se acompaña a realizar distintas gestiones: tramitar el DNI, solicitar turno médico, retirar una medicación, tramitar un subsidio económico, conseguir un lugar donde vivir, o resolver alguna cuestión judicial, etc.

El trabajo en la casa y fuera de la misma forma parte del funcionamiento de la CAAC. Ninguna CAAC puede pensarse sin alguna de estas instancias. La CAAC sale a la calle a conocer las respuestas que otras organizaciones están brindando en el territorio para articular y dar a conocer el trabajo que están

realizando.

MARCO DE TRABAJO

La intervención pone énfasis en la participación de las personas en los barrios para mejorar la calidad de vida de las comunidades locales. Para ello, se busca articular con las instituciones y organizaciones disponibles, los líderes barriales, los vecinos y los recursos comunitarios existentes para lograr el fortalecimiento de los vínculos entre ellas.

El punto de partida es el diagnóstico participativo y la detección de los temas problemáticos que las personas perciben como tales en los barrios donde viven. Esto permite pensar y construir el dispositivo a partir de las demandas reales de las personas que viven en el lugar.

Este proceso dialéctico se desarrolla como un continuo entre investigación y prácticas concretas, entre acción y formación en la acción.

Este modelo de intervención tiene por objetivo:

1. Trabajar desarrollando estrategias y líneas de acción en la prevención y la promoción de la salud elaboradas al calor de las problemáticas barriales.

2. Trabajar en el desarrollo de un sistema de respuestas que contemple la integralidad de las problemáticas entendiéndolas desde las perspectivas de quienes las padecen.

Desarrollar una estrategia de trabajo articulado y de construcción de redes con base comunitaria.

LA CAAC EN MERCEDES (B) “ALMA DE DIAMANTE”

La propuesta de llevar a cabo una CAAC en Mercedes surge como un intento de dar respuesta a diferentes situaciones surgidas en los distintos ámbitos en donde el Movimiento Evita de la ciudad lleva a cabo su trabajo social. Dichas situaciones se encuentran relacionadas principalmente con jóvenes y adolescentes vinculados al consumo problemático de sustancias.

Está funcionando desde julio del 2017. Funciona en el edificio de la CTEP (calle 11 y 4) Donde se ofrecen diferentes servicios como:

- Gestión institucional para trámites que favorezcan la inclusión

social de la persona con consumo problemático de sustancias.

- Acompañamiento familiar.
- Acompañamiento en calle.
- Acompañamiento en hospitales (para internación, gestión, retiro de medicación).
- Asesoramiento y Patrocinio legal.
- Orientación y acompañamiento profesional (psicólogos, psiquiatras).
- Entrega de mercadería.
- Espacios para recreación y deporte: Talleres de boxeo, guitarra y circo.
- Talleres de oficio: Carpintería, huerta, cocina.

Los adolescentes y jóvenes que concurren a la CAAC participan por la mañana de los núcleos productivos de la Confederación de Trabajadores de la Economía Popular (CTEP) en los cuales se les enseñan los siguientes oficios: Carpintería, huerta, cocina.

Por la tarde tienen la posibilidad de participar de los talleres de boxeo, guitarra, circo etc.

Por otra parte, quienes tienen la necesidad de finalizar sus estudios secundarios, pueden hacerlo a la mañana, concurriendo al Plan FinES.

Si bien hay un cronograma general de actividades diarias, para cada Joven o adolescente se realizara un programa personalizado de acuerdo a sus necesidades e intereses. Por ejemplo en la mañana pueden optar entre dos o tres núcleos productivos.

Acompañamiento Psicológico: esta tarea, la cual está a cargo de un profesional matriculado, es llevada a cabo tanto de manera individual como grupal, acompañando, asesorando y trabajando, ya sea desde lo estructural o desde lo emergente.

Acompañamiento social: está a cargo de un técnico en Minoridad y Familia, brindando asesoramiento desde esta área, realizando visitas a las familias, trabajo en calle y acompañamiento institucional (en caso de internaciones, gestión de medicamentos, trámites de diverso tipo, etc.) En esta tarea también colaboran los Promotores de Salud y demás pertenecientes al Movimiento Evita, realizando un abordaje territorial.

Por otra parte, se brinda un acompañamiento espiritual (opcional) desde la Organización Misioneros de Francisco.

¿POR QUÉ EL NOMBRE “ALMA DE DIAMANTE”?

Porque por más que el mundo aparentemente se destruya, la luz de la paz y del hombre internamente sigue brillando, ese es el mensaje de alma de diamante; por más que el sol se oscurezca somos alma de diamante.

Más allá de los problemas que cada uno tenga (aunque el sol se nuble) todos tenemos un brillo en el interior, una luz que nos empuja a seguir.

**“De la generalidad de la ley
26.657 de Salud Mental y
Adicciones a las singularidades
del sujeto”**

LIC. LUSSELLO, LUCILA
LIC. DELUCA, GUILLERMINA
LIC. CAMPELO, LORENA
TEC. ACUÑA, CAMILA
TEC. GROSSO, PILAR
TS. RANURE, MARTINA

“Juventudes: abriendo el Espacio Público”

SITUACIÓN

Carla, 17 años. Hace más de 2 años, sus padres se acercaron solicitando “internación por su situación de consumo problemático”. Se realizan visitas a la casa, estaba concurriendo a la escuela y empieza a participar de las actividades del dispositivo. Carla refiere sobre el vínculo conflictivo con su mamá, y su pareja de ese entonces

Desde nuestro equipo se evalúan estos últimos puntos como eje central para el abordaje de su situación, e informamos a las instituciones intervinientes. Desde ese tiempo hasta hace dos meses, Carla sostuvo su participación en el dispositivo, tanto en las actividades como espacio de entrevista.

Este último año, la joven estuvo viviendo en forma alternada en la casa familiar, y en casa de otros referentes (amigos) debido a discusiones con su madre. La madre sostenía que la opción era “internarla”. Carla empieza a concurrir al CPA.

A fin del año pasado, empieza a intervenir el Juzgado

de familia, por pedido de la madre. Solicitan tres evaluaciones de la joven en torno a su situación de consumo (Salud Mental-Hospital; CPA; DIAT), coincidiendo todos en que la sugerencia era fortalecer el tratamiento ambulatorio, y la importancia de un abordaje familiar.

Se realiza reunión interinstitucional para acordar pautas. El juzgado decide que Carla viva con una tía paterna, quien a las dos semanas de convivencia refirió no querer continuar con ello; que asista a la escuela y tratamiento psicológico para el grupo familiar.

Hace dos meses notamos la ausencia de Carla en las actividades del DIAT, más la imposibilidad de contactarla a ella y a la madre. Los otros jóvenes referían “que la policía se la había llevado”. Nos acercamos al juzgado y nos notifican que Carla había sido trasladada a una fundación para tratamiento bajo modalidad de internación. Al presente estamos a la espera de informe sobre la situación de la joven, y de poder concretar visita.

INTERROGANDO LA PRÁCTICA

A partir de la situación planteada, surgen diversos interrogantes en torno a la normativa actual y al abordaje desde nuestro dispositivo.

Partiendo de poder localizar cuáles son nuestros alcances y limitaciones en la práctica, es que intentamos preguntarnos: ¿Qué otra acción posible se podría haber llevado a cabo?

En la actualidad coexisten diferentes discursos, así como diferentes y hasta contrarias lecturas de lo que plantea la normativa vigente. Entonces ¿cómo se construye un espacio interinstitucional desde la corresponsabilidad que sostenga un criterio en común?

Hay un punto que ubicamos como crucial. Siendo lo específico de nuestro dispositivo, al parecer, la intervención sobre acciones de promoción y asistencia en torno a consumo problemático, se mal entiende a veces, que dicho punto es la causa y el síntoma a la vez. Esta postura reduce y acota la mirada hacia el abordaje de la salud integral.

Si fuese así ¿qué singularidad se podría poner en juego? ¿Qué red subjetiva podría cuestionarse y

fortalecerse? Todo sería acallar el síntoma, y no abrir pregunta.

En la situación de Carla, diversos actores intervinientes han recortado al consumo problemático como punto central, y las intervenciones han girado sobre ello. ¿Se borra lo singular? ¿Se silencia todo aquello que podría dar lugar a la construcción de una verdadera demanda? Encrucijada entre la especificidad de consumo problemático y la integralidad del sujeto. Como salirnos justamente para abordar la singularidad y no perderla en discursos desde un para todos.

El discurso imperante del Amo Moderno, tiende a clasificar y cosifica; y es desde allí, que se refuerzan representaciones sobre los jóvenes y adolescentes, desde una mirada adultocéntrica. Entonces se piensa a un joven que es inseguro de sí mismo, que NO puede, y que está incompleto (inmaduro). Estos imaginarios han atravesado la situación de Carla, son los Otros los que decían saber qué era mejor para ella, por lo que querían “mostrarle el camino correcto”, y también se sentían con el derecho a intervenir sobre ella. Carla se deslizaba en este escenario como un objeto sobre el cual se tenía un saber. Los jóvenes son depositarios de múltiples representaciones sociales y simbólicas (los

grupos vulnerables) que proponen generar acciones preventivas y de promoción en relación a ellos, pero a la vez ante quienes parece que deberíamos estar prevenidos, ubicándolos con cierta peligrosidad.

Entonces, cómo circula y se habilita la palabra de los jóvenes? Carla, en los espacios del dispositivo, pudo “decir”, y su Voz se intentó priorizar y alojar. Es en esta línea que se aborda el objetivo principal de un abordaje integral de consumo problemático y los procesos potencialmente terapéuticos. Si habilitamos al sujeto, proponemos un espacio de escucha, y se propicia un cambio de discurso, intentando provocar, promover y construir una demanda subjetiva en cada situación.

Piera Aulagnier refiere que es necesario para nuestra estructuración subjetiva el sostén de la mirada y palabras del Otro que decodifican nuestros mensajes en la primera infancia, prestan un soporte identificador (Otro que pueda darnos significantes y significación). Ahora bien, en la situación de Carla podríamos señalar que estas voces de los Otros continúan dándole sentido, extendiéndose más allá de lo necesario, la madre se constituye en el *portavoz* del ambiente en su juventud, y esto inhabilita que el Yo no

puede acceder a una autonomía progresiva. Cuando esta violencia impide tal autonomía, representando un exceso por lo general perjudicial y nunca necesario para el funcionamiento yoico, estamos en presencia de una *violencia secundaria*. La autonomía se opone a dependencia. Es necesario registrar las consecuencias de la voz y mandato familiar para el entramado interviniente y para Carla, quien termine respondiendo a ese mensaje, termina actuando tal como esa voz se enunciaba, a modo de profecía autocumplida.

Abrimos otro interrogante entonces, ¿de qué hablamos cuando hablamos de familia? Referentes afectivos? Qué lo diferencia? Carla como hecho concreto podríamos decir que cuenta con una familia, madre, padre, hermanos, tíos; hecho que no asegura que la función sea posible de ser ejercida como tal. Apuntamos a un más allá de la presencia-ausencia; es decir, apuntamos a las funciones y vínculos.

Familia, en lo actual, es un significante al cual hay que otorgarle nuevas significaciones, ubicándolo como significante vacío de antemano. Podemos distinguir entonces distintas modalidades de habitar las nuevas situaciones familiares.

En la escena familiar de Carla, esa modalidad sería

lo que se denomina Desubjetivación: implica ausencia de referentes, de puntos de anclaje, de delimitación de funciones, y esto es “imposibilidad”. Carla refiere “necesitar que su mamá sea una mamá”. Qué significación ubicará allí? En el último año, ella ante la aparición de otros referentes, los toma como la oportunidad para sostener su proceso subjetivante. Refiere así su vínculo con madre de amigos, con amigos, con talleristas de las actividades. Empieza a delinear un entramado social en el que se ubica como sujeto, y no como objeto.

Carla toma al barrio en el cual se realizan las actividades del DIAT, como un espacio de pertenencia, es allí en donde se queda cada vez que se va de la casa familiar, allí vive, construye vínculos de amistad, de referencia afectiva. No es el barrio en el que ella ha vivido, pero ese espacio la aloja en algún sentido simbólico. “Me escuchan, vale mi palabra, me preguntan cómo estoy...”

Ahora bien, este barrio carga con múltiples representaciones en lo local, hablar de esa esquina, da lugar a un imaginario de peligrosidad, de jóvenes “perdidos”, de un límite entre el centro de la ciudad y lo que se debe “ocultar”, marca una frontera y eso

repercute en cómo se hace una lectura de la circulación de Carla por ese espacio público.

El playón del barrio es un espacio público al cual concurren los jóvenes de la zona. Es allí, donde hace más de 2 años, el DIAT empieza a generar talleres y actividades. Se ha ido construyendo, un territorio, delimitando la práctica, que cuenta con la construcción y fortalecimiento de redes comunitarias, actores sociales y vínculo entre ellos. Esta posibilidad abre tensiones en cuanto al discurso y el abordaje de las situaciones. Stolkiner menciona que generar este trabajo comunitario de promoción desde redes institucionales en el territorio, dan cuenta de un paradigma de la complejidad, que requiere un enfoque complejo e integral, en el cual la protección y promoción de derechos sea la estrategia fundamental. Entonces, no hablamos de espacio geográfico, o estático, va más allá de eso, se trata de desarticularlo, y Carla nos permite registrar esta conceptualización. Es allí que fue formando con otros una red. El imaginario social tiene tanta resonancia que conlleva a que se minimice o subestime la participación y atravesamiento de los jóvenes por ciertos espacios. Se restaba valor a que ella concurriera a un taller de panificado o deporte en ese territorio, no sin esto generar una desestimación

de su lugar propio también.

Esto es una apuesta y un desafío diario para lo que propone el dispositivo, que se registre y jerarquizen los dispositivos territoriales en sí.

Para adentrarnos en ello, consideramos importante incluir el concepto de accesibilidad (Stolkiner), el cual refiere al vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo se construye a partir de la combinación entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.

Desde la situación planteada se puede visualizar la construcción social sobre el territorio en el cual el DIAT realiza sus actividades deportivas, en el playón del barrio blandengue. Dicha construcción social parte sobre una estigmatización realizada por medio de prejuicios que categorizan a Carla en cuanto su participación en la actividad.

A considerar:

- La mirada de la institución policial a la hora de llevar a cabo su intervención en el territorio en donde estuvieron y participaron en la

búsqueda de Carla para llevarla a la Fundación terapéutica, donde comenzaría su tratamiento.

- La mirada del juzgado con respecto a la zona en donde se ubica el playón, pudiendo referenciar que cuando Carla se encontraba allí, estaba en riesgo permanente
- La mirada de Carla sobre el territorio como espacio de referencia vincular, en donde se sentía sujeto.
- La mirada de la familia, en cuanto a lo hablado anteriormente sobre el mandato familiar “profecía”.

Desde estos puntos partimos y referimos que la construcción social del territorio donde interviene la actividad del DIAT, genera una subestimación de los espacios públicos. Dicha subestimación está dada por los actores sociales que componen a la comunidad.

A partir de ello se puede establecer que existe una vulneración de derechos, es decir la imposibilidad de acceder a la inscripción propia en el campo subjetivo de los otros, y a su vez la dificultad para que algunos otros sean significativos, determina que de sujeto hay muy poco. Sujeto entendido como construcción en procesos que incluyen el reconocimiento y la implicación de otros, institucionales y afectivos.

Su exclusión (imposibilidad de acceso) lleva inevitablemente a que los derechos inherentes a la condición humana no adquieran carácter institucional, ocasionado y ubicando a Carla en un sufrimiento prolongado.

En esta línea, pensar al marco normativo atendiendo a la noción de subjetividad implica considerar que es a partir de ello que se defienden las posibilidades de acceso y ejercicio de los derechos, las presentaciones actuales del padecimiento psíquico y los efectos imaginarios de poblaciones estigmatizadas, excluidas.

En cuanto a esto, problematizamos sobre los lugares de los actores que intervienen en ese vínculo terapéutico con Carla.

Desde el DIAT se pudo construir un vínculo que permitiría el trabajo terapéutico con Carla durante la participación de las actividades y del espacio de entrevista, considerándola sujeto de derecho.

El marco normativo actual que rige nuestra práctica, se fundamenta en la Ley de Salud mental N26657, y la Convención de los Derechos del Niño/Niña y adolescentes N° 26061. Dicho marco se constituye como ordenador de los intercambios entre las diversas disciplinas.

El desafío para la práctica requiere reconocer el padecimiento subjetivo ocasionado por históricas vulneraciones de derechos que imposibilitan la construcción de proyectos individuales y colectivos. Teniendo en cuenta el concepto de ámbito comunitario, que venimos pensando en el análisis de la situación de esta joven, el cual es el espacio donde se construyen herramientas intra e inter subjetivas mediante el lazo con otros, y así también con el armado de las redes institucionales.

Con respecto a la situación de Carla, los lineamientos generales que detalla la ley, no han podido ser sostenidos. Se ubicó como eje central a la situación de consumo problemático de sustancias, no enlazándolo al sujeto, ni a su contexto. Este recorte en la modalidad de intervención podemos ubicarla en la disposición del juzgado de familia interviniente, que jerarquizando la voz de la familia, determinó el traslado de Carla con el fin de su evaluación para posible internación.

Sosteniendo lo que hemos venido referenciando en cuanto a la representación sobre los jóvenes, los interrogantes que surgen sobre la noción de familia, es que consideramos que la voz de Carla no fue escuchada, y esto fue lo que generó que sus derechos

fueran vulnerados.

Entre ellos pueden nombrarse “derecho a ser oído” que hace referencia a la institucionalización de la participación del sujeto del abordaje, esto tiene que ver, con la obligación de interpretar integralmente dicha voz, lo cual implica atender a lo que “no se dice” considerando su historia y contexto. (En la situación de Carla, esto pudo visualizarse cuando tuvo más peso la voz familiar que la de la joven, hasta la propia Carla. Cuatro instituciones evaluaron que no se visualizaba riesgo real e inminente que determinara una internación)

Otro de los derechos que tuvo vulnerado la joven fue la institucionalización de la internación como último recurso. Esto hace referencia, a pensar estrategias que fortalezcan los lazos sociales del sujeto y la comunidad, en tanto resignificación de su lugar con respecto al otro. La decisión de una internación, se debe tomar cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que cualquier otra estrategia en respuesta a una situación de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros. Pensando en esta situación, la joven no atravesó un proceso como tal, desde lo ambulatorio previamente a la internación. De esta manera, nos

surgen problematizaciones al respecto, de qué intervenciones se podrían haber pensado previamente a su internación, como así también con su familia desde un abordaje comunitario, y qué perspectiva se tiene de un tratamiento ambulatorio.

En el último año, ha ido resonando más fuertemente que Carla estaba pronto a cumplir 18 años, y se fue enfatizando esta fecha, quizás sosteniendo un imaginario desde lo que pone en palabras la ley. Toda ley abre un universal, que nos atraviesa a todos, y sí, cumplir 18 denota un cambio para ese campo discursivo. Para Carla empezó a significar el momento en que podría decidir sola, y para las instituciones y familia, la necesidad de tomar acciones en torno a su situación de forma apresurada. Hoy Carla cumplió 18 años, y lo festejó estando en la CT en donde se encuentra internada. Esta es la tensión entre lo que plantean los tiempos cronológicos (que son para todos), y los tiempos lógicos (que son singulares). Los tiempos lógicos no tienen fecha, tienen huella, y será el tiempo que necesita cada quien para hacer frente a su acontecer.

Para ir terminando, es fundamental poder pensar las consecuencias que tuvo la Voz de la joven, en el

entramado de múltiples discursos; en el sentido de que hasta el día de hoy desde el dispositivo se intervino en torno a lo allí dicho por ella. Esto no significa que las palabras se tomen literalmente, sino que los sentidos circulen desde su lugar. Esto ha sido el punto sobre el cual planificamos los acompañamientos que tuvimos con respecto a ella, y a su internación, y como se pone en tensión la ley de salud mental con otros discursos vigentes actuales, como por ejemplo el del juzgado, el familiar, social. De esta manera, creemos que es fundamental poder pensar nuestros alcances y limitaciones como dispositivo pero también que sucede en lo singular de cada situación, el cual implica un posicionamiento ético profesional.

**Consumo problemático.
¿Síntoma que remite a la
novela familiar?**

*“Los hombres se encierran en las prisas
pero no saben lo que buscan. Entonces
se agitan y dan vueltas en redondo...”*

El Principito.

LIC. ABINAL, LORENA
LIC. CAMPELO, LORENA

Partiendo de la noción de consumo problemático y lo que entendemos como tal, será la intención interrogar la misma desde diversos recortes clínicos. Nos referiremos a las problemáticas del consumo como formaciones de ruptura haciendo contrapunto con el concepto de síntoma entendido como formación de compromiso. ¿A qué responde dicha ruptura? ¿El consumo problemático no sería un síntoma en sí? Será ésta pues, una de las dimensiones del presente escrito.

Otra dimensión a considerar será cómo aparece en la historia/discurso de cada sujeto en las viñetas planteadas, lo que remite a su novela familiar habilitando determinadas formas de goce y prescribiendo otras. Aquí nos detendremos para cuestionar, de cuál familia hablamos.

Hablar de consumo problemático es ubicar en principio que el objeto “droga” no representa la causa del problema, sino una consecuencia. Existe un padecer, un malestar subjetivo que preexiste al consumo de sustancias, un malestar “insoportable” para el sujeto. Una de las modalidades que adopta la adicción es la de cancelar el malestar. Freud diría como “alivio frente al existir”. El tóxico resulta funcional a la “ilusión de felicidad” bajo la búsqueda de evitar el displacer

y experimentar sensaciones placenteras a nivel del cuerpo. Esta manera de cancelar el dolor, el malestar, el padecer, da cuenta de la insuficiencia de inscripción simbólica. La sustancia droga cobra valor por el placer que supone genera, ubicando el malestar del lado de factores externos, eludiendo así toda responsabilidad subjetiva en el mismo.

Martín 21 años, refiere: “consumo marihuana todos los días, así soy feliz, no se puede negar que se siente bien. Hace unos meses estuve sin consumir y se me hizo durísimo. No quiero sentirme mal. Y agrega: todos piensan que es un error, pero qué sé yo... mi mamá tuvo un error que puso en peligro la familia, y eso se silenció... yo hago lo mismo, me silencio”.

El consumo problemático borra así la diferencia entre sujeto y objeto, y se le da entidad a la sustancia.

Que el sujeto se queje de sus dependencias no implica que ese sea el padecer del cual quiere desprenderse. El problema no es en sí el consumo problemático, sino lo que empieza a complicársele. En el Malestar en la Cultura, el tóxico tiene estatuto de remedio, no de síntoma. Allí, Freud define claramente a la droga a partir de su función: “La vida, como nos es impuesta, resulta gravosa: nos trae hartos dolores, desengaños, tareas

insolubles. Para soportarla no podemos prescindir de calmantes: distracciones, satisfacciones sustitutivas y sustancias embriagadoras que nos vuelvan insensibles a ella” (Freud, S., “El malestar en la cultura”, Obras completas, t. XXI, Amorrortu, Bs.As., 1987, p.75.).

En las personas con consumo problemático es evidente una ruptura, con el tiempo, con los otros, con los límites. Un “hacer” sin medida ni preguntas y que se sostiene sin más. Eric Laurent propone pensar la toxicomanía como un goce uno, se trata de un modo de ruptura con el goce fálico. Goce sin fallas, sin límites.

Pareciera hoy que la causa del consumo no está ligada a ningún sentido, aparece allí un “vacío” a taponar, y la sustancia es la respuesta. No hay significantes que ubiquen una pregunta. La efectividad de la palabra, queda anulada.

Cuando el sistema de cancelación del dolor falla puede precipitar una demanda que se presenta en las consultas en frases tales como: *“ya no puedo más, estoy perdiendo todo, toqué fondo, ya me pega distinto”*.

Mientras algo del goce no entre en el circuito de la palabra, se volverá goce mudo, imposible de

sublimarse, produciendo sufrimiento y dependencia, empujando así a la compulsión de consumo.

Esteban 25 años. Se le diagnosticó Diabetes tipo I a sus 5 años. Refiere consumir cocaína desde los 12 años y ha estado 7 veces en terapia intensiva por sobredosis en los últimos 4 años.

Mario 51 años, consumo problemático de varias sustancias, principalmente el alcohol. Presenta hepatitis C y fue operado de riesgo hace un año aproximadamente. "... si iba a hablar con mi familia tenía que estar en pedo... estuve en la Iglesia, en Alcohólicos Anónimos y recaí... en la calle yo no tengo límites, el alcohol me mata, perdí todo borracho y ya me resigné... la marihuana ya no me interesa, pero el alcohol no lo voy a dejar, sé que voy a recaer".

El consumo problemático aparece como repetición que no hace historia. El sujeto no puede mediante una operación de decisión, romper con esa relación con el objeto.

Si la sustancia es la respuesta y "alivio" al problema, de que malestar subjetivo se protege? No existe respuesta única y será a construir cada vez, pero ubicamos dos cuestiones cruciales que insisten: el cuerpo (el cual sería otro tema a desarrollar) y la novela familiar, que

alude según Freud, a cómo cada sujeto ha interpretado la fórmula parental y cómo ha escrito su propia historia en esa trama.

Cuando un sujeto habla de su familia, habla de ficciones que rodearon su encuentro con el goce y sus modos de gozar.

Facundo de 19 años: “mi padre sentía mucho amor por mi madre, él era alcohólico y muy agresivo con mi madre... ella luego de los conflictos con él tomaba pastillas... por el amor que se tenían seguían juntos... yo siempre estaba en el medio, buscaba estar en esos conflictos... empecé a consumir y por el dolor que les generé mi papá dejó el alcohol...se calmó...y mi madre no tuvo que tomar más pastillas”.

La familia está presente bajo la palabra del sujeto analizante como marcas o significantes que trazaron un sentido al cual queda pegoteado. Ubicamos como punto esencial para la práctica analítica escuchar sobre las funciones y vínculos que aparecen nombrados allí.

Jony de 22 años: “mis padres nunca me dieron bola... me mandaban a pedir... me la pase siempre con un amigo con padres parecidos... él era el más cuerdo, me ponía límites... él era mi hermano, mi confidente... mi única familia”.

Las nuevas formas de goce se presentan bajo la forma del “yo soy”. Así llegan a la consulta. “Yo soy adicto”, se reconoce allí.

Los modos de goce pueden encontrar en el discurso social una posibilidad de normalizarse, pero en detrimento de la verdad del sujeto.

El goce como aquello que escapa a todo orden de significación posible o a la historia del sujeto. Se presenta cada vez más como fundamento del ser en detrimento de la palabra como fundamento del ser.

Si a partir del síntoma del paciente, se intenta encontrar una verdad del sujeto; en la situación moderna expuesta en este trabajo, se trata de tener que crear un síntoma, ahí adonde hay una verdad.

Juan Pablo de 35 años: “...mi familia se desarmo cuando mi padre se fue de mi casa... peleaban todo el día con mi madre... al tiempo que se fue decidí irme a vivir con él... a vivir bajo su orden y reglas... era volver a empezar, volver a formar una nueva familia... al tiempo empecé a tomar alcohol... creo que me faltó reconciliarme con mi pasado”.

En el momento de la caída de todas las certezas habrá lugar para el analista, y es un tema, porque es la

certeza, es la condición del ser en algunos casos.

Respuestas rápidas que anulan las preguntas: consumir drogas lleva el hecho a la categoría de nombre no de síntoma. Si el sujeto está identificado al nombre, desaparece el sujeto.

Hay un síntoma oculto por las nuevas formas de manifestación. Hacerse síntoma es extrañeza, no reconocerse en él, es un “yo no soy”.

El psicoanálisis intenta anudar ese goce repetitivo que, como dice “El Principito, se agitan y dan vuelta en redondo”, en algo en que el sujeto pueda elaborar. Al menos abrir la pregunta.

PRÁCTICA CLÍNICA EN INSTITUCIONES PÚBLICAS

(pensar lo sabido no siempre pensado)

“Avatares De La Supervisión En Una Institución Pública”

*Un hombre de las viñas habló, en agonía, al oído de
Marcela. Antes de morir le reveló su secreto: -la uva-
le susurro- está hecha de vino.*

*Marcela Perez Silva me lo contó, y yo pensé: “si la
uva está hecha de vino, quizás nosotros somos las
palabras que cuentan lo que somos.”*

***Eduardo Galeano.
La uva y el vino. El libro de los abrazos.***

LIC. BRESSAN, ANAHÍ
LIC. CAVIGLIA, FLORENCIA
LIC. DELLEPIANE, LILIANA
LIC. FAGUNDEZ, YANINA
LIC. JUÁREZ, ALEJANDRA
LIC. VIÑES, ANDREA

En el presente trabajo, intentamos transmitir una experiencia de supervisión dentro de una Institución Hospitalaria. Gestándolo en cada encuentro entre el equipo de salud mental del HIGA Vicente López y Planes de Gral. Rodríguez, encuentros que vislumbraron los avatares, entendidos como cambios que invitan a crecer, pensarse y repensarse.

Hablamos aquí también de la importancia que conlleva la cuestión transferencial, nos apoyamos en la historia y por qué no en la prehistoria también de nuestra institución.

Detenerse a pensar en la vorágine del tiempo, en las limitaciones y las posibilidades que ha brindado y brinda el espacio de supervisión, en el cuidado de nuestra función, en tanto psicoanalistas, sin perder de vista que ese ser será dentro del ámbito hospitalario, esa es la invitación, pensar en las palabras que cuentan lo que somos, lo que hacemos...

***- Trabajo Presentado en V JORNADAS
DISTRITALES DE PSICOLOGÍA DEL OESTE. Lo
actual de la práctica y las prácticas actuales. La
subjetividad de la época -***

I - "HACIENDO HISTORIA..."

Al tratar de hacer un recorrido por la historia de la supervisión en el servicio, fueron surgiendo algunas preguntas:

¿Cómo surge la necesidad de contar con un espacio de supervisión? ¿Cómo pensar el espacio de supervisión en una institución pública de salud? ¿Qué lugar ha tenido a lo largo de la historia de este servicio de salud mental? ¿Qué lugar ocupa en la actualidad? ¿Cómo sostener un espacio de reflexión grupal más allá de las diferencias teóricas, de recorridos profesionales, deseos y subjetividades? ¿Qué efectos tiene la supervisión en el analista y en su práctica?

Con respecto a nuestra institución podemos pensar dos momentos históricos. A principios de los 80 el servicio de salud mental contaba con un psiquiatra, una psicóloga de planta y algunos profesionales que concurrían ad honorem. Si bien había algunos espacios de reflexión interna, la supervisión era obligatoria y externa, se realizaba en el consultorio privado del analista supervisor, que era de orientación freudiana lacaniana y se realizaba con una frecuencia semanal. Habiendo dos supervisores, uno para la clínica con

adultos y otro para la clínica con niños.

En la década del 90 surge la residencia en psicología, la modalidad de supervisión fue similar a la anterior. Con el cambio de década la residencia es regionalizada, es decir que la formación clínica de los profesionales estaba dividida en dos hospitales (R1 y R2 en este hospital y R3 y R4 en Merlo). A raíz de este motivo la jefatura no acepta la residencia y esta queda en el Hospital Héroes de Malvinas de Merlo.

La formación de psicólogos, como la supervisión entran en un impasse. Con un nuevo cambio de jefatura comienza la concurrencia en calidad de visitante, modalidad que aún perdura. En una primera instancia la supervisión era interna, con una psicóloga de planta. Luego fue externa, cada profesional buscaba su supervisor. Pero la complejidad de la práctica y la necesidad de un espacio de reflexión común donde no solo se pensara el caso por caso sino otras variables intervinientes llevó a recurrir por un lado a las autoridades del hospital y por otro al Colegio de psicólogos. Institucionalmente se logró así que la dirección del hospital avalara económicamente el espacio de supervisión. A través de la Comisión de Supervisores el colegio facilita la asistencia de

tres supervisores con distintas líneas teóricas y modalidades de abordajes. Esto permitió internamente abrir un espacio de encuentro y reflexión que se viene sosteniendo en el tiempo. Si bien la clínica es lo que nos convoca en primera instancia, muchas veces nuestra propia angustia frente a las vicisitudes de la práctica pudo ser canalizada y tramitada en ese espacio, lo que llevó a incorporar también a profesionales de otras áreas con las cuales se realiza un trabajo interdisciplinario continuo. Así fuimos pudiendo repensar los límites propios y de nuestra práctica, en sus avatares cotidianos, que nos llevan desde la angustia paralizadora, los temores, las dudas y los replanteos respecto de los abordajes realizados, a la implicancia del analista interviniente y del resto del equipo en las diferentes situaciones, a la reelaboración de traumas y a la posibilidad de incluir estrategias preventivas con otros: intra e inter-institucionalmente.

II - UNA VISIÓN POSIBLE SOBRE LA SUPERVISIÓN: “¿QUIÉN CUIDA A QUIENES NOS CUIDAN?”

Una paciente se despide diciendo “muchas veces me

pregunto quién cuida a quienes nos cuidan...” Mas allá del por qué en lo particular de su despedida de aquel día, esta paciente hace una invitación a pensar en el cuidado de nuestra profesión y del profesional interviniente en cada situación. Invitación a repensar las patas que sostienen y hacen a nuestra práctica: el análisis personal, las actualizaciones en la formación, el permitirnos escribir sobre nuestro hacer y la supervisión.

En la frase de despedida, aparece el llamado a un otro, otro que sostenga y que permita que aquella dirección continúe siendo posible, que esa dirección de su cura persista o se modifique pero que contenga aquello que se lee, a su parecer, como cuidado del otro. Y que este otro que se presenta a modo de analista ante sus ojos tenga ese sostén que le permita continuar interviniendo.

Entendiendo este “sostén que permita continuar” como la visión desde un afuera que incluya y que habilite la posibilidad de las otras posibilidades en cuanto al trabajo en esa dirección por la cual se transita. Será labor del supervisor marcar, intervenir, sostener sobre el “discurso del discurso” de un paciente. Trabajar sobre el discurso que trae un analista.

Desde el comienzo de nuestra vivencia en el espacio de supervisión dentro de nuestro hospital, se ha planteado la posibilidad de elección, cuestión importante teniendo en cuenta que intentamos, y siempre es un intento, encuadrar nuestro trabajo considerando la formación de cada uno de los profesionales, las líneas teóricas con las que hacemos comunión, las diferencias en los estilos, lograr con ello el encuentro, posible-imposible con el otro, eligiéndolo en su función de supervisor. Se ha dado un largo camino hasta ese momento, elegir y no solo elegir sino ser elegidos como equipo de salud mental de una institución o como grupo supervisando dentro de una institución hospitalaria.

Comenzando a transitar este encuentro entre supervisor y supervisandos, aparecen las diferentes presentaciones clínicas, pero es a partir de un hecho particular que esta elección mutua se hace posible. Es a partir del pasaje al acto de un adolescente donde esta elección tiene lugar, donde este quién cuida a quienes nos cuidan cobra consistencia, vislumbrándose que un espacio posible de “cuidado” es el espacio de supervisión. No a modo de una evaluación examinadora, sino desde la escucha en principio, desde el entender que del paciente del que se trata es el paciente de aquel que se expone al exponer, desde el respeto en esa escucha,

desde la experiencia del saber que quizás, por poseer mencionada experiencia la acción terapéutica podría haber sido otra pero fue esa y entonces poder trabajar desde ese lugar, que el trabajo interdisciplinario se transforma en moneda corriente no desde lo vulgar sino desde lo imprescindible, que a veces es necesario acompañar un duelo aún sin ser el analista de ese profesional, sino un duelo que se juega en otro ámbito que muestra a un grupo movilizad, indiferente, impotente o temeroso. La aparición de la falta desde otro lugar. Ese es el lugar posible y con él, el elegirse para trabajar. El cuidado sin un abrazo, sin recetas, sin bendiciones, el cuidado desde el dar un lugar desde la escucha, desde la espera de esa transformación de ese hacer con aquello que nos aqueja, que nos conmueve. El pensar con otros no solo desde el ámbito de lo psi, sino sabiéndonos un servicio dentro de una institución.

A partir del trabajo interdisciplinario se convoca a otros profesionales que han formado parte del mismo a participar en al menos dos (al momento) de las supervisiones, pensando en conjunto posible pasos a seguir. Pensando en cómo transformar aquello que incomoda en posibilidad de trabajo y pensando también en lo significativo que resulta contar con un espacio para poder pensarse en la profesión y en

el ámbito hospitalario en particular. De este modo hace su aparición el “contagio” intrahospitalario de otro espacio de supervisión en otro servicio de la institución. Entendiendo que cada servicio presentará sus propias características de formación, incumbencia e historia dentro de nuestro hospital. Entendiendo también que no estaremos ajenos a invitar o ser invitados en aquellos momentos en que el caso a caso lo amerite.

Invitación que nos incita a pensar, pensarnos, leer, aprender y disentir, incluso con uno mismo, concibiendo que nuestro saber es un saber del no saber, del necesitar ese otro que escuche ahí donde no pudimos escuchar, donde resulta imprescindible el cuidado de quienes cuidan, de quienes lo intentan y yerran en la dirección, el cuidado de nuestra posición de analistas sin descuidar que esa mirada que se necesita, no es de una superioridad sino de una supervisión entendida desde el lugar de una elección de ese colega en quien se deposita esa posibilidad de sostener mediante la escucha activa del discurso brindado por el supervisando, a éste.

Es esta la elección a la que hoy hemos arribado: aquel que elije ser escuchado y aquel que elije seguir

escuchando, ser supervisando de éste supervisor. Dándole oportunidad a esta historia dentro del contexto hospitalario. El espacio ganado, el deseo de sostenerlo sabiéndonos necesitados de esa protección con la que se despide aquella paciente. La pregunta que invita, la reflexión que convoca “quien cuida a los que nos cuidan”.

III - “SUPERVISAR EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA”

El principio freudiano del trípode necesario para la formación del psicoanalista es retomado por Lacan y por el conjunto de las sucesivas agrupaciones psicoanalíticas: análisis personal, teoría (trabajo epistémico) y control o supervisión.

Hace algunos años, comenzó a hacerse frecuente la presencia de analistas integrando los equipos de salud mental, junto a otros profesionales de la salud.

Es así que, como resultante de la aplicación del psicoanálisis en diversas instituciones de la comunidad: hospitales, centros de salud, escuelas, centros de prevención de las adicciones, hogares convivenciales

para niños/as y adolescentes, centros de atención a las víctimas de violencias, el dispositivo de la supervisión comienza a multiplicarse en nuevos contextos.

La invitación a supervisar en estos espacios, resulta en algunos casos novedosa, y a veces extraña a la propia cotidianeidad del consultorio privado, ya que incluye el desafío -y también la incomodidad-, de considerar y articular otras variables que se ponen en juego como lo grupal, lo público, lo inter-institucional e inter-disciplinario.

Es a partir de esta experiencia de supervisión, que me propongo pensar sobre la práctica de la supervisión en las instituciones públicas.

La supervisión en esta institución, está en relación con la tarea clínica, es una actividad grupal y por consiguiente se constituye en un espacio diferente al de la supervisión individual.

En la supervisión grupal se pone también en juego la atribución de saber al supervisor y se agrega la transferencia de trabajo entre los integrantes del grupo. En el espacio de supervisión grupal, el supervisor deberá ser cuidadoso con quien presenta el material, de manera que no quede expuesto en el grupo algunos puntos ciegos que obturan, hacen obstáculo a las

posibilidades de avance (resistencias del analista). Será importante que esos puntos puedan ser detectados y puestos a trabajar en un espacio diferente (análisis personal, supervisión individual).

Carmen Grifoll, ubica al supervisor como más uno. “Sería alguien elegido por la institución porque se le reconoce un saber pero que a la vez hace participar al grupo y ordena cuestiones a partir de lo que surge, creando de esta manera condiciones para la transferencia al trabajo”. Se propicia la participación de los integrantes en la discusión, operando sobre la lógica del caso para hacer surgir en el grupo los conceptos fundamentales en juego.

Es importante orientar la escucha hacia la dilucidación del deseo del analista, señalando lo que pueda emerger de ello.

Como lo propone Alfredo Zenoni, las supervisiones en la institución, podrían denominarse “seminario clínico” o “reunión clínica” serían “conversaciones sobre la práctica”, a partir de una presentación de casos. Una conversación grupal como elaboración de un saber del cual todos podrán hacer uso.

Es importante tener presente siempre que el dispositivo de la supervisión debe permitir que el saber no obture

el movimiento de la clínica. La supervisión salva al analista de quedar alienado al saber, permitiéndole ser reenviado a esa hiancia, a un agujero desde el cual se podrá acceder al hallazgo de un saber desconocido.

El dispositivo que se arma en estos nuevos contextos institucionales, es no solo para la formación y la transmisión a los colegas, sino como un instrumento de investigación, que de lugar a lo nuevo de la práctica del psicoanálisis en esta época.

Hay preguntas concretas que fueron surgiendo en el espacio de la supervisión.

Algunas estaban referidas al conocimiento y/o desconocimiento y a la necesidad de ir implementando la nueva Ley de Salud Mental N° 26.657 en la institución y la importancia que en ella se le otorga al trabajo interdisciplinario.

Otra pregunta recurrente fue: ¿cuál es la posición del analista en las instituciones?

Algunos asistentes al grupo manifestaban que la estructura del servicio hospitalario y la solicitud de turnos en forma permanente, que da lugar a la conformación de largas listas de espera, “invitan a no pensar, a seguir, a no detenerse”, desbordados

por responder a la demanda de atención de todas las consultas que llegan al equipo.

Al abrirse dentro del servicio el dispositivo, se habilitó un sitio donde: “pensarnos desde adentro, revalorizando el lugar de la supervisión como un espacio saludable que admite reflexionar sobre la tarea, dialogando respecto de cual es la posición del que escucha, y evaluando el impacto que produce sobre la subjetividad del receptor las problemáticas que se presentan en la institución: acting-out, pasaje al acto, ataques de pánico, desencadenamiento de procesos delirantes, así como el efecto devastador producido por algunas enfermedades orgánicas, o la violencia que se vive en las instituciones -ligada a las exigencias impuestas por el sistema de salud, o proveniente de los pacientes-, que en muchos casos nos llevan a perder el rumbo o nos dejan impotentizados para poder operar”.

Operar con ese real es parte del quehacer del analista, supone abordar la parte más complicada, en tanto ya no prevalece allí lo metafórico, el deslizamiento significativo de la metáfora y la metonimia, sino el encuentro con lo real que resiste a toda significación.

J. Lacan nos advierte en aquella memorable expresión

de 1953: “Mejor pues, que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de la época”. El psicoanálisis no puede pensarse desligado, por fuera de la época. La postmodernidad se ha caracterizado como un tiempo en que el Otro ha perdido consistencia, por lo cual los pacientes se presentan distintos: los acting out prevalecen sobre la puesta en palabras y operar con ese real es parte del modo de presentación del malestar.

Por todo esto es que nos enfrentamos ante varios desafíos, otro de ellos, es soportar la diferencia entre la perentoriedad derivada de los tiempos cronológicos -que impone la institución, los pacientes, las complejidades de lo que llega a la consulta-, con los tiempos lógicos que implica el trabajo con el inconsciente - regido por otra lógica-, que supone la espera para ese despliegue que es artesanal y que es del caso por caso.

Cuando nos convocan para supervisar en las instituciones nos encontramos con estos y otros temas generadores de mal-estar. El malestar de los pacientes, el de los profesionales que están mal en las instituciones y el mal-estar generado por la estructura misma de la institución.

S. Freud en “El Malestar en la Cultura”, nos alerta en relación a que las instituciones que nosotros mismos hemos creado no nos brindan toda la protección y el bienestar esperado, sino que son también fuente de sufrimiento y que el origen de dicho sufrimiento está implícito en la naturaleza de “nuestra propia constitución psíquica”.

Si la presencia de los psicoanalistas en las instituciones, su estar en **ellas**, se inscribe como mal estar, es a causa de la propia constitución del ser hablante.

Colette Soler cuando habla del control, dice que el mismo se impone y se le impone al analista como una necesidad ética ligada al imperativo del deseo, para asegurar que hay psicoanalista.

Cuando hablamos de ética, desde las reglamentaciones, inmediatamente nos referenciamos en el Código de Ética del Colegio de Psicólogos que regula nuestra práctica en la provincia de Buenos Aires.

En su Art. N° 43 dice: Es responsabilidad inherente al ejercicio profesional del psicólogo:

a) La actualización periódica y permanente de sus conocimientos como garantía de responsabilidad e idoneidad que contribuya al prestigio de la profesión

y a la optimización del servicio que brinda.

b) La realización de psicoterapia personal que garantice la preservación de su salud y la de aquellos con quienes trabaja.

c) La supervisión del trabajo realizado.

Si revisamos el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A), en la DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS, punto C. , referido al Compromiso profesional y científico, expresa: “Los psicólogos se comprometen a promover la Psicología en cuanto saber científico.

En su trabajo, asumirán sus responsabilidades profesionales, a través de un constante desarrollo personal, científico, técnico y ético”.

El grupo de supervisión -al que hago referencia- no se crea como producto de una imposición proveniente de los directivos, del responsable del servicio, o de alguna reglamentación.

Desde esta perspectiva, se puede decir que el dispositivo se impuso como una necesidad del grupo y un deseo. Es el deseo el que permitió el sostenimiento de la experiencia en el tiempo y es a partir de un trabajo de integración que se logró

la permanencia y la consolidación del grupo como equipo de trabajo.

El resultado de esa integración y consolidación, llevó al equipo a manifestar interés por compartir material bibliográfico, por establecer un espacio para realizar algunas lecturas dentro del servicio y también arriesgarse a escribir sobre la experiencia para ser presentada en esta jornada organizada por el Colegio de Psicólogos del distrito.

Citando a Eric Laurent, la supervisión no debe ser práctica burocráticamente impuesta, algo que “se impone”, sino un espacio donde el deseo del analista y su deber se anudan.

Cuando se supervisa en la institución hospitalaria, es indispensable escuchar e incluir los saberes de otros profesionales -psiquiatra, médico de guardia, diversos especialistas, trabajadores sociales, abogados, psicopedagogos- que participan en la atención del padecimiento que cada paciente trae. De allí pueden surgir intercambios y diálogos que operen en beneficio de la dirección de la cura.

En las instituciones, el malestar, lo que no anda, la aparición de ese real, lo no simbolizado, que hace obstáculo, se pone en cruz y no permite que la cosa

funcione, es justamente, lo que nos ubica ante la oportunidad de ponernos a hablar con el otro.

Es a partir de ese encuentro con el otro, que podrá devenir tensión agresiva -como efecto imaginario-, o movimiento productor de nuevos lazos y transferencia al trabajo.

Experiencia que nos coloca frente a un desafío: ¿qué posición tomamos frente a esos “otros”? Cuando la relación a los otros se propone como un buen anudamiento, donde consideramos que con el aporte del otro se pueden generar experiencias creativas, dispositivos clínicos inéditos, que nos permitan avanzar, es posible que se funden -con otros- nuevos espacios que habiliten producción de subjetividad.

Como dice Alfredo Zenoni: “Una supervisión transformada en reunión clínica no funcionará tampoco sin un cierto efecto de tachadura sobre saberes que supuestamente corresponden a los diversos diplomas. Se trata más bien de una desespecialización, si se puede decir, ya que es frente a un mismo real que cada uno es convocado en su responsabilidad”.

Esta práctica de las supervisiones así orientadas,

puede considerarse como uno de los vectores del psicoanálisis “en extensión”. Dar lugar a lo real del malestar para que no sea rechazado por la institución, “para no proceder con ese real a su desconocimiento”. Tensión, mal-estar, desconocimiento, “no saber qué hacer”, pueden operar como desafíos para hacer avanzar al psicoanálisis. Esa “falta de saber”, se convierte en una condición para que se produzca un saber que implique al sujeto.

Bibliografía:

Freud, Sigmund: El malestar en la cultura. T. III.

Lacan, Jacques: "Proposición de 9 de Octubre de 1967".

Lacan, Jacques: Escritos I: Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis. Edit. Siglo XXI.

Laurent, Eric: "¿Cómo se enseña la Clínica?". Edit. del Instituto Clínico de Buenos Aires.

Stiglitz, Gustavo: "El control y la política del psicoanálisis". Virtualita N° 14. Revista Digital de la EOL.

Soler, Colette: "Cómo se analiza hoy?". Cap. II. Punto 3: Standardts no Standards.

Encuentro Internacional del Campo Freudiano. Edit. Manantial Año 1993.

Soler, Colette.: Finales de Análisis. Cap. II ¿Qué control? Edit. Manantial Año 1988.

Zenoni, Alfredo: "La supervisión como reunión clínica". Chifladuras Adictivas.

Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la provincia de Buenos Aires.

Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A).

**Apuntes Preliminares Para La
Construcción De Un Centro De
Día.**

“Nuestro objetivo es quitarle eficacia al Manicomio”

Fernando Ulloa

“En el universo en Red, la certeza es menos importante que la creatividad y la predicción menos que la comprensión. El punto de partida no es ya nuestra extrañeza en el mundo, sino un sentimiento de profunda pertenencia, de legitimidad del otro, de su racionalidad, de su accionar y de la apertura a un diálogo emocionado en una interacción que no niegue el conflicto sino que reconozca la diferencia como la única vía hacia la evolución”

Denise Najmanovich

Lic. RUTIGLIANO, ÁNGEL

Este escrito tiene que ver con el proyecto de construcción un Centro de día en la ciudad de Mercedes (B). Para facilitar el diálogo en relación a estas notas voy a ubicar en primera instancia un plano político/sanitario, como para ir poniendo en contexto el proyecto. Luego intentaré relacionar este tipo de dispositivos con la lógica manicomial y la salud mental comunitaria. Por último trataré de describir algunas cuestiones que venimos compartiendo con el grupo en relación al centro de día en sí mismo.

PLANO POLÍTICO/SANITARIO.

El neo liberalismo entiende a la salud como un gasto y esto no es sin consecuencias.

Si realizamos una epidemiología rudimentaria sobre algunos indicadores sociales – por ejemplo el aumento de la pobreza – no será difícil calcular que las condiciones de calidad de vida se modifican y por ende, existirá más desnutrición, mayor mortalidad infantil, etc, etc, etc.

Al respecto el sanitarista José Carlos Escudero¹ nos alerta de como el sistema capitalista interviene en las políticas públicas de distintos países:

“A lo largo de la historia de la humanidad el capitalismo atentó contra el desarrollo exitoso de la salud colectiva. El Estado durante siglos atendió a la salud de los individuos, no a la salud de la población general”.

Se nos presenta un escenario de salud en donde el acento lo vamos a tener en la cuestión de “las urgencias”. Comprendemos que ir por ese lado, producirá un desmembramiento de las políticas públicas relacionadas con la promoción y prevención de enfermedades. Afirmarse en “las urgencias” es desatender la atención primaria de la salud y todas aquellas gestiones que incluían cuestiones referidas a la resocialización. Para poner un solo ejemplo, podemos observar que en políticas de violencia de género se hace eje en la denuncia de las mujeres golpeadas y no en problematizar la cultura patriarcal que trae como consecuencia las agresiones. Mejorar el sector que atiende las urgencias – por ejemplo guardias – mejora los números inmediatos de mortalidad; se muere menos gente. Pero no cambia cuestiones estructurales de la salud colectiva. De ahí que en los ámbitos sanitarios se plantea de no confundir lo urgente con lo importante. Mejorar los escenarios sanitarios implica preocuparse por problemas ecológicos, sociales,

económicos, etc; éstas mejoras no cambian en lo inmediato los números epidemiológicos pero fundan condiciones de vida saludables.

Un dato que fortalece el anterior objetivo, es que se va poner acento en el Hospital público. Otra vez, el centro de salud queda a la deriva y con él naufraga toda una serie de medidas preventivas y sanitarias. El Hospitalocentrismo es una manera de pensar el sistema de salud que plantea barreras en lo que se refiere a la accesibilidad al sistema público.

Otra cuestión que podemos apuntar es que están poniendo el acento en las O.N.G e instituciones privadas para que se hagan cargo de cuestiones que el Estado no puede. Cuestión que traerá un efecto inmediato en el tipo de contrataciones y también en las prácticas.

LO MANICOMIAL COMO LÍMITE.

Nos encontramos inmersos en una tradición anti-manicomial. Entendemos que lo anti como prefijo muchas veces termina fortaleciendo el asunto central. De ahí es que, la institución total, se nos presenta

como un obstáculo a desandar.

La lógica manicomial tiene que ver con una institución pero también con un pensamiento. Esto implica que no necesariamente la lucha se termina cuando ya no existan manicomios en Argentina sino que también debemos demoler su ideología. Una ideología que habla de la segregación, del rechazo del otro como un ser humano.

La experiencia de Basaglia en Italia o la del foro en salud mental en tierras Brasileñas, nos muestran como la política tiene que ver con nuestras prácticas. En ese sentido los pilares para avanzar estarán relacionados con los objetivos básicos de la Ley de Salud Mental.

Como vamos describiendo el escenario socio sanitario es complejo y nos marca una trama que afecta a la salud de la población y a su calidad de vida. Tenemos una ley que es modelo en Latino América pero falla en su implementación. No se observan grandes avances en la des-construcción de los centros Monovalentes y tampoco en un trabajo constante para des-articular su lógica. No se consuman casas medio camino, tampoco aparece ayuda social y casi no existe un verdadero acompañamiento en la externación de los internados. Tampoco con los externados, dato que apareja la vieja

cuestión de la puerta giratoria. Todo lo que sale vuelve a entrar.

Es una ley que por ejemplo nombra al sujeto consultante de varias maneras: primero habla de gente, luego de pacientes, más tarde de ciudadanos pero también le gusta nombrarlos como: usuarios. No se trata de hacer solo eje en estos significantes pero como decía Freud, " *uno empieza jugando con las palabras y termina jugando con las cosas*". Está claro que la ley es el producto de distintas disputas sectoriales que establecen distintas ideas político sanitarias.

EL SENTIDO DEL CENTRO DE DÍA.

El uso problemático de sustancias, como también la locura son síntomas sociales que están atravesados por lo moral pero también por el discurso jurídico/penitenciario. Son maneras de nombrar el malestar en la cultura. Si no retrocedemos en relación a ese síntoma social podemos encontrarnos con una de las maneras de época por donde se transita ese malestar. Algo de esto plantea el psicoanalista Gustavo Maggi² y tiene razón.

El trabajo del equipo de salud mental es poder leer ese sufrimiento. La ética nos enseña aquí alejarnos de cuestiones morales y pensar ese sufrimiento como algo singular. Pasamos entonces de pensar en códigos sociales que regulan las conductas a respuestas únicas e irrepetibles que se le da al sufrimiento del otro. En definitiva la tarea del equipo es poder, leer ese síntoma, pero además acompañar ese sufrimiento para que tenga el menor costo subjetivo.

La idea es construir un espacio horizontal, democrático y con una fuerte impronta en lo social. Debemos aclarar que este Centro no es un taller de chapa y pintura; por eso se nos hace necesario dejar despejadas ciertas cuestiones. Por ejemplo que no busquemos el bien de los sujetxs consultantes y tampoco la cura de los mismos. Pretendemos fundar un espacio donde los sujetxs puedan transitar y tratar su padecimiento. Por esto creamos un área de admisión, talleres, reuniones de convivencia, espacios ambiguos en donde se promueva el lazo social y gracias a los cuales podamos intervenir.

La propuesta es plantearnos – como decía Ulloa - una ética de la ternura. Esto es: ser hospitalarios y amables para crear un clima de cordialidad. Esta cuestión

no es menor porque habla de un modo de pensar el espacio. Como aseguran algunos pedagogos el clima de trabajo asegura que las tareas fluyan. En este punto, cabe aclarar que el planteo de Ulloa no se termina con la amabilidad sino que intenta fundar una lógica no segregacionista, de verdadera inclusión social. Si primero excluimos y luego creamos un mecanismo de inclusión, estamos realizando un doble movimiento que nos deja parados siempre en el mismo lugar.

Un ejemplo de lo expuesto surgió en una reunión de equipo. Se hablaba de crear normas de convivencia, de no permitir el insulto o los juegos de mano. El tema tratamos de no verlo en general sino en poder leer algún hecho en particular. Lo cierto es que pasó que una trabajadora social del Municipio entró y le preguntó algo a “Esteban” y este como estaba cansado que no le solucionen su problema – la madre le cobra la pensión y no le da ni un peso – la mandó a la mierda. Ella se fue pero posteriormente dijo que seguramente en algo había metido la pata porque se había armado demasiado problema luego de decir: “buen día”. Pensar la clínica en su contexto hace que una reacción desmedida comience a tener una medida. Por lo tanto, el paso posterior no es reprimir la puteada sino pensar la puteada. La mala palabra puede ser buena palabra

para expresar algo no dicho.

LA ADMISIÓN.

El admitir a un sujeto implica un doble vaivén. Porque incluye un compromiso, tanto de una parte como de la otra. De ahí que muchos hablan de “responsabilidad subjetiva”. Esto es que quien concorra pueda pensarse en la trama de una problemática que lo envuelve. Salirse de un lugar de víctima, de objeto del Otro. Por lo dicho, la terceridad también cumplirá un lugar fundamental. La clínica en su contexto hace a la escucha del caso por caso.

Se anotará el “nudo del problema” a tratar y posteriormente se pensará una posible estrategia de intervención. No hay un molde y la lógica del uno por uno rige nuestra mirada frente al problema a tratar. En relación a esto último, tendremos en cuenta la integralidad del consultante; de ahí que trabajaremos fuertemente en equipo interdisciplinario para que nuestras acciones tengan un sesgo que escape a la lógica específica.

El telón de fondo del que nos queremos diferenciar en

principio es del manicomio como lógica de aislamiento pero también del esquema individual de tratamiento. Para ello hay otros lugares posibles de derivación.

Es extraño porque los casos que comienzan a aparecer en el horizonte son especie de proto-pacientes, como decirlo, no cumplen con los requisitos pre-establecidos para un Centro de día. Podría hablar de “Juan Carlos” quien creció como un chico de la calle, estuvo preso y consume cocaína. Ha tenido varios episodios de robo y abandonos. Sería difícil que pueda sostenerse su concurrencia en un Centro de día. Sin embargo la apuesta es que podamos ser lo suficientemente elásticos, gracias a la intervención de acompañantes terapéuticos y operadores sociales, para poder asistir este tipo de casos. Los otros que aparecen, hasta ahora, tienen la misma impronta. No demandan un análisis sino un sostén.

Es importante aquí ubicar el lugar del adulto auxiliar. Alguien que pueda acompañar una “trayectoria”. En distintos ámbitos se está pensando en términos de trayectoria. Un trayecto, un recorrido que nos permita entender e intervenir en el presente y planificar el futuro. Volviendo al lugar del “adulto significativo”, podemos plantear que se...” señala la caída del lugar

de los padres y del Estado, como garantes. Entiendo esto como una cuestión que viene de la mano de la modernidad. Es decir, que mientras todo parecía asegurar que nos dirigiáramos a un mundo mejor; suceden las guerras, epidemias, hambre, injusticia social, problemas en el ecosistema demuestran todo lo contrario”.³

En “lo patológico de la identificación”, la Lic: Silvia Elena Tendlarz de la “Escuela de Orientación Lacaniana”, plantea que la crisis de los modelos identificatorios nos habilita pensar que existe una pluralidad de identificaciones imaginarias como simbólicas. Esta multiplicidad nos faculta a mencionar que existen otros sujetos sociales, por fuera de la familia, que pueden servir como modelos identificatorios”.

LO COMUNITARIO.

Hablamos de instituir talleres: por ejemplo, se nos ocurre un taller de huerta, de pintura, de música y otro de radio. Estamos pensando en el mercado pero también en lo social. El taller de radio – tenemos

en cuenta la experiencia de la Colifata y Radio en Movimiento – nos invita a pensar un espacio abierto a la expresión pero también al efecto comunitario de un discurso. Por ende, la radio, como dispositivo, no solo ayuda a quien emite sino también produce un efecto subjetivo en el emisor del mensaje. “Hablar y escucharse son las bases de nuestro taller de radio”, nos dice el coordinador.

Hablamos de que no queremos reproducir una lógica en donde quien hable tenga que emular a un locutor de radio/televisión, sino que encuentre un lugar en donde pueda hablar de sus cosas o de algún tema. La normalidad es un faro que solo nos puede llevar a malos lugares. Un faro que produce oscuridad. También estamos advertidos que muchas veces aparece un especie de micro cultura que impide que los que hablan puedan conocer otro tipo de cosas.

Con la cuestión de la huerta vamos a tratar de introducir algo de la lógica de pasar por el proceso de creación de una planta. Como explicarlo. La vieja y querida costumbre de la germinación, puede ser una metáfora, en acto, de que algo nuevo puede suceder si logramos acompañar su proceso natural.

Luego tenemos pensado poder comercializar algunos

de los productos extraídos de la huerta en la feria de artesanos. Esto implica que alguien deberá realizar un producto e intentar venderlo en un espacio social. Aventuramos que ese recorrido puede ser muy fructífero. Una actividad extramuros en donde el Centro se des-centra.

En la pintura y la música se trata de utilizar otros lenguajes para que los cuerpos hablen.

TRABAJO EN RED.

Otra de las cuestiones que contempla el manicomio como institución total tiene que ver con que se basta así mismo. En su concepción incluía sala de operaciones, odontología, cocina, producción agrícola, etc. Un verdadero Alef que desestimaba un encuentro con otras instituciones.

Sobre las características de las instituciones totales; Ariel Gofman⁴ nos dice:

“Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten

en su encierro una rutina diaria administrada formalmente”.

Como veníamos diciendo, el Centro de Día tiene objetivos de atención pero también pone el eje en el lazo social. De hecho una de las primeras acciones que estamos emprendiendo tiene que ver con la formación - Jornadas para compartir un saber- pero también con la creación de una revista – Lazos – que pretende dar difusión a lo que hacen distintos equipos de la región.

Rovere⁵ en relación al paradigma de la red, nos impulsa a pensar en su contra cara: una sociedad fragmentada:

“Pero la realidad no se nos presenta bajo esta lógica, no se organiza en pirámides, por lo que la situación se nos presenta como sociedad fragmentada. Este es un gran referente de la posmodernidad. Pensemos que en la modernidad se trataban de explicar las cosas. Y en la posmodernidad, al querer explicar las cosas, la realidad surge como una especie de espejo roto. Se desestructuró de tal manera que al que tenga un imaginario de orden y organización se le escapa por todos lados. Hoy en día no hay unidades asibles, ordenables, coordinables y autolimitables, en la práctica la sociedad aparece en forma fragmentada y las instituciones, imitando a la sociedad, también”.

También estamos fomentando la creación de un “foro de salud mental” para poder articular con las otras instituciones de la ciudad las posibles intervenciones en el área.

El poder es soluble en la red. Apostamos que la participación social pueda fomentar una ciudad menos fragmentada y un saber compartido. Quizás este libro tenga que ver con eso.

Citas:

1 José C. Escudero – Sanitarista.

2 Gustavo Maggi – Psicoanalista – Entrevista En Canal: “Encuentro”.

3 Subjetividad Adolescente Modelos Identificatorios. Rutigliano 2015.

4 La Institución Total. Ariel Goffman.

5 Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma Para El Abordaje De Las Organizaciones Y La Omunidad. M. Rovere

**La Salud Mental En El Campo
De La Defensa Pública:
Un Abordaje Psico-Socio
Jurídico.**

LIC. LIMA, MARÍA CLARA
LIC. RAVERA, LILIANA
LIC. EHLICH, MABEL
LIC. CASADO, MILAGROS

INTRODUCCIÓN

En el presente artículo pretendemos compartir la modalidad de nuestra intervención, en relación a la temática de Salud Mental, como integrantes del Equipo Técnico Interdisciplinario de la Defensoría Departamental Mercedes. Para ello no podemos dejar de plantear -en una primera instancia- el cambio de paradigma que se produjo en esta temática, dado que se pasa de un modelo médico rehabilitador a un *modelo social de la discapacidad*.

Con el objeto de alcanzar el cometido propuesto, primero haremos un breve recorrido histórico del marco conceptual de la salud mental desde el prisma jurídico; y luego, desde un marco institucional haremos una presentación tanto de la función del Ministerio Público de la Provincia de Buenos Aires, como de sus dependencias (Fiscalías, Asesorías y Curadurías y

Defensorías), para posteriormente, adentrarnos en el estudio particular del rol desarrollado por la Defensa Pública y el Equipo Técnico Interdisciplinario.

MARCO CONCEPTUAL Y RECORRIDO HISTÓRICO DEL TRATAMIENTO JURÍDICO DE LA SALUD MENTAL

La forma de concebir la salud mental, su abordaje, la manera de visualizar y comprender la realidad de las personas con alguna discapacidad o con padecimientos psíquicos, ha variado sustancialmente a partir del modelo de derechos humanos sobre el que se cimentan la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas Las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, las leyes de Salud Mental N°26.657 y

14.580 (nacional y provincial, respectivamente) y el Código Civil y Comercial de la Nación (en vigor desde el 1 agosto 2015). De modo que en el campo de la Salud Mental se ha producido un cambio de paradigma, pues se pasó del modelo paternalista o médico rehabilitador al “modelo social de la discapacidad”.

Al hacer un breve periplo histórico sobre la perspectiva en el tratamiento jurídico de la salud mental, podemos considerar que:

-En el Código de Vélez Sarsfield (1869) una persona era *capaz o incapaz*. Aquellos que padecían una enfermedad mental que les impedía dirigir su persona y administrar sus bienes eran considerados incapaces. Se les designaba un *curador* que *sustituía la voluntad de su representado*, por cuanto se entendía que esta persona era *absolutamente carente de aptitud*.

-A partir de la Reforma de la Ley 17711 (1968) se pasa de un criterio médico a un criterio *médico-jurídico*. De acuerdo al art. 141 “*Se declaran incapaces*

por demencia a las personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes”. Asimismo, con el fin de morigerar el binomio antagónico existente “capaz- incapaz” esta reforma introdujo la figura del *inhabilitado* (art. 152 bis del Código Civil). Una persona era inhabilitada cuando un juez estimara que del ejercicio de su plena capacidad podía resultar presumiblemente un daño a su persona o a su patrimonio y se le nombraba un curador.

-Posteriormente, precisamente el 15 de septiembre de 1983 se sanciona el decreto ley 22.914 de *internaciones psiquiátricas* a través del cual era la justicia quien actuaba como un mecanismo de control de dicho instituto, con la finalidad de proteger a la persona con padecimientos mentales. Esta ley suponía que la internación del enfermo mental era el único mecanismo adecuado y eficaz para que esa persona pueda recuperarse.

- Una modificación significativa fue la declaración de la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (2006)¹, ya que esta normativa reconoce que las *personas con discapacidad son sujetos en igualdad de condiciones que los demás, con plena capacidad jurídica* (art. 12 inc. 2), de ahí que se proporcione el *apoyo que puedan necesitar (art. 12 inc. 3) en el ejercicio de su capacidad jurídica.*

- A su vez, por la Ley N° 26.657 (2010) se incorpora al Código Civil el artículo 152 ter, en donde se plantea que las sentencias judiciales no podrán extenderse por más de 3 años y que las personas con padecimientos mentales tienen diferentes grados de discernimiento, por lo cual los actos que se limitan deben especificarse intentando que éstos no afecten la autonomía progresiva de la persona. Esta ley además expone que no podrá ser privado de su libertad ninguna persona por causa de una enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgos cierto e

inminente para sí o para terceros. Al mismo tiempo se especifica que esta persona deberá ser evaluada por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con aprobación y control judicial.

-Finalmente, en la reforma del Código Civil y Comercial de la Nación-en vigencia desde el 1 de agosto de 2015- se incorpora el *modelo social de la discapacidad* y propone un sistema mixto. Al respecto Marisa Herrera plantea “*la institución de la curatela comparte escenario con otras figuras más laxas o menos rígidas como el sistemas de apoyos, que es una institución de asistencia y acompañamiento- no de representación y por lo tanto, sustitución de la persona con capacidad restringida como la curatela- más acorde con la diversidad de situaciones fácticas que pueden dar lugar a que una persona vea restringida en el ámbito civil su capacidad jurídica*”².

Los apoyos deben promover la autonomía y facilitar la comprensión de la voluntad de la personas con

discapacidad para el ejercicio de sus derechos. Además introduce la necesidad de los equipos interdisciplinarios a la hora de evaluar; y sugiere la idea de que la sentencia de las personas con discapacidad debe ser **“un traje a medida”**. Así pues, en estas sentencias el juez debe restringir la capacidad para determinados actos y designar el/los apoyos necesarios, debiendo ser revisadas en un plazo mayor a 3 años. Por lo demás, se dispone que un juez puede restringir la capacidad a las personas que tengan 13 o más años.

En cuanto a la *internación* de una persona sin su consentimiento se expone que: a) debe fundarse en una evaluación interdisciplinaria mediante la cual se señalen los motivos y la ausencia de otra alternativa menos restrictiva de su libertad; b) la existencia de riesgo inminente para sí o terceros; c) la necesidad de establecerla por el menor tiempo posible; su periódica supervisión; la garantía de un debido proceso, control

judicial y derecho de defensa mediante asistencia jurídica; y la especificación en la sentencia de internación de la finalidad, duración y periodicidad de la revisión³.

De la misma manera, al aludir a *discapacidad*, se hace referencia a aquellas personas que por deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, al interactuar con diversas barreras puedan verse impedidas de una participación plena en la sociedad en igualdad de condiciones respecto a los demás.

Dicha limitación no se halla configurada solo por las carencias de quien se encuentra impedido (física o mentalmente), sino también por la misma *sociedad* a la cual pertenece, en tanto y en cuanto no ofrezca los medios alternativos de superación y/o promoción, pues en cada contexto social se generan y regeneran palabras, valores, medidas e ideas constitutivas de una *imagen social* de la discapacidad⁴.

De este modo, las personas con discapacidad pueden

sufrir más por las limitaciones impuestas por la sociedad, que por los propios condicionantes de su discapacidad. Tal es así, que la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, en adhesión al *modelo social de la discapacidad*, plantea que el problema de las personas con discapacidad no radica en ellas mismas, sino en el entorno que generan barreras e impiden ejercer sus derechos en *igualdad* de condiciones.

Por otra parte, es importante señalar además la orfandad de términos o expresiones claras para definir a las personas con alguna discapacidad, pues se han utilizado diferentes términos (impedido, retardado, lisiado, anormal, atípico, deficiente, diferenciado, desarmonico, disminuido, inválido, excepcional, limitado, menoscabado, minorado, etc.) cual sinónimos, cuando en realidad son palabras con distintos orígenes y que difieren en su alcance o bien, evaneciéndose así, la precisión terminológica

originaria.

Por cierto, los términos en cuestión adjudican una connotación negativa, por cuanto no rescatan las capacidades y posibilidades de desarrollo de la persona, sino que la estigmatizan en función de las actividades no pasibles de ejecutarse; es decir, sentenciándolas.

En clave con todo lo hasta aquí expuesto, ponderamos que la expresión “**persona con discapacidad**” es la más adecuada y abarcativa, en tanto acentúa el término “persona”. Más aún, esta expresión señala que la persona posee discapacidad, es decir una restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen ponderado normal para un ser humano. Por tanto, se destaca que esta persona tiene capacidades limitadas, diferentes o simplemente otras capacidades⁵.

MARCO INSTITUCIONAL

La Defensoría Departamental de Mercedes pertenece al Ministerio Público de la Provincia de Buenos Aires, que a su vez integra el Poder Judicial Provincial.

En cuanto al aspecto organizacional/institucional el Ministerio Público, ha de notarse que es encabezado por el Sr. Procurador General, quien junto al cuerpo de fiscales, defensores, curadores y asesores de menores e incapaces, actúan con legitimación plena en defensa de los intereses de la sociedad, procurando así un eficaz equilibrio en la prestación del servicio de justicia, en línea con los valores consagrados en las disposiciones constitucionales.

El Ministerio Público de la Provincia de Buenos Aires incluye a los siguientes organismos:

-Fiscalías: Son las dependencias encargadas de la persecución penal de los delitos y de la defensa de

los intereses generales de la sociedad. Entre otras funciones, los fiscales a modo de ejemplo reciben denuncias, dirigen la investigación de los hechos criminales y elevan a juicio casos por la comisión de delitos.

-Asesorías: Poseen competencia judicial para asistir los derechos de personas menores de edad cuando existe un trámite judicial vinculado a conflictos familiares (vgr. el cuidado de los hijos, el régimen de comunicación, la cuota alimentaria, la adopción, casos de violencia familiar, entre otros); en los casos de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes según el Sistema de Protección Integral de Derechos; o también cuando un niño/a es víctima de un delito. En general, la Asesoría interviene en cualquier tipo de proceso judicial que involucre o comprometa los derechos de una persona menor de edad.

En lo que aquí importa, vale reparar que a su vez, *actúa*

en los procesos iniciados para asegurar a las personas con padecimiento mental el apoyo que necesitan para el ejercicio de su capacidad o en caso de ser necesario para designarles un curador; y en general, en todos los procesos en que tengan participación estas personas para resguardar sus derechos.

Basta añadir, que la Asesoría también actúa fuera de un proceso judicial, aunque éste no exista, cuando toma conocimiento de hechos u omisiones pasibles de afectar o perjudicar derechos de personas menores de edad o con padecimiento mental (por ello se denomina a esta competencia como extrajudicial).

-Curadurías: Son las dependencias del Ministerio Público a cargo de los Curadores Oficiales, quienes intervienen cuando se determina que una persona con discapacidad requiere la asistencia de una persona de apoyo para el ejercicio de su capacidad y esta persona carece de familiares, o éstos se han excusado con causa

suficiente, o cuando no existieran personas habilitadas para asumir esta función.

-Defensorías: Son los organismos estatales en donde desempeñan funciones los defensores públicos, de consuno con un equipo de funcionarios y empleados que colaboran con éstos para el cumplimiento de su misión.

Los Defensores Oficiales son los encargados de asesorar, representar y defender gratuitamente a las personas que carezcan de recursos suficientes para hacer valer sus derechos en juicio, garantizando el acceso a la justicia. Los defensores deben buscar la solución del caso que resulte técnicamente más beneficiosa para su asistido o representado. Pueden actuar en el Fuero Civil y Comercial, el de Familia o el Penal.

De esta manera, quien acude a un Defensor Público Oficial puede solicitar asesoramiento y/o patrocinio

jurídico gratuito, pues el personal de la Defensoría evaluará su caso y le brindará el correspondiente asesoramiento y/o patrocinio letrado para – en caso de ser necesario- llevar adelante las acciones legales pertinentes⁶.

EL ROL DEL DEFENSOR OFICIAL EN MATERIA DE SALUD MENTAL

Los Defensores Oficiales Civiles y de Familia son los que intervienen en materia de salud mental en los procesos judiciales de *Determinación de la Capacidad Jurídica* y de *Internaciones*.

En ambos procesos pueden actuar en calidad de letrados patrocinantes de la persona con discapacidad o de algún familiar que desea promover alguna de estas acciones⁷.

Huelga destacar, que según el art. 33 del Código Civil y Comercial de la Nación se encuentran legitimados para solicitar la declaración de incapacidad y de capacidad restringida: a) el propio interesado; b) el cónyuge o conviviente mientras la convivencia no haya acabado; c) parientes dentro del cuarto grado (padre, hijo, nieto, abuelo, tío, sobrino, bisabuela, bisnieto, primos hermanos y tíos abuelos) y por afinidad dentro del segundo grado (yerno, nuera, suegros y cuñados). De no contar con ningún familiar que promueva la demanda, cuando se estimara conveniente será el Asesor de Menores e Incapaces quien se hallará legitimado a hacerlo (art. 33 inc. d del CCyC).

Por otra parte, los Defensores Oficiales Civiles y de Familia intervienen en los procesos judiciales de *Determinación de la Capacidad Jurídica* como representantes legales de la personas sobre quienes se encuentre dirimiendo la restricción de su capacidad jurídica (de acuerdo a lo establecido en el art. 31

inciso e) de la norma citada *ut supra*).

La asistencia letrada del Defensor será durante todo el proceso judicial, sobre todo teniendo en cuenta que las sentencias judiciales no podrán extenderse por más de tres años; excepto si en la sentencia se designara al Curador Zonal. En estos casos, el Defensor continuará interviniendo si hubiera intereses contradictorios entre la persona con discapacidad y éste funcionario. Al respecto, cabe señalar que se designará como persona de apoyo o como curador a la Curadora Zonal, cuando la persona con discapacidad no tuviera familiares o personas allegadas.

En otro orden, el art. 22 de la Ley Nacional de Salud Mental establece el derecho de las personas internadas involuntariamente a la designación de un abogado defensor; mientras en el art. 41 inc. d se dispone que debe garantizarse el debido proceso, control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia

jurídica. Es por ello que en los procesos judiciales de internación los Defensores oficiales intervienen como “Defensores Especiales”, debiendo controlar la legalidad del proceso, representar los intereses de la persona internada y cuidar que la internación no se prolongue más allá de lo necesario. A tal fin, se requiere a los establecimientos asistenciales que se articulen las estrategias necesarias para favorecer la externación en el tiempo más breve posible.

De lo detallado previamente se puede inferir entonces, que en algunos procesos de *Determinación de la Capacidad Jurídica* y de *Internación* pueden intervenir más de un Defensor Oficial Civil y de Familia, por cuanto uno puede representar a las partes que promueven la acción; y otro a la persona con discapacidad.

Por último, a fin de completar un análisis global de la actuación de la defensa pública en materia de

salud mental, no puede soslayarse su vinculación con el abuso de sustancias adictivas, y las posibilidades que brinda la ley de estupefacientes 23.737 a fin de enfrentar sus consecuencias (tratamientos curativos y educativos). En tal sentido, ha de apuntarse que la Defensoría Penal de Mercedes cuenta con una Unidad de Defensa Especializada en delitos contemplados en dicha ley, que asiste a las personas acusadas por ellos.

EL ROL DEL EQUIPO TÉCNICO INTERDISCIPLINARIO

El Equipo Técnico Interdisciplinario que integramos posee la siguiente misión, visión y metodología de trabajo.

Misión

“Contribuir a través del rol del Trabajo Social y de la Psicología con la Defensa Pública, a partir de una comprensión más profunda de las problemáticas

individuales y sociales sobre las que debemos intervenir, con el objeto de alcanzar una más plena realización de los Derechos Humanos y el Bien Común del todo social”.

Visión

“Colaborar con la defensa efectiva de los Derechos de las Personas en condiciones de vulnerabilidad social, brindando una asistencia de calidad, especializada y con coordinación intra e interinstitucional”.

Metodología de trabajo

Las técnicas de la metodología cualitativa, como la entrevista en profundidad y semi-estructurada, historias de vida y observación participante (las cuales se enriquecen recíprocamente) son utilizadas en mayor medida para la Pericia Social en nuestra *metodología de trabajo*.

Al aludir a la metodología, debemos distinguir también entre las técnicas y los procedimientos a los cuales nos

ceñimos para intervenir en cada situación en concreto. Es que *“las técnicas son instrumentos de trabajo que interponemos entre nosotros y esa realidad para construir el objeto y transformarlo; en tanto “los procedimientos son conjuntos de acciones ordenadas y utilizadas en consecución de un objetivo”⁸.*

El análisis de las situaciones en las cuales se interviene tiene como finalidad comprender el contexto particular en donde las personas actúan, su dinámica e historia familiar, situaciones críticas atravesadas durante su vida, ideología, aspectos económicos y religiosos, sanitarios, la red social con la que cuentan, etc..

Consideramos que debemos partir de un esquema interpretativo y teórico metodológico, capaz de captar la lógica de los procesos sociales e individuales, que atraviesan los sujetos intervinientes desde una mirada integral.

De modo que, al partir desde esta perspectiva holística

de una realidad por demás interpelante, el Informe Pericial se encuentra diseñado en base al marco legal aplicable en la temática por intervenir. En línea con ello, siguiendo la premisa de especialización, las intervenciones se dividen en materia civil y de familia (léase tutela, guarda, cuidado personal, guarda pre-adoptiva, adopciones, determinación de capacidad jurídica, violencia familiar, medidas de abrigo) y penal (vgr: prisión domiciliaria, salidas transitorias, libertad condicional, etc.).

Desde este marco, los profesionales del Equipo Técnico Interdisciplinario intervenimos elaborando informes socio-ambientales o psicológicos que son presentados como prueba en estos procesos judiciales.

Abordaje metodológico del equipo técnico en la temática de salud mental

A partir del cambio de paradigma (esto es, del pasaje de un modelo médico rehabilitador con “etiquetas y

rótulos” reafirmadores de un perpetuo “no poder” a un modelo social apto para mirar a la persona con discapacidad como un sujeto pleno de derechos), el Equipo Técnico ideó una evaluación diagnóstica guiada por el faro de incorporar las dimensiones de la autonomía progresiva y el trabajo desde el potencial humano. De esta manera, se procuró implementar una evaluación diagnóstica susceptible de evidenciar todo lo que la persona puede realizar en su vida cotidiana, para luego diseñar intervenciones que los habiliten a tener una mejor calidad de vida, claro que contando con los apoyos adecuados.

Con esta idea-guía es que en el diseño de las técnicas de recolección de datos, como la observación participante y la entrevista semi-estructurada, elaboramos e incorporamos preguntas aptas para poder diferenciar aquellas actividades en el desarrollo de la vida cotidiana y en comunidad, donde la persona con discapacidad requiere o no apoyo.

De este modo, pretendemos suministrar un informe social desde una perspectiva integral, contextualizada y dinámica, que al momento de pensar en términos de “un traje a medida” parta de una mirada empática⁹.

Esto evidencia que solo se puede concretar este abordaje desde un trabajo en red con las diferentes instituciones intervinientes y con aquellas capaces de promover el desarrollo de esta autonomía progresiva tan preciada de la persona con discapacidad.

En el caso de las personas internadas, desde el equipo técnico interdisciplinario se articularon dinámicas de trabajo con otras instituciones, a fin de lograr que las personas internadas pudieran gozar de un “plan integral” acorde a su diagnóstico y desde el desarrollo de su autonomía progresiva. De esta forma, a través de este quehacer mancomunado y de colaboración inter-institucional se favorecieron espacios para dotar de nuevas y mejores posibilidades a las personas

con discapacidad. Con el afán de alcanzar este elevado culmen, se ponderó especialmente si las persona contaban con un acompañante terapéutico, si concurrían a algún taller o actividad recreativa (si así lo pudiera), si se vinculaban con la familia de origen y/o referentes significativos, y si contaban con un beneficio social para tener los medios económicos necesarios y utilizarlos en función de una mejor calidad de vida.

Resta añadir que desde el Equipo Técnico se trabajó articuladamente con los Centro de Prevención a las Adicciones de diferentes localidades y junto a la Unidad Penal especializada en materia de estupefacientes. Así, a partir de este trabajo conjunto se procuró que en aquellos casos en donde se estimara conveniente para el imputado un tratamiento de rehabilitación o internación en un Centro especializado, éste pudiera recibirlo en orden a ayudarlo a resolver su problemática de consumo de estupefacientes.

COROLARIO

A modo de conclusión, podemos afirmar que el cambio de paradigma nos ofreció la oportunidad de abrir una mirada a la persona con discapacidad, no sólo desde una perspectiva más rica, sino también tendente a la articulación de acciones fecundas en ese desandar hacia el goce pleno del ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

En fin, se espiga de lo hasta aquí evidenciado, que bien amalgamada con la labor del defensor oficial y el marco legal correspondiente, la presentación de la pericia en el campo de la salud mental posee gran significancia para brindar una asistencia socio-jurídica superadora de aquellas barreras sociales presentadas.

Por consiguiente, nuestro principal desafío consiste en diseñar un plan integral y a la medida de cada persona

con discapacidad, pues de lo que se trata es de propiciar el desarrollo pleno de su autonomía progresiva e incluir en este quehacer las redes primarias-sociales adecuadas. Este es nuestro gran reto, un desafío que se actualiza y requiere del trabajo de todos, ya que el Bien Común del todo social y la República es cosa del todo social. En definitiva, de lo que se trata es de «redescubrir al “otro” y acercarnos a un “nosotros” comprensivo de “todos”¹⁰».

Citas:

1 Incorporada en nuestro país por ley 26378 e incluida con jerarquía constitucional en el art. 75, inc. 22 de la CN, mediante ley 27044.

2 Herrera, M, Manual de Derecho de Familias, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ed. Abeledo Perrot, 2015, p. 684.

3 Herrera, M, op.cit.

4 Cf. Pantano, L, Discapacidad como problema social, Buenos Aires, Ed. EUDEBA, 1987.

5 Pantano, L. *op. cit.*

6 Extraído de <https://www.mpba.gov.ar>

7 *La persona interesada en realizarlo debe acercarse a la Mesa de Entradas de la Defensoría Civil, donde se le brindará un turno y se le indicará la documentación necesaria para el inicio de proceso.*

8 KISNERMAN, N., Teoría y Práctica del Trabajo Social, citado por María A. Alday, Norma L. Ramljak de Brati y Graciela Nicolini, “El Trabajo Social en el Servicio de Justicia. Aportes desde y para la intervención”, Buenos Aires, Editorial Espacio, 2001, p. 45.

9 *La empatía como la explica Roger, “es un sentir el mundo interior y personal como si fuera propio”. Esta comprensión empática consiste en la capacidad de participar en una realidad ajena comprendiendo las conductas de los demás y sus motivaciones profundas, penetrar los sentimientos, ideas y perspectivas del otro y por lo tanto comprender al otro en lo que éste es y comunica.*

10 Romero Berdullas, Carlos M., *Hacia una política criminal integradora (Towards an Integrating Criminal Policy)*, publicado en *Prudentia Iuris*, Revista de la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica Argentina “Santa María de los Buenos Aires”, N° 80, 35° aniversario, diciembre de 2015, pp. 179-196.

Bibliografía

Herrera, Marisa, Manual de Derecho de Familias, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ed. Abeledo Perrot, 2015.

Kisnerman, Natalio, Teoría y Práctica del Trabajo Social, citado por María A. Alday, Norma L. Ramljak de Brati y Graciela Nicolini, “El Trabajo Social en el Servicio de Justicia. Aportes desde y para la intervención”, Buenos Aires, Editorial Espacio, 2001.

Lima, María Clara, El rol del trabajador social en la Defensa Pública. Alcances y Desafíos, Ponencia presentada en II Congreso Nacional de Ciencias Forenses - IV Jornadas Periciales “Aportes de los Peritos a la Investigación Judicial Actual”, organizada por la Asociación de Peritos de Asesorías Periciales del Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires, Mar del Plata, 2015.

Pantano, Liliana, Discapacidad como problema social, Buenos Aires, ED. EUDEBA, 1987.

Puhl, Stella. y otros. La Actividad pericial en Psicología Jurídica, Buenos Aires, Ediciones Culturales Universitarias Argentinas, 2013.

Romero Berdullas, Carlos. Manuel, Hacia una política criminal integradora (Towards an Integrating Criminal Policy), publicado en Prudentia Iuris, Revista de la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica Argentina “Santa María de los Buenos Aires”, N° 80, 35° aniversario, diciembre de 2015, pp. 179-196.

Avatares En Instituciones De Encierro

(la adversidad del muro)

**El Concepto De Vulnerabilidad
En Los Pacientes Internados
En Instituciones De Salud
Mental. Dilemas Bioéticos Y
Perspectivas De Abordaje De
Un Caso Clínico.¹**

LIC. BARCELÓ, CELESTE
LIC. URPIANELLO, GUSTAVO
DRA. DEL VALLE SÁNCHEZ, MIRTA

“Hace dos años que estoy internado. No vienen a visitarme y no salgo. Un día vino mi señora con dos no sé si enfermeros o médicos, no sé, estaban vestidos de blanco, vinieron a mi casa y me trajeron para acá, sin motivo...y a mí no me pasaba nada. No sé porque estoy acá, llevo dos años internado y no tengo permiso de salidas...bueno deje de tomar las pastillas...me separé, una discusión de familia...Estuve en una comisaría y me metieron aquí. ¡A mí me persiguen porque soy comunista!”

Con estos dichos se presenta un paciente hombre, adulto, al que llamaremos Federico, ante el equipo tratante, luego de su derivación a un área de internación hospitalaria, donde la población de pacientes asistidos realiza tratamientos de larga duración. El paciente se queja del periodo de tiempo transcurrido desde su internación, atribuyendo esa decisión a Carolina, su ex –mujer, con la participación de agentes sanitarios y policiales. Considera que su internación tuvo al momento de ocurrir un carácter violento, pero no se rebeló sino que se subordinó ante sus partícipes. ¿Persecución política “soy comunista” o intento de elaborar el deseo por los que un Otro –“no sé, estaban vestidos de blanco, me trajeron para acá.”- lo llevan a estar internado? Dice no querer permanecer más

en la condición de paciente internado. El equipo de profesionales que tiene a su cargo la conducción del tratamiento se comunica e invita a su ex-mujer y a los hijos de ambos a mantener una entrevista, encuentro que no consigue concretarse para esa oportunidad dada la ausencia de los convocados en la fecha acordada

Luego de un período de tiempo en el que es posible abordar clínicamente ciertas temáticas personales y de haber dirigido al equipo tratante pedidos de salida a fin de concurrir a su domicilio, se autorizan salidas transitorias a Federico teniendo en cuenta su cumplimiento de las pautas institucionales relativas a la vida cotidiana en la sala de internación, la toma regular del esquema farmacológico asignado, el respeto a sus pares internados y el cumplimiento de las llamadas telefónicas solicitadas por él a sus familiares.

Habiendo cumplido Federico una tercera salida sin haber presentado conflictos y/o alteraciones en su comportamiento y en las relaciones con el grupo familiar se recibe y se escucha en el teléfono de sala del hospital una llamada en la que Carolina expresa quejas por los permisos de salida otorgados a su ex, fundamentando sus quejas en razón de situaciones de maltratos y/o agresiones hacia su persona e

hija soportadas con anterioridad a la internación actual. En este llamado se invito y se concertó una entrevista familiar que al realizarse Carolina indica su carácter de curadora legal y hace un despliegue de lo padecido por ella y su hija en épocas previas a la internación. Padecimiento del que da cuenta mediante la presentación y comentario de documentos de denuncias realizadas en el ámbito policial y/o judicial que derivaron en una restricción perimetral del espacio de tránsito del denunciado.

En otro encuentro conducido terapéuticamente por el equipo tratante, en el que se hacen presentes el paciente, la ex mujer y una hija de ambos, los diálogos entre los presentes permitieron un intercambio de versiones acerca de las situaciones familiares vividas y padecidas en el mismo grupo produciendo efectos subjetivos favorables en los sujetos partícipes: “Nunca había tenido la oportunidad de decirle esto en la cara” son las palabras de Carolina al concluir la entrevista. ¿Falta de oportunidad que dio lugar a la manifestación de agresiones captadas como denuncias en los organismos policiales y/o judiciales? El equipo tratante busca precisar y favorecer en caso de su existencia los deseos de relación presentes en los sujetos, no ordena tenerlos ahí donde no estén, lo

cuál permite un relajamiento y/o apaciguamiento de las tensiones sufridas y/o padecidas entre ellos y la institución hospitalaria. Carolina e hija comprenden que el equipo tratante no les solicitaba tener que compartir situaciones aún si no existieran deseos por parte de ellas. “La vivienda en la que estamos viviendo mi hija y yo va a estar separada por una pared en el medio del patio de esa otra casita en la que uno de nuestros chicos va a alojar a su padre”, es el dicho de Carolina. ¿”pared” solo un anagrama de “padre” o modo de escribir un corte en una relación y así impedir ese maltrato en que hasta el presente no se había podido conseguir en esa relación paterno -filiar y en el lazo con su ex mujer?

Es este intercambio de palabras, los dichos y el decir escuchados, el que posibilito al equipo conductor del tratamiento tomar conocimiento que el lazo matrimonial fue concretado e iniciado durante la adolescencia de ella y la juventud de él y luego del fallecimiento reciente de alguno de sus padres.

Lazo matrimonial que presento conflictos al momento que Federico tuvo que llevar a cabo aspectos de la relación paterna con sus hijos. Dificultades para ejercer una función de padre que no eran causadas por

un consumo de drogas ya iniciado con anterioridad en su vida, dificultades que repercutían en la búsqueda y el mantenimiento de ese consumo. Durante los primeros tiempos de los inconvenientes matrimoniales y en el ejercicio de la relación paterno-filial es Carolina quién inicia la búsqueda de un dispositivo terapéutico -asistencial para facilitar el tratamiento de las problemáticas ligadas al consumo de ciertas sustancias. En el marco de las relaciones familiares Carolina decide sostener el lazo matrimonial soportando ciertas tensiones sintomáticas aunque no alcanzaran el término buscado en ese momento. En las sucesivas consultas profesionales, institucionales, con o sin internaciones, se puede advertir como se privilegió la asistencia psicofarmacológica. En ese discurso la familia es convocada solo para el cumplimiento de las indicaciones brindadas a ese aspecto del tratamiento y Federico cuasi no es escuchado para advertir así la presencia de un interés o tratar de causarlo en caso de su ausencia, para dar así inicio y llevar adelante un tratamiento de su malestar.

La hipótesis del equipo tratante concierne a los modos de comportamiento del paciente en su lazo matrimonial, paterno-filial y en el consumo de drogas consiste en suponer que son una consecuencia de lo

vivido durante su infancia en lo que hace a una familia de origen en la que el lazo matrimonial de sus padres es atravesado por los malos tratos y las agresiones como expresiones de celos y/o acusaciones de engaño: “sos una prostituta, una puta”. Relación que concluye en su ruptura, esposa que deja a su marido y la crianza de Federico a cargo de aquél. Agresiones y escucha de insultos en la pareja de sus padres que lo llevaban a Federico a ausentarse de su domicilio dando inicio a la búsqueda y consumo de drogas como modos de apaciguar su sufrimiento.

Otro aspecto a subrayar consiste en considerar como históricamente diversas instituciones intervinientes han realizado el abordaje de la problemática de las adicciones, “desdibujando el derecho a la salud, han profundizado la vulnerabilidad de la salud y los peligros para los usuarios de estas poblaciones”². Como equipo tratante no se desconoce que no todos los sujetos deciden involucrarse en una terapéutica -con o sin la metodología propuesta- o den cabida al tratamiento de lo considerado desde ciertas perspectivas –médica, psiquiátrica, jurídica, psicológica- como padecimiento mental y prefieran permanecer en el estado de vida en el que se encuentran.

Consideramos que aunque se ponga como condición legal para el inicio del tratamiento contar con el consentimiento informado del paciente – con las variantes correspondientes-, no siempre el mismo es equivalente a una implicación personal. Implicación personal consistente en que el paciente plantee por su parte o acepte en una indicación brindada por el profesional tratante cuál es su modo de relacionarse con la problemática que lo llevan a incluirse en un dispositivo asistencial posibilitando un lazo transferencial: ¿quejas, pedidos al profesional o espacio de producción asistida que permita una nueva manera de considerar aquello que es motivo de consulta? Tal vez la situación no pueda modificarse pero si lo pueda el modo de relacionarse con la misma. Ubicación, reposicionamiento obtenido mediante la generación de un lazo asistencial en que la escucha de los dichos por parte del propio sujeto y/o del terapeuta permitan encontrar en ese saber las verdades que favorezcan “pasar a otro tema” o elegir quedarse aunque haya malestar. Elección de un estado subjetivo, liberación antes que imposición determinada por la ignorancia de lo que lo puede estar causándolo. Abandono de las satisfacciones presentes aún en cierto malestar, las que impiden dejar de sufrir y “pasar a otro tema”.

Es parte de nuestro interés transmitir determinada posición ética respecto a los sujetos y sus demandas, las instituciones y las normativas, actores intervinientes en la problemática expuesta y considerar determinados anudamientos entre los mismos, (internaciones voluntarias o involuntarias, ausencia de lazos familiares, sentimentales, amistosos por decisión propia -autonomía- o seres abandonados en calidad de objetos y/o desechos, extensión de internaciones hospitalarias en el tiempo, "cronificaciones" por impedimentos subjetivos con causa en satisfacciones halladas en este estado, externaciones con o sin continuidad de terapéuticas, malestar ante ciertos fenómenos presentes en la relación entre pacientes, etc.) ofreciendo una metodología de trabajo en la que estén presentes la escucha, la consideración de las quejas, los pedidos, los posicionamientos subjetivos adoptados, la formulación de preguntas, a fin de posibilitar a los diversos sujetos partícipes mantener un lazo fundamentado en las razones de carácter terapéutico asistencial.

Esto es lo que en tanto equipo de trabajo consideramos brindar como alojamiento terapéutico a los pacientes en el marco de la Ley de Salud Mental. Ley para la cual el paciente es considerado como un ciudadano,

sujeto de derecho.

En el caso clínico abordado se advierte en un principio la articulación del pedido de Carolina con un deseo surgido con anterioridad y aún presente al momento de la concreción de la internación hospitalaria de su ex.: deseo de rechazo al maltrato sufrido y alcance de un término para la situación provocadora de las molestias en los lazos familiares; estando el paciente en un posición de espera de la toma de decisiones por parte de un Otro que pusieran término a dichas molestias (el paciente aunque no entendiera a que lo llevan “los hombres vestido de blanco” no se rebela sino que admite haberse subordinado en ese momento a esa situación), dado que son las que considera que le impiden que sus deseos de encuentro y mantenimiento de la relación con sus hijos puedan ser concretados. Las interpretaciones asumidas y los reposicionamientos subjetivos conseguidos se inscriben de acuerdo a como el equipo terapéutico considera la moral y la ética institucional respecto a la vida. Esto a su vez nos hace considerar que la Ley de Salud Mental busca con sus intervenciones acotar y/o resolver las problemáticas siguiendo un modo dinámico en el tratamiento brindado. La ética del equipo tratante fue escuchar al paciente y a sus familiares -ex mujer e

hijos- y mediante la escucha e interpretaciones dadas al discurso de los mismos dar la posibilidad a que el paciente establezca algunas relaciones entre la situación actual de internación o de alguna de las padecidas anteriormente con alguno de los tratos brindados por su parte a sus hijos y ex-esposa. Este involucramiento fue en ciertas ocasiones de carácter parcial ya que son aceptadas algunas de las críticas expresadas por sus hijos respecto a su comportamiento pero ciertas consecuencias de algunas de sus actitudes fueron soslayadas. Un ejemplo de esto es la relativización de las quejas recibidas por haber fumado marihuana en presencia de sus nietos en una fecha cercana. Pero también se advierte implicación subjetiva con sus dichos posibilitando oír un decir: “Tengo ganas de estar en mi casa, extraño a mi familia. Acá adentro me siento como “abombado”. Intervención: “¿Y por qué no estar en su casa?”. Paciente:” Porque estoy acá”. Intervención: “¿Y por qué esta acá?” Paciente: “Porque me trajeron y no me dejan salir. Yo me separé hace siete años. Está mal que hablen los profesionales con mi señora. Sé que ella llamo y hablo”. Intervención:” ¿Mi señora?”. Paciente: “Si la que era mi señora. No sé porque tiene tanta injerencia. Se mete en mi vida”. Intervención: “Y Ud. quiere que se meta?” Respuesta:

“No” Intervención: “¿Por qué no?” Paciente: “Porque no hablamos más.” Intervención: “¿Y el divorcio?” Paciente: “Fui una vez a pedir un abogado para separarme de mi mujer.” Intervención: “Ud. la trata como si fuera su mujer. Paciente: “Es que decir mi ex-mujer es muy largo de palabra.” Intervención: “¿Y por qué se separo?” Paciente: “Ella se fue, ella decidió. Dijo que ya no me aguantaba más”. Intervención: “¿Por qué pensó que no lo aguantó más?” Paciente: “Porque yo usaba drogas y alcohol.” Intervención: “¿Y Ud. como se sintió?” Paciente. ”Mal porque ella se iba. Por ahí yo la quería.” Intervención.”¿La quería sí o no?” Paciente: “Si la quería.” Intervención: “¿Y Ud. que le dijo?” Paciente:”Que no podía dejar de consumir. Era mi forma de vida.” Interpretación: “¿O ella, la que Ud. siente como su mujer, o la droga? Paciente:” Eso me dijo ella. Lo pensé.”

Citas:

1 Trabajo presentado en XI° Congreso Latinoamericano y del Caribe de Bioética. “Bioética, determinantes sociales de la salud y políticas públicas” FELAIBE. Buenos Aires 22-24 de Junio 2017. Fue actualizado para su publicación en la revista Lazos-Revista de Salud Mental, ciudad de Mercedes.

2 Canelloto, A.; Luchtenberg, E.: Medicalización y salud, UNSAM , San Martin, 2010.

Para La Libertad
Una Experiencia En La Cárcel
De Mercedes B
Anexo Femenino

LIC. BURONE, CELESTE

La pérdida de la Libertad Ambulatoria debería suponer la potenciación de todas las Otras Libertades.

Desde que el modo potencial ya no se nos permite conjugar debemos, entonces, permitirnos la duda y también debemos permitirnos la certeza en la intervención social y, quizás, de todas las intervenciones que sucedan en contextos de encierro.

“Por fin un poco de humanidad, dijo al sentarse en la Oficina, próxima a ser entrevistada en el marco de Pre egreso, y chasqueo los dedos y le hablo a un mozo imaginario y le soltó un...servime un cafecito”

Decimos contexto de encierro porque la palabra Cárcel se nos hace pesada, oscura, interminable.

Y la Cárcel, el contexto de encierro, sucede a instancias del Servicio Penitenciario: la penitencia, la pena, la tristeza, el dolor y podemos seguir asociando palabras, sensaciones y sentimientos que nos despierta y que le/les despierta a las personas Privadas de Libertad _ambulatoria_.

“No aguanto más! Ya hice todo lo que me pidieron.....pero no aguanto más! Es cierto que me equivoqué, pero cuanto más tengo que aguantar?”

Quiero estar en mi casa, con mi gente”

Desde el año 2007 un convenio con el Servicio Penitenciario Bonaerense y Patronato de Liberados Bonaerense instaló dentro de la Institución Cárcel las Oficinas de Pre Egreso del Patronato de Liberados, desde entonces, aquella intervención, que ya sucedía por Ley 12256, daría un giro, mostrando otras formas posibles de llegada a la población en situación de encierro.

En Mercedes B se abre una de las primeras Oficinas. Ambas Instituciones estaban dispuestas al cambio y así fue.

El Dr. Zaffaroni sostiene que las cárceles provocan en quien las sufre un proceso de regresión inevitable, por lo tanto, se estima que quienes dirigen o trabajan en una Institución con estas características no deberían agudizar inútilmente estos efectos. Entendiendo con ello la necesidad de dar al interno la posibilidad de elevar su nivel de invulnerabilidad *condicionado por su estereotipo externo e internalizado*.

Sería algo así como ofrecer al preso la posibilidad de cambiar su autopercepción o sea de desintroyectar o desinternalizar su estereotipo.

Dice, entonces el profesional en cuestión "...si dejo de percibirme como un ladrón lo más probable es que cuando salga en libertad no robe..."

A este efecto negativo de la prisionización se debe agregar la criminización a manos de sus pares.

Este año se cumplen diez años que se desarrolla en la Cárcel de Mercedes, el programa: Para La Libertad propuesto desde la Oficina de Pre Egreso de Patronato de Liberados y que supuso, desde el principio, abordajes diversos en la búsqueda y en la construcción de nuevas modalidades de intervención social en miras a la Libertad.

“Lo único que me acuerdo es que le di con un fierro...estaba borracho y aproveché! Se cansó de pegarle, de abusarla sexualmente, de prohibirle vivir a mi hija. Mis nietos ya se estaban poniendo agresivos también”

La “abuela” como la llamaban en el Anexo, estuvo presa 12 años...cuanto recuperó su libertad su cuerpo resistió con las últimas fuerzas, falleció poco tiempo después.

El Proyecto se desarrolla bajo la modalidad de taller, a partir de técnicas grupales y con temáticas de

interés del grupo. Cada taller tiene como disparador la propuesta de internas en un encuentro anterior. Estableciéndose así un círculo virtuoso: propuesta, participación, disfrute.

¿Se puede hablar de disfrute en una cárcel? Entendemos que sí. Por un rato, la sociedad entra a la cárcel de otra forma, para olvidar las rejas, los candados, los límites. Entonces se puede aprender, reír, cantar, bailar, cinefilear, disentir, deportear.

Las elaboraciones de indicadores de impacto en relación con cada intervención social son de suma importancia y un pilar fundamental de futuro que se traduce en un diálogo institucional con las personas que participamos: Personal del Servicio Penitenciario, Profesionales de PLB , invitados/referentes a los Talleres.

Yo no se muy bien que pasa esta semana, pero la estamos pasando bárbaro. .¡Que no se corte!

¿Les gustaron las Bolas de Fraile que compartimos en la merienda? Las hice con mucho amor.

Beatriz Kalinsky aclara sobre un panorama que genera inquietud para quienes trabajan con personas privadas de libertad “...no debe haber castigos

adicionales.” entendiendo por tales aquellos que se suman a los legalmente permitidos y, entonces, queden deslegitimizados.

Esta autora introduce el concepto de “habilitación social” en referencia a la búsqueda de estrategias tendientes a ahondar en el entramado socio-político de la vida de las personas con las que se trabaja en situación de pre-libertad.

De esta manera se estaría “habilitando” a las personas a enfrentar la libertad con las posibilidades alcanzables y, aún más, tendiendo a la consecución de otras nuevas.

El proceso de habilitación social, como el delito, es relacional y las vinculaciones positivas que se puedan crear durante el mismo son bienvenidas al trabajo de pre-libertad.

Los indicadores que refieren que el proceso se cumple paso a paso tienen que ver con la facultad de la persona para elegir según sus propias convicciones. Que la persona esté convencida del rumbo de sus acciones.

**¿Y Celeste, cuando arrancamos con los talleres?
¡Ya te estamos extrañando!**

Jefatura del Anexo

Y Señora Celeste? ¿Cuándo va a ir para el Anexo?

¡Dele! Por un rato nos olvidamos que estamos presas.

Interna del Anexo.

El punto de trabajar en la Cárcel no es claramente olvidarnos de ello, ya que el padecimiento se expresa allí con una claridad singular, pero sí tratar, en el mientras tanto, potenciar todo lo que existe por fuera de los motivos que llevaron a estas personas a estar privadas de la Libertad. Como diría Carballeda: el lazo social se refuerza en estos encuentros tramando subjetividad.

La enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento: su impacto subjetivo y también hace sus inscripciones en los que rodean a quien la padece. En este punto los trabajadores sociales, conscientes de estos padecimientos podemos dar cuenta de nuestro aporte al trabajo en salud mental.

Lo colectivo, entonces, se transforma en una suerte de resistencia ante la auto disciplina impuesta a esos cuerpos vigilados...y castigados.

Tere! Haceme acordar de esa canción, sí, esa canción que cantábamos cuando estábamos en la comisaría....te extraño, quiero volverte a ver, te

extraño, se que voy a volver...la larararara....

No quiero acordarme, me pone triste, muy triste.

Construir conocimientos acerca de estos procesos de intervención, en estas nuevas categorías de análisis, poder evaluar, poder supervisar el desarrollo, poder modificar y reconocer falencias en el abordaje son necesidades sin las cuales este Programa no sería posible ni satisfactorio.

Llámeme señora Celeste, necesito hablar con “alguien de afuera” con alguien que hable de “otra manera” con alguien que me recuerde La Libertad.

Cabe aclarar que la función desde las Oficinas de Pre Egreso es entrevistar a las personas privadas de la libertad que se encuentran en condiciones de acceder a un beneficio liberatorio próximo y realizar la carga virtual de esa entrevista.

Cabe aclarar que todas las personas en situación de cárcel recuperarán su libertad en algún momento por lo que , acercarles propuestas distintas a las que cuentan en la Institución, conocerlas y observarlas en relación de convivencia nos acerca a la realidad de esas vidas profundizando lo que en adelante será la entrevista en el marco de Pre Egreso.

La escucha mediatizada por la historia social de las internas, por la cultura, por las representaciones sociales como vía fundamental de ingreso al proceso de salud/padecimiento de cada una de ellas. Nos permite acceder a otras perspectivas de ese mismo dolor y también a un lugar donde habitan las palabras

¿Qué tipo de talleres?

De arte: música_ cantantes, grupos, karaoke_, danza_ folklore, cumbia, clásico, romántica_, cine_ con películas elegidas por las internas, con intercambio de ideas_, literatura _ narración de cuentos, elaboración de textos, musicalización de textos_

De salud_ charlas, intercambios, controles sanitarios dirigidos_.

De oficio_ intercambio con Instituciones de la Comunidad _empresas, comercios, ONG_.

De deportes_ se jugaron: el Mundial y Los Juegos Olímpicos; la antorcha olímpica se recreó en el SUM de la Unidad Penal, vóley, hándbol, futbol_.

Los encuentros tienen una organización prevista: dinámica de presentación nos conocemos con los visitantes y con las caras nuevas que llegan al Anexo, presentamos la temática del taller; desarrollo y

dinámica de cierre.

El final de los encuentros siempre se transforma en una merienda compartida.

Siempre nos quedamos con ganas de más, una buena motivación para el próximo taller.

POR QUÉ PARA LA LIBERTAD

Para cuando tengamos que esgrimir una percepción en el apartado Diagnostico Social del Profesional Interviniente o Sugerencias de Intervención; que tantas veces escribimos en nuestros Informes Sociales.

Recordemos esas escuchas, analicemos esas intervenciones, mejoremos esas prácticas, transformemos padecimiento en salud; lenta, progresivamente, mientras dure nuestra relación con la población de trabajo.

EFECTOS DE LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL

(nuevos recorridos por antiguos sedimentos)

¿Cómo Alojarse Ese Niño?
¿Quién Aloja...?

SCATORCCIO, DÉBORA

*“...un niño hunde la mano en su fiebre y saca astros
que tira al aire
y ninguno ve
yo tampoco los veo
yo sólo veo un niño con fiebre que tiene los ojos
cerrados
y ve animalitos que pasan por el cielo pacen en su
temblor
yo no veo esos animalitos
yo veo al niño que ve animalitos
y me pregunto por qué esto pasa hoy?
¿pasaría otra cosa ayer?
¿se sacaría el niño mucha pena del alma ayer?
yo sólo sé que el niño tiene fiebre
tiene el alma cerrada y la hunde
en las cenizas que dejará porque ardió
pero ¿es así?
Hunde su alma en las cenizas de sí
Un árbol mira detrás de la ventana al sol
hay sol*

*detrás de la ventana hay un árbol en la calle
ahora por la calle pasa un niño con una mano en el
bolsillo del pantalón
está contento y saca la mano del bolsillo
abre la mano y suelta fiebres que ninguno ve
yo tampoco las veo
yo sólo veo su palma abierta a la luz
y él ¿qué ve?
¿ve bueyes que tiran del sol?
yo no sé nada...*

Niños. Juan Gelman.

Conurbano bonaerense, la provincia de Buenos Aires, otra provincia, que importa el lugar cuando se habla del sufrimiento de un niño, o ¿si importa?

Mi costumbre... la de buscar códigos de complicidad para ser alojada en los lugares que transitó, que no siempre es tan simple.

La mañana, voy entrando a una ciudad, enciendo la radio, se anuncia la noticia del fin de semana, “un niño golpeó a otro”, podría ser una pelea más en éste mundo violento que nos asiste.

Sin embargo, las adicciones se cuelan allí. Busquemos un título para lo que no se puede explicar. La culpa de todo la tienen las drogas. ¿Cuál culpa? ¿Alguien dijo responsabilidad? Silencio.

Un niño golpea a otro, un niño apodado igual que su padre, ese al que se lo acusa de la mayoría de los delitos de una ciudad, ese que no es su padre de sangre, pero es quien ofrece un apodo y un apellido, ese padre que pudo darle una madre, la cual según refieren, es al único hijo que no quiere. Nada.

Un niño golpea a otro, y el padre del niño golpeado, golpea brutalmente al niño golpeador también golpeado ahora. Y siguen hablando de adicciones, -¿la

de quién?- Pregunto. -¿Y el padre? ¿y la ley?-

Gerez Ambertín, dice “Ante la falla de la ley se intenta sobrepasarla usufructuando algún estigma que esa falla plasma. Esto coloca al sujeto aun más ante la inconsistencia del padre porque asienta el supuesto poderío en un sin límites”.¹

C, el niño golpeado o golpeador, depende de dónde uno se ubique, tiene 13 años, desde los 8 años es evaluado en diferentes instituciones, y lo siguen evaluando, medicando, derivando, pidiendo una internación por ¿adicciones? ¿quién aloja ese niño? Hasta dónde sé, una de las pocas comunidades terapéuticas cerradas que hoy siguen funcionando, lo importante es restablecer el orden social. -¿y el niño?-...nada. Assoun refiere “lo real de la ex – clusión genera el sujeto de la ex – cepción”.²

Otro lugar, otro niño, misma edad, 13 años. ¿Niño? ¿Puber? Interesante **JUGAR** con éste límite. “La experiencia con los púberes se centra en un diálogo de ida y vuelta, una charla, quizás se juega a conversar, no se trata de dejar al púber liberado a su propio discurso”³.

Retomando: para escuchar el sufrimiento de un niño, hay que poder jugar, jugar a no saber nada...

adicciones, violencia, robos, excitación psicomotriz, que dice esto de un niño...nada! Si, nada. Viene muy bien para los expedientes, historias clínicas, evaluaciones, informes... nada.

Recibo un llamado, es el coordinador de una institución que trabaja con niños, las que surgen luego de la nueva ley del niño. Necesito que evalúes a “Alejandro”, me dice: “reventó todos los hogares y ya nadie lo quiere recibir”, lo quieren internar por adicciones, pero no me parece”, “¿vos podés evaluarlo? Nunca nadie lo evaluó”. “¿evaluar?” ¿Y escuchar?: ¿alguien lo escucho? “Reventar”, “¿quién revienta a quién?”, me pregunto. Otra vez las adicciones. La misma historia, institucionalizado desde pequeño.

La primera vez que me encuentro con Alejandro, lo encuentro dormido sobre tres sillas de la institución que me convoca, está todo el día así, me informan.

Lo despierto, medio dormido él y sorprendida yo por la escena, nos presentamos.

Me cuenta que estaba viviendo en una casa de abrigo, “porque no había lugar para él”.... “mi hermana me encerró porque me ando drogando y estoy mucho en la calle; mis hermanos no me pueden controlar”. Ante la pregunta por sus padres y de ¿por qué sus hermanos

lo tienen que controlar? Aparece lo desgarrador de la historia, “hace 3-4 años falleció mi papá... cuando venía borracho, le pintaba pegarle a mi mamá. A mí me da bronca, porque todos mis hermanos tienen casa y familia; mi mamá está juntada con otro hombre, él me pegó y mi mamá no hizo nada, nadie hace nada”.

Nada... Diferenciamos, no es igual no saber nada que no hacer nada... algo hay que hacer, ¿escuchar quizás? ¿Alojar tal vez?

A. me cuenta que a sus 9 años, su madre mata con un cuchillo a su padre, en su presencia. ¿Culpables? ¿Responsables? A. se anota en ésta, “mi mamá no fue culpable de la muerte de mi papá, mi papá tampoco, ni yo”. Se angustia, golpea la mesa, la pared, “excitación psicomotriz” dicen quienes lo vienen medicando sin escuchar que A. se anotó en la culpa. Halopidol, Lexapro, Logical, aroperidol... nada... más y más excitación psicomotriz, “No responde a la medicación”.

A. comienza a venir a verme dos y hasta tres veces por semana, aparece, desaparece, jugamos al ahorcado, duerme, habla, me cuenta, llora. Me dice; “dale que yo me acuesto acá (banco) y te hablo de mis problemas, como en la tele cuando van al psicólogo”. “No tengo

que transformarlo en juego, sino decirle que está jugando”.⁴

“La lógica del juego resulta instituyente de la relación del sujeto a la ley que permite un saber hacer-legislado por la castración- ante el desencuentro estructural y estructurante del sujeto y el objeto. Ahora bien, si a resultas del interjuego presencia-ausencia no hay hiancia sino puro vacío, las condiciones de posibilidad para que dicha lógica se despliegue se obturan, de lo que resulta como saldo la repetición compulsiva, incesante, el encuentro una y otra vez, forzosamente, con la misma carta. Lo pasado se hace así futuro”.⁵

Repetición compulsiva, excitación psicomotriz, “reventar” dicen quienes aún no han podido escuchar lo que del cuerpo sufriente de Alejandro se manifiesta.

Abuso... “yo me mande dos cagadas grosas, una cuando estuve con una chica y no podía estar, y otra cuando rompí todo, pero él, refiriéndose a un operador, me cago a trompadas y le dijo a los chicos que me dejen de lado”. Llanto, “de noche me da miedo y me tapo con la sábana... y también me hago pis y me da mucha vergüenza”. ¿quién aloja el llanto de éste niño? A. dice: “Yo te voy a contar algo que nunca le conté a nadie...”.

Estar, simplemente estar, escuchar alojar. “Leemos el valor de deletrear en esa escucha lo que el niño “tratará de leer con su cuerpo” y “el cuerpo como comentarista de las letras parentales reprimidas”.⁶

A. luego de varias idas y vueltas, familiares que aparecen y desaparecen y algunos meses de vernos, es recibido en un hogar; se asegura, prueba a los adultos. Vuelve al lugar donde vivía, a la casa que lo “abrigaba” y denuncia a gritos desde la calle, que allí también fue abusado, nada, nadie dice NADA.

Aquello que se repite irrumpe en el nuevo hogar, ya no es igual, alguien puede escuchar, Alejandro puede decir de su dolor, su cumpleaños, el de su padre, el de su hermano, la bronca. Sin embargo, es trasladado a un lugar de mayor seguridad...

Alguien dice... un informe del hogar y mío se presenta inscribiendo, denunciando lo que de las instituciones aparecía como... NADA.

Bordieu dice: “Los efectos de la “violencia simbólica” que ejerce el discurso de minoridad, poseedor del saber sobre los hechos “reales” de la vida de los niños, segrega cualquier intento por hacer otra cosa con esa “realidad”.

Escuchar, jugar, alojar... al comienzo, y quizás durante mucho tiempo solo se trata de estar. No saber nada... estar. No, no hacer nada. Deseo de alojar.

“Si ustedes ahora me preguntaran –bueno, muy bien, pero ¿qué es la castración? Yo tendría que hacer uso de un saber para decir qué es la castración, cuando justamente lo que estoy tratando de plantear es que el saber allí se encuentra en falla.

Si ustedes me dijeran-¿qué es la castración? ¡Decime! Porque si con la castración aseguro esa relación ¡Fenómeno! Pero justamente eso es lo que nos falta. Si partimos de allí, puede ser que podamos tener una actitud en relación a los niños, púberes, adolescentes que no sea patógena, que no sea iatrogénica. Pero partir de ahí, es partir de los problemas nuestros, no de los problemas de los chicos...

El problema no es meter la pata, el asunto es poder sacarla después. Si podemos volver sobre las metidas de pata que cometemos cuando educamos a nuestros hijos, cuando analizamos o cuando damos una conferencia, si podemos volver sobre eso ¡Ya está! ¿Qué más? Volveremos una vez y otra vez. Porque no nos vamos a dejar de equivocar hasta el día en que estemos muertos”.⁷

Citas:

- 1 Minicelli, Mercedes, Infancias en Estado de excepción, pág 199.*
- 2 Assoun, Paul, El perjuicio y el Ideal. Hacia una clínica del trauma, 2001*
- 3 Paula de Gaienza. Ponerse en juego, recopilación de seminario de Jorge Fukelman*
- 4 Fukelman, Jorge. Ponerse en juego. Seminario en el Circulo psicoanalítico del Caribe*
- 5 Minicelli, Mercedes. Infancias en estado de excepción, pág. 205*
- 6 Fukelman, Jorge, Ponerse en juego. Seminario en el Circulo psicoanalítico del Caribe*
- 7 Fukelman; Jorge. Ponerse en juego. Seminario en el Circulo psicoanalítico del Caribe*

Bibliografía

Assoun, Paul, El perjuicio y el ideal. Hacia una clínica social del trauma, Buenos Aires, Nueva Visión, 2001.

Agamben, Giorgio [1978], Infancia e Historia, Buenos Aires, Adriana Hidalgo, 2001.

Bourdieu, Pierre "Meditaciones Pascalianas" Edit. Anagrama, 1999

Minnicelli, Mercedes, Infancias en estado de excepción. Derechos del niño y Psicoanálisis, Buenos Aires, Noveduc, 2010

Fukelman, Jorge. Seminario en el Circulo psicoanalítico del Caribe. Texto establecido por De Gainza y Lares, 2015.

“La Construcción De Una Posición “

Lic. CALABRIA, BEATRIZ CALABRIA

Lic. LATRONICO, VICTORIA

Lic. ZAMMITTO, JUANA

Lic. VÁZQUEZ, ANDREA

Lic. DELUCA, GUILLERMINA

Lic. NUÑEZ, CINTIA

En el mes de Junio la Secretaria de Salud del municipio recibe un pedido de intervención del Colegio Nacional, aludiendo a los efectos que generaron en los alumnos los hechos sucedidos en una fiesta electrónica en Capital federal, donde fallecieron varios adolescentes por consumo de drogas sintéticas.

Al indagar acerca de este pedido algunos de los temas que preocupaban a los representantes de la institución eran: el comportamiento impulsivo en los chicos que generaban accidentes de tránsito con las motos en la puerta de la escuela, los diferentes tipos de consumo como el uso adictivo de la tecnología, de las drogas, del alcohol; el hecho de que la escuela se convertía en el escenario donde se continuaban las peleas originadas en las redes sociales durante el fin de semana, dificultades por parte de los padres en la puesta de límites a los chicos, entre otras.

Entonces pensamos que lo primordial era continuar escuchando para poner en cuestión todos los términos: ¿Desde dónde ellos recortaban el problema? ¿Por qué calificaban lo observable como un problema? ¿Coincidió con la visión de los chicos? ¿Que nos demandaban? ¿Que esperaban de nosotros como equipo de profesionales?

Insistentemente pedían nuestra intervención, suponiendo la posibilidad de que brindemos un saber acabado sobre los hechos problemáticos, ubicándonos en un lugar de educadores capaces de aportar un saber especializado que reduciría por un lado la incidencia de estos hechos y por el otro la preocupación y la ansiedad que les provocaba a ellos.

De esta manera el discurso escolar ubica el problema, la falta, en los chicos; suponiendo que nosotros, le aportaríamos a ellos aquello de lo que carecen, siendo esto la resolución del problema.

Cabe destacar que a pesar de las exigencias que tiene el equipo escolar por parte del sistema educativo y estar inmersos en la problemática, pudieron visualizar malestar en los chicos y solicitaron la ayuda externa, dando lugar a nuestra participación como equipo de salud.

Nuestra primera intervención fue entonces tomar la demanda pero no responderla. No responderla con el acto que se nos demandaba, un saber hacer, acabado, absoluto, que pudiera encauzar y normalizar lo que aparecía como disfuncional, por excesivo, por molesto, por mostrativo. De haberlo hecho así, habríamos dado por verdad la lectura del equipo educativo sin

considerar que *esa lectura es parte de lo que nosotros debemos delimitar: el problema*. Hubiera sido algo así como recibir a un niño en tratamiento sin poner en cuestión la descripción que los padres hacen, tomando los conceptos de los padres como normas compartidas. Una cosa es tratar a un niño cuyo problema sería que es lento en la escuela, y otra cosa es tratar a ese niño viendo que no alcanza las expectativas del tiempo escolar y que es traído al consultorio por una madre que le va diciendo “dale dale, apúrate, dale”. ¿No pensaríamos nosotros que el niño y su síntoma hablan con esa madre que lo trae a la rastra? Bien, no poner bajo nuestra mirada el recorte de la escuela, hubiera sido como no mirar el gesto materno en el síntoma de un niño.

La intervención en psicología no está relacionada con la suma de saberes, tiene que ver con una desconstrucción de aquellos supuestos. Se trata de una lectura interpretativa que alivia el conflicto, no de una enseñanza.

Para abrir a la lectura de nuestra disciplina en este caso particular, hicimos una serie de encuentros con los directivos, alumnos del centro de estudiantes y el equipo de orientación escolar. Pudimos percibir

una diferencia y cierta tensión discursiva entre el planteo de la Escuela, de solicitar un saber técnico, y lo que expresaban los representantes del Centro de Estudiantes los que mediante un buzón de consulta a la totalidad del alumnado, relevaron las temáticas de interés que fueron: especismo, autolesiones, adicciones, homofobias, etc.

Lo significativo era, más allá de los temas en sí, la insistencia de los alumnos en que la modalidad de la intervención fuera “testimonial y de alto impacto” ya que en esa insistencia cuestionaban el modo de abordaje del Equipo de Orientación Escolar.

¿Qué implica esta diferencia, en el recorte del problema por parte de la institución y en el pedido que hicieron los chicos de que el tipo de intervención fuera “testimonial”?

Nos resultaba llamativo que siendo una Escuela con gran apertura a la expresión de los adolescentes, ya que se permitía pasar música en los recreos, se realizaban expresiones artísticas como concursos de murales, otras instituciones habían dado charlas , así como la fluida comunicación que percibimos entre el Centro de Estudiantes y el equipo directivo; aun así nos sorprendía, nos generaba preguntas, el hecho de

que ese escenario no parecía ser suficiente para calmar las expectativas de los alumnos, había insistencia, ¿que era eso que insistía?

Como equipo de Salud decidimos que con esas preguntas en la mano, el abordaje sería acercarnos a cada curso para conocerlos y escucharlos. Se elaboró material proyectivo para las actividades, las cuales fueron lúdico creativas, fomentando la libre expresión, que circule la palabra, que los alumnos pudieran volcar su visión y su demanda. Asistimos a la escuela durante los meses de junio hasta octubre una vez por semana.

Para 1° y 2° año se propuso el juego de la silla con palabras que funcionaban como disparadoras. En 3° y 4° año se ofrecieron imágenes con diferentes connotaciones a partir de las cuales creaban alguna producción para compartir. En 5° y 6° se propuso el juego de pases de pelota con asociación libre de palabras. En general se vivencio buen clima, las propuestas fueron aceptadas con alegría demostrando interés y participación por parte de los adolescentes.

Fue así que con cada actividad, en cada curso, habilitamos un tiempo y espacio para hacer hablar esa supuesta disfunción, esa diferencia, esa tensión.

Nuestra presencia allí permitió un lugar donde enlazar con otros, vivencias, inquietudes tales como: amor, amistad, soledad, familia, aislamiento, secretos, traición, reglas, violencia, autoridad, discriminación, sexualidad, “normalidad”, inclusión, exclusión. ¿Son temas de los adolescentes? ¿O más bien son los temas de todos en el campo de los adolescentes, en la perspectiva del adolescente?

Se supone que íbamos a escuchar sobre el problema de los chicos, y nos encontramos con la circulación del problema social en los chicos. Entonces, ¿Por qué hablar de disfunción? La disfunción está planteada en la modalidad ruidosa de los chicos, el choque, los cortes en el cuerpo, las peleas. Pero que el polo discordante esté en los chicos no autoriza a decir que el problema es de los chicos, menos que son los chicos. ¿No habría más bien que preguntarse y circunscribir como problema esta modalidad de choque? *Freudianamente, el síntoma es función, no disfunción. Deberíamos entonces pensar cuál es la función de que el adolescente muestre a los gritos, a los golpes, a los cortes...*

Volviendo al ejemplo de la madre que tironea de su hijo lento apurándolo permanentemente... ¿Cuál es el

entorno de los chicos “su familia”? Por algo los chicos pedían un testimonio, alguien que hubiera pasado por lo mismo. Alguien que afirmara en él mismo lo que ellos muestran. Eso va a la par de una institución que si bien parece alojar el discurso de los chicos, rechaza estar concernida.

De haber tomado la demanda tal cual la planteaba el equipo docente, hubiéramos dicho que el problema era de los chicos, que la falta estaba en los chicos, aportando algún saber específico para completarlos y “calmarlos”.

La apuesta fue a partir de trabajar desde lo no estructurado, romper con el sentido común y poder crear un nuevo sentido compartido y construido entre todos. Encontramos así que lo que les pasa a los chicos es lo que nos pasa a todos. Se encontraban solos y allí nos constituimos como un referente. Esto se refleja en los cursos donde los chicos preguntaban ¿para que estábamos ahí? ¿Cómo los veíamos?, ¿si volveríamos a la escuela?

Al no responder a esa demanda institucional, al no responder con un saber constituido y acabado, y al pasar todos por esa posición del no-saber, se rompió con el sentido institucional. Al ponernos todos en

falta, algo nos pasó.

La conclusión no es una conclusión del saber. Un descubrimiento. Concluimos con un encuentro, con una puesta en relación, con la falta de todos. Nuestra apuesta resulta poder cambiar la mirada, poder escucharlos, generar un movimiento, que puedan expresarse, logrando empatía y lazos.

Que la salud mental tenga que ver con sostener algo de la falta, poder hacer hablar aquello que se oculta. Poder tranquilizar, decir que sabemos de lo que se trata ese sufrimiento porque somos parte de él. Eso tranquiliza, contiene, enmarca, dialoga, refleja. Todo ello fuera de los ideales de la completud.

Leer que la forma ruidosa, impulsiva, que ellos tienen de mostrar lo que les pasa, tiene que ver con la falta de un otro que acepte estar implicado.

Suponer que la responsabilidad cae enteramente en los adultos, sustrae protagonismo a los jóvenes. Solo se accede a los saberes en la medida que los adultos no den la respuesta acabada, porque no existe. Para que los adolescentes se encuentren con lo propio debemos estar preparados para la decepción. En la medida en que el adulto esté dispuesto a la renuncia del lugar de ídolo, cuando pueda mostrar que no tiene

toda la verdad, ni todo el saber, estará en condición de propiciar que el joven sea autor de su producción.

“Jueves. Una apuesta a lo Grupal”

**CLARA GIRARD, LIC EN PSICOLOGÍA
P.R.E.A HOSPITAL CABRED.**

El objetivo de este escrito es transmitir y compartir algo del trabajo cotidiano que se realiza desde el P.R.E.A (Programa de Rehabilitación y Externación Asistida) en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Cabred. Mas específicamente en un espacio grupal clínico que llamamos “Lazos sociales” el cual viene funcionando todos los jueves desde hace mas de 16 años y tiene como temática principal el proceso de externación y de desinstitucionalización.

Para tal fin elegí comenzar la presentación del espacio grupal a través su propia producción colectica: las crónicas de los jueves. Pequeños apuntes, notas, que el coordinador o alguno de los participantes toma en cada encuentro. En las mismas podrán encontrar distintos enunciados que se expresan en el espacio y que nos llevan a pensar e interrogarnos cada vez acerca de la institucionalización, los efectos de la cronificación y las salidas posibles de la misma.

Jueves

Estoy mal, es un pabellón crónico. ¿Vos no te sentís crónico? ¿Qué es crónico? Para toda la vida.

Yo estoy muy bien en el hospital, afuera es un desastre mi vida.

No vas a cobrar nada, te robaron la herencia.

A mí me reventó la cabeza y le grité al pueblo. Me hubiera gustado romperle la cara. Es una familia que está enferma. Está muy metido con la familia. El es él.

Fuimos a ver una casa en el pueblo.

Ando buscando un inquilino porque el que tengo se me va. Necesito renovar la compañía.

“No hay que dar mas por el pito que lo que el pito vale”

La cuestión es el tamaño de la casa, que no nos incomode. Que tengamos libertinaje.

Tengo problemas con los vecinos de al lado, que venden droga, me usan el agua.

Esta medio reacio a venir al P.R.E.A.

Quiero salir ya de donde estoy, antes de volverme loco.

Con mi compañero hablamos de muebles, va a ver un choque de muebles.

Yo también estoy buscando un compañero, acá en La Escondida (hostal), no me gusta la convivencia. Que nos turnemos en las tareas. Ellos duermen todo el día. Convivir con una persona normal, que tenga otra

actitud, que sea colaborador.

El hombre no está hecho para vivir solo.

¿Nunca probaste pastilla y vino?

Yo los voy a mandar a buscar mujeres.

(Participantes: Juan Carlos, Oscar, Gustavo, Alejandro, Jorge, Marcelo, Gustavo, Alejandro, Marcelo, Lucas, Daniel, Walter, Jorge, coordinadores)

Jueves

Hoy nos visitan algunos del pabellón 8. ¿De qué trata este grupo?

Para hablar de nuestras necesidades, no tenemos a donde ir, una ayuda.

¿El P.R.E.A es una terapia? Permite ir movilizándote, es una reunión donde todos contamos lo que nos pasa.

¿Cómo se puede hacer para pasar a hostales? ¿Qué es hostales?

En mi caso tengo una adicción, salgo a la calle y me encuentro con el consumo, ya tengo la sangre infectada. ¿Está en la sangre el consumo?

Estaba trabajando y alquilando, cuando me drogo no me importa nada. Al hospital vine yo solo por mi

cuenta, iba a terminar en la calle o muerto. Estuve dos meses sin consumir. En el 2015 dejé el tratamiento.

¿Cuánto hace que estás acá? Arruinado.

Me cuesta creer que alguna noche voy a soñar y dormir en paz. A veces necesitamos estar atentos, alertas todo el tiempo. Somos náufragos. Hay que rescatarse por uno, después por contagio los demás van a estar bien.

¿Hay que sacarse todos los personajes?

Él y yo tenemos 14.000 pesos. Él tiene mucha dificultad en su sostén diario. Me ocupo de mi limpieza interna.

¿Con cuantas personas vivís? La limpieza me mantiene activo.

¿Podemos ir a buscar casa? Una habitación, una cocina y un baño. El problema son los humanos y los perros. Si es uno solo el que hace todo, no funciona.

Entré al taller de carpintería en marzo del 2016.

Lleva tiempo, nos vamos armando de a poquito.

Tengo 40 años, hace diez que estoy acá, tengo ganas de empezar en el taller.

Hemos decidido hacer las cosas que se necesitan para vivir juntos, a mi compañero lo conocí en el taller, estamos conviviendo en hostales.

Ayer fui a cobrar solo, me sentí bien. Andar de nuevo por la calle, ver gente, recuperar el buen día, buenas tardes.

Victorio de Varela. Hace cinco años que estoy acá. La trabajadora social me consiguió una casa en Almirante Braun. ¿Vivís con tus padres? ¿O vas de visita?

¿Ángel tenes ganas de empezar un proyecto? La casa de tu sobrino quizás no sea el mejor lugar.

¿Vos sabes cocinar? Yo no tengo nada que contar. ¿Y los sanguchitos? Viajó solo a Tigre.

¿Todos tienen pase libre? Habrá que insistir.

(Participantes: Claudio, Sergio, Gustavo, Ángel, Víctor, Héctor, Marcelo, Benjamín, Edgardo, Fredy, Alejandro, coordinadores)

Jueves

(Al comenzar el grupo pasa una niña con su mamá por la sala)

De tener hijos me gustaría que sean gemelas y gemelos.

A mí no me dan la historia clínica, ellos se piensan que estoy en un parque de diversiones. El 19 de agosto del 2011 inicie la pensión, aun sigo esperando.

Es un derecho poder leer la HC. Existe una ley desde

hace siete años.

Estamos averiguando precios de colchones, cocina y otras cosas para la casa. Estamos saliendo a Lujan.

¿Para pasar a hostales como hay que hacer? ¿El hostal es un pasaje afuera? ¿Es algo transitorio?

En mi familia son autodestructivos.

Salimos a caminar al pueblo, a ver vidrieras. Hay otra casa para ustedes, sigue el proyecto firme.

Le tengo miedo a la droga, al alcohol.

Soy camarero en el pabellón. Cuando tenga la pensión me voy a ir de alta.

Yo lo vine a acompañar a él, me mandaron del pabellón.

Poder pensar un proyecto de externación.

Vivía en Jáuregui. Sus internaciones han sido por problemas con el alcohol. Tengo un hijo de 13 años. Pedí que me traigan al hospital para poder salir de todo esto.

Pase momentos difíciles pero ahora estoy muy bien.

Estamos por mudarnos a Lujan, estamos remodelando la casa. En total somos cinco. Ya hace siete meses que

alquilamos la casa.

(Participantes: Lucas, Marcelo, Benjamín, Luis, Sonia, Claudio, José, Ángel, Héctor, coordinador)

Jueves

¿Cuándo yo me vaya de alta, a donde me voy a ir?

Ahora estoy en Lujan compartiendo los gastos pero me gustaría independizarme.

¿Hay alguna actividad que te guste hacer? Me gustaría un trabajo de medio día, hay un montón de cosas que yo podría hacer, que las hacía antes. Me gustaría anotarme en algún club.

Viví en un hogar, después me llevaron a Corrientes. A veces no sabemos lo que nos gusta. Si llegas a decir que estuviste acá en el hospital nadie te toma para trabajar. Acá trabaje 7 años de camarero. Afuera desde los 26 años que no trabajo.

Volví por voluntad propia, me intoxique con las pastillas. Tengo esquizofrenia alucinatoria de voces. Me causan como pánico las voces de los pabellones. Trato de aislarme de eso, me encierro en mi mundo. Voy a la iglesia.

Gasto \$2700 en cigarrillos, más de la mitad de la

pensión.

Juego al fútbol, acá en la canchita.

Un trabajo es un ahorro mas para nosotros.

Es difícil pasar por este mundo solo, a veces es necesario estar acompañado.

Casi me matan por las drogas.

Me ofrecieron una casa en el barrio Lucheti pero mi compañero pone muchas condiciones.

¿De qué tiempos hablamos? La casa no va a venir hacia nosotros, somos nosotros los que tenemos que salir. Si usted me pasa el teléfono...

Cocinamos chinchulines y churrascos.

¿Hoy está Benitez? Tiene que pasar un tiempo para que nos conozcamos.

(Participantes: José, Jorge, Claudio, Roberto, Héctor, Marcelo, Juan, Gustavo, Alejandro, Benjamín, familiares, coordinadores)

Jueves

¿Estás buscando compañero? No. A nadie le gusta estar solo.

Él es el mejor compañero. Y si paso a hostales ¿cómo

seguimos con el proyecto?

Puedo conseguir algo tranquilo, un trabajo.

Estamos saliendo de permiso, él solo una vez a la semana porque no le alcanza el dinero.

Me cuesta poner todos los días el océano entero pero estoy muy agradecido con la colonia. Sufrí una tortura terrible.

Yo soy de Pehuajo.

Podríamos ir juntos a la escuela primaria. Estuvimos paseando. Nos fuimos a una tienda de celulares.

¿En todas partes hay corrupción? ¿La corrupción también es robo? ¿En el hospital hay robos?

Tengo el proyecto de irme al pueblo solo. No se banca el olor a cigarrillo. Viví dos años solo y me encantó la experiencia. Oscar es contador.

¿Ser universitario es una situación ventajosa? No, no sos ni mas ni menos que cualquier otro.

Un consejo es ir fijando prioridades.

Hay compañeros que van a pasar la noche al correo.

Ahora puedes contar con el apoyo del grupo.

El P.R.E.A no tiene ni bolsa de trabajo, ni inmobiliarias.

(Participantes: Oscar, Nelson, Claudio, Marcelo, Alejandro, Benjamín, Gustavo, Juan Carlos, Alejandro, Miguel, Gabriel, Alejandro, Ángel, Gustavo, José, Luis, coordinadores)

Jueves

¿Hay algún taller para hacer artesanías o lo que haga falta? Estoy demasiado sin hacer nada. Y estoy sin un peso, ni para el cigarrillo. No me dejan salir a cobrar.

Me voy a pegar un baño porque tengo que ir al colegio.

¿Cómo se hace para tener la pensión?

¿Cómo se hace para que me llame mi mamá?

Hay que moverse, en el pabellón hay que moverse.

¿Por qué estas temblando? A mí también me pasa. Puede ser el cambio de lugar, la medicación, el estar internado. Yo no puedo adaptarme solo, necesito a mi familia.

¿Por qué trae un compañero la historia clínica de otro? ¿Te sentís contenido ahora?

Hace 14 años que no me vienen a ver. ¿Hay que estar 14 años acá adentro? ¿Abandono? ¿Seguir esperando? ¿Buscar un plan nuevo?

Es un poco frustrante que no lo vengán a ver a uno

¿Vos tenes pensión como para buscar una casa?

Vinieron los padres a visitarlo

¿De qué se trata este espacio? De una serie de ensayos y experiencias. En un tiempo prudencial se logra encontrar una casita. Ir pensando un proyecto para externarse.

A nosotros nos trata muy mal, pero por fuera de la familia él es muy respetuoso. El no puede estar solo.

Me robaron la medicación y tomo la de mi mamá. Las personas que vienen acá buscan acompañamiento, solo es muy difícil.

Al ser humano hay que dejarlo ser. Madre e hijo tienen que cortar el cordón.

¿Participas de algún taller? Ahí encontró un lugar.

¿Él es enfermo? ¿Quién está enfermo? Un problema que a uno le viene, lo asalta, lo invade.

¿A veces a la familia le cuesta entender lo que lo que a uno le pasa? ¿Cuántos años tenes? Treinta y nueve.

Se trata de creer, de querer que el otro esté bien. El amor falta seguramente. Problemas con las drogas. Todo paciente psicológico necesita cariño y afecto y tomar siempre la medicación. Cuando uno deja la

medicación ahí vienen los problemas. Él cuando está bien no quiere tomar la medicación.

Los compañeros viven en una casa en hostales, ya se fueron equipando. Ansiosos por encontrar una casa afuera, tenemos mesa, sillas, televisor. Queremos poder instalarnos en un lugar seguro.

¿La psicóloga nos dijo que ella se ocupa de todo?

Falta salir a buscar casa.

(Participantes: Jorge, Ricardo, Hugo, Claudio, Gustavo, familiares, Marcelo, Sergio, José, coordinador)

Las crónicas se leen al finalizar cada encuentro, a modo de cierre. En este último tiempo estamos intentando que cada quien pueda llevarse una copia de la crónica en su H.C para que los equipos tratantes estén al tanto de lo que se trabaja en el grupo y logremos entre todos una mayor comunicación y trabajo en conjunto. Hay quienes las solicitan cada jueves para tenerlas y releerlas, como algo que les pertenece.

Luego de muchos años de sostener este espacio se ha logrado que todos los jueves antes del horario de comienzo (10.30hs) en la sala de entrada del Servicio de Rehabilitación, donde funciona el grupo Lazos, haya alguien preparando el lugar y esperando al resto

de los participantes. Se intenta que la coordinación sea al menos de dos personas, esto no siempre es posible. Entre todos acomodamos los bancos en forma circular. Por lo general el grupo comienza con dos o tres participantes y luego se va haciendo numeroso (entre diez o quince personas aproximadamente). Considero que una de las riquezas de este espacio es la diversidad de la población que asiste. Si bien generalmente hay un elenco estable, siempre hay alguien que se acerca por primera vez, algunos hace años que están internados, otros meses o semanas, algunos viven en el pueblo o en Lujan y a veces cae algún familiar. Al ser un lugar de paso, a veces se hace difícil escucharnos, pero con más o menos ruidos el grupo siempre está ahí.

Para muchos cada vez sea hace mas dificultoso habitar el mundo en el que vivimos, ya sea dentro o fuera del manicomio. Nos encontramos con una creciente fragmentación e inestabilidad laboral, familiar, social, tristeza, vacío, pobreza, caída de ideales, de valores, ruptura del lazo social, sujetos aislados, solitarios, carentes de referentes, desprotección, marginalidad, carencia de recursos materiales y simbólicos, crudas realidades sin velo, violencias naturalizadas, anomia, falta de comunicación e imposibilidad de proyectarse un futuro. Todas estas condiciones actuales nos

obligan a replantearnos nuestros roles, formas y modos de trabajar y a preguntarnos una y otra vez ¿Qué ofrecemos como programa, servicio, institución? ¿Qué ofrecemos como sociedad?

El grupo es pensado como herramienta para contrarrestar el malestar social, como una oportunidad de procesos subjetivantes, con la potencia de transformar sujetos pasivos en sujetos activos, críticos, productores y transformadores de su realidad mediante un proceso de construcción colectivo e histórico. El encontrarse, el compartir, el construir un lugar de pertenencia, un espacio de escucha, de toma de la palabra, produce cambios, genera movimientos y nuevos sentidos a las diferentes realidades compartidas. Entre enlaces y desenlaces algo hace nudo.

Volviendo al grupo de los Jueves, se podría decir que éste es un espacio al cual llegan angustias, soledades, delirios, desesperanzas, condenas, esperanzas, apuestas, sufrimientos, tristezas, violencias, desamparos que encuentran allí un lugar donde empezar a circular. El grupo siempre está ahí.

Se trata de un espacio cuidado, espacio afectuoso, cálido, de respeto, donde hay normas establecidas, pactos contruidos colectivamente. En el grupo se

propicia la palabra pero también se respetan los silencios, cada uno puede decir lo que piensa y siente con la confianza que se construye grupalmente. Hay momentos en donde hablamos todos juntos, donde alguien levanta la voz, alguno llora, otro habla solo, momentos de silencios, momentos de escucha, de reflexión colectiva, momentos donde alguien se pone de pie para dar un fuerte abrazo. Algunos se levantan y salen a fumar, otros aguantan todo el rato. Momentos de sin sentidos y otros donde algo parecería ordenarse.

Me animaría a decir que este espacio grupal de los jueves es una potencia del programa, intenta ser cada semana aire fresco, una luz, un paréntesis que nos permite a todos los que participamos del mismo reinventarnos. Del grupo surgen nuevas ideas, nuevos desafíos, proyectos, oportunidades. Se trata de habilitar un espacio para que algo suceda, lograr un pequeño movimiento, un ir y venir.

La apuesta a lo grupal del inicio, refiere no solo al trabajo con grupos sino al grupo con el cual trabajamos, es decir, seguir apostando a un trabajo en quipo, condición que creo esencial para que algún efecto clínico sea posible.

Bibliografía

Del Cueto, Ana María (compiladora). Cuadernos de Bitácora I. Diagramas de Psicodrama y Grupos. Ed. Madres de Plaza de Mayo. Bs. As. 2005.

Curso de Capacitación en Servicio. "Clínica de la Externación". Espacio de diálogos clínicos. Dictados por Equipo de Capacitación de la Escuela Superior de Sanidad de la Provincia de Buenos Aires. Lic. Marcelo Percia y Lic. Silvia Alves. Hospital Interzonal "Dr. Domingo Cabred". Open Door, Luján.

Fernández, Ana María. El campo grupal. Notas para una genealogía. Ed. Nueva Visión. Bs. As. 1989

Kesselman, Susana y Hernán. Coorpodrama. Cuerpo y Escena. Una nueva herramienta para el trabajo con grupos. Ed. LUMEN, Bs. As - México. 2008

Kesselman Hernán, Pavlovsky Eduardo. La multiplicación dramática. Ed. ATUEL. Bs. As. 1989.

Epílogo

Esperamos que les haya gustado este libro y puedan compartirlo con otros colegas o en las reuniones de equipo.

Una de las cuestiones que aparece como resto de esta suma de escritos es la referencia a la ley de salud mental. Ley que deja de ser letra muerta y aparece articulada con la práctica. También observamos una ética de la escucha. Un acto que le da lugar a la “diferencia”, a la otredad. “Escuchar - como dice Segio Rascovan - 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”

Apostamos a que sea posible promover un verdadero dialogo entre instituciones que trabajan con la salud mental de la población aunque sus condiciones de paridad difieran.

Contamos con la revista virtual: Lazos, para estar relacionados cotidianamente y compartir cuestiones que hacen a nuestra práctica.

Dejamos un mail para que puedan escribirnos sobre el libro en general o algún artículo en particular. También para que nos envíen su producción si este compendio los estimuló para que eso suceda.

Hasta la próxima...

escritosensaludmental@gmail.com

Índice

Prólogo 5

Incitación 9

Consumo Problemático De Sustancias

(la alteridad de la clínica) 11

Práctica Clínica En Instituciones Públicas

(pensar lo sabido no siempre pensado)

..... 81

Avatares En Instituciones De Encierro

(la adversidad del muro) 159

Efectos De La Violencia Institucional

(nuevos recorridos por antiguos sedimentos)

..... 189

Epílogo 217

La Ley de salud mental n° 26657 propone la concepción de la Salud Mental de manera compleja e integral, de la necesidad de los distintos saberes científicos, del usuario como sujeto de Derecho, del trabajo intersectorial, la familia y la comunidad como actores. Insiste como punto central el trabajo en equipos interdisciplinarios y la conformación de redes. Hablar de la construcción de un equipo interdisciplinario exige no solo la valoración mutua de la subjetividad de cada uno de los profesionales, sus conocimientos, sus prácticas, sino también el reconocimiento de la producción colectiva.

"Escritos de Salud Mental" surge como iniciativa del equipo del Centro de Día de Salud Mental y Consumo Problemático y del DIAT (Dispositivo Integral de Abordaje Territorial) en consonancia con Desarrollo Social de la Municipalidad de Mercedes, entendiendo que la práctica en Salud Mental no es sin otros, se hace y construye con otros. De allí la importancia y necesidad de propiciar espacios de formación e intercambio sobre experiencias en el campo en lo local. "Escritos de Salud Mental" contiene el registro de la práctica y experiencia de actores e instituciones de la Ciudad en lo actual.



Dr. Juan I.
Ustarroz
INTENDENTE