

JORNADAS 2025
DE PSICOLOGÍA

ISSN 3125-3458

Perspectivas clínicas y comunitarias actuales: que florezcan enfoques y estrategias.

PUBLICACIÓN I

Autores:

Ardalla, María Laura
Baglivo, Carla Beatriz
Bettinotti Alcoba, Dana
Blanco, María Josefina
Blestcher, Facundo
Boveri, María Soledad
Cermelo, Renata
Cibeira, Ayelén
Dachevsky, Paula
De Gemmis, Vicente
del Bueno, Verónica Lorena
Fernández, Valeria
Galloro, Silvina
Goldestein, Bárbara
Grandinetti, José
Insua, Gabriela
López, Julieta
Mallo, Vanesa
Mattarucco, Juan Pablo
Morelli, María Eugenia
Palazzo, Analía
Paludi, Alejandra
Peralta, Micaela
Pico, Laura
Pérez Pravaz, Joaquín
Quittner, Jérica Daiana
Rousseaux, Fabiana
Siri, Gabriela
Tejeda, Débora

Organizadas por la Asociación de Psicólogos
del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

PH: @josefina_dinucci y @turistaenbuenosaires



ASOCIACIÓN DE
PSICÓLOGOS
DEL GOBIERNO DE LA CABA

Asociación de Psicólogos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Jornadas 2025 de Psicología: Perspectivas clínicas y comunitarias actuales: que florezcan enfoques y estrategias; compilado por Laura Pico. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación de Psicólogos del Gobierno de la CABA, 2025.

Archivo digital: descarga y online

ISSN 3125-3458

1. Psicología. 2. Salud Mental

Autoridades

Asociación de Psicólogos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Secretario General

Andrés Añón

Secretaria General Adjunta

Andrea Berra

Secretaria Gremial

Roxana Mascali

Secretario de Finanzas

Aldo Javier Pagliari

Secretaria de Organización y Asuntos Previsionales

Susana Alfonso

Secretaria Científica y de Cultura

Silvina Czerniecki

Secretario de Prensa

Oscar Cott

Secretaria de Asuntos Profesionales y Escalafón

Irma Zurita

Vocales Titulares

Mariela Miranda

Marina Pambukdjian

Florencia Tropeano

Vocales Suplentes

David Zapata

Silvia Sucharewicz

Irene Scherz

PUBLICACIÓN

DEPENDIENTE DE LA SECRETARÍA CIENTÍFICA Y DE CULTURA

Secretaría Científica y de Cultura

Silvina Czerniecki

Comité Editorial

Paula Boullosa

Alejandra Perafán

Laura Pico

Ana Rickert

Violeta Werner

Arte de portada

Josefine Miartartodini

@josefina_dinucci @turistaenbuenosaires

Diseño de tapa

Romina Malla, para Zulu Estudio

Diseño de contenido

Laura Pico

Presentación

Las Jornadas de Psicología APGCABA 2025 nacieron de una convicción que atraviesa el trabajo cotidiano de quienes ejercemos la psicología en el sistema público de salud, la producción clínica, la investigación, la intervención comunitaria y la reflexión ética constituyen dimensiones inseparables de una misma práctica comprometida con el derecho a la salud.

Bajo el título "Perspectivas clínicas y comunitarias actuales: que florezcan enfoques y estrategias", esta convocatoria propuso abrir un espacio de encuentro para compartir experiencias, debatir problemáticas emergentes y construir colectivamente herramientas que permitan responder a los desafíos que presentan las nuevas configuraciones del sufrimiento subjetivo y las transformaciones sociales de nuestro tiempo.

La práctica psicológica en el ámbito público se desarrolla hoy en escenarios de creciente complejidad. Las desigualdades sociales, la precarización de los vínculos, las nuevas formas de padecimiento, las violencias, los consumos problemáticos, las urgencias subjetivas y las consecuencias de las crisis económicas y culturales exigen dispositivos clínicos capaces de sostener intervenciones creativas, rigurosas y profundamente humanas. En ese contexto, la producción de conocimiento deja de ser un ejercicio exclusivamente académico para convertirse en una herramienta indispensable de trabajo.

Las Jornadas procuraron poner en valor esa producción cotidiana que muchas veces permanece invisibilizada. Cada presentación expresa horas de trabajo clínico, de elaboración teórica, de construcción interdisciplinaria y de compromiso con las personas y comunidades que integran el sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Al mismo tiempo, este encuentro reafirma una concepción de la salud mental que reconoce el carácter integral de los procesos de salud enfermedad, cuidados, promoviendo prácticas que articulan la clínica con la comunidad, la prevención con la asistencia, la investigación con la intervención y los derechos humanos con las políticas públicas.

Desde la Asociación de Psicólogos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires sostenemos que generar espacios de intercambio científico constituye también una forma de fortalecer el sistema público. Compartir experiencias permite revisar prácticas, construir nuevas preguntas, reconocer desafíos comunes y enriquecer el trabajo colectivo que diariamente realizan las y los profesionales en hospitales generales, hospitales especializados, centros de salud, dispositivos comunitarios y todos los ámbitos donde la psicología desarrolla su tarea.

La presente publicación reúne los trabajos presentados durante estas Jornadas como expresión de una comunidad profesional que continúa produciendo conocimiento desde la práctica, convencida de que el intercambio, la formación permanente y el pensamiento crítico son pilares fundamentales para sostener una atención de calidad y defender una salud pública accesible, interdisciplinaria y orientada por los derechos de la población.

Las producciones reunidas en este volumen representan mucho más que una recopilación de trabajos científicos. Constituyen el testimonio de una práctica profesional comprometida con la construcción cotidiana de respuestas frente a los desafíos que presenta la salud mental contemporánea.

Cada experiencia compartida da cuenta del valor del trabajo colectivo, del intercambio entre colegas y de la capacidad de los equipos para transformar las dificultades en nuevas formas de intervención, investigación y producción de conocimiento. En ellas se expresa también el compromiso de quienes sostienen diariamente

el sistema público de salud, aportando miradas críticas, creatividad clínica y una profunda responsabilidad ética.

Esperamos que esta publicación se convierta en una herramienta de consulta, reflexión e inspiración para quienes continúan construyendo una psicología pública comprometida con la comunidad, fortaleciendo los lazos entre la práctica asistencial, la formación continua y la investigación.

Desde APGCABA renovamos nuestro compromiso de seguir promoviendo espacios de encuentro, debate y producción científica que jerarquicen el ejercicio profesional, fortalezcan la identidad de la psicología en el ámbito público y contribuyan al desarrollo de políticas de salud mental basadas en los derechos humanos, la equidad y la justicia social.

Que estas páginas sean, entonces, un punto de llegada de las experiencias compartidas, pero también un punto de partida para nuevos interrogantes, nuevas investigaciones y nuevos encuentros. Porque es en la construcción colectiva del conocimiento donde la psicología encuentra una de sus mayores fortalezas y donde, efectivamente, continúan floreciendo enfoques y estrategias para acompañar las complejidades del presente y los desafíos del futuro.

Andrés Añon

Editorial

Con enorme alegría presentamos esta primera publicación, que reúne los trabajos desarrollados en las Jornadas APGCABA 2025. Este volumen representa un hito para nuestra institución, ya que inaugura un espacio destinado a la sistematización y difusión de las experiencias, las prácticas y las producciones de quienes, día a día, construyen salud mental en los diferentes ámbitos de intervención de la red del sistema público de salud.

La posibilidad de sistematizar nuestras prácticas constituye un paso fundamental en la consolidación de una cultura institucional comprometida con la producción de conocimiento. Entendemos que las intervenciones cotidianas no solo generan respuestas frente a las problemáticas que atraviesa la población, sino también saberes que deben ser recuperados, analizados, compartidos y puestos en diálogo con otros equipos y disciplinas. Escribir sobre nuestras experiencias implica otorgarles valor académico, científico y político, transformando la práctica en conocimiento y favoreciendo la construcción colectiva de nuevas herramientas para la intervención.

Esta primera publicación expresa nuestro compromiso con una concepción de la praxis como la articulación permanente entre teoría y práctica. No concebimos la práctica desvinculada de la reflexión, ni la teoría separada de la realidad concreta en la que intervenimos. Es precisamente en ese diálogo permanente donde se producen nuevos conocimientos, se revisan las intervenciones y se fortalecen las políticas públicas de salud mental.

Por ello, promovemos las jornadas como espacios privilegiados de encuentro, intercambio y construcción colectiva, donde los saberes pueden ser interrogados y enriquecidos a la luz de las prácticas. Estos dispositivos permiten analizar situaciones singulares, debatir alternativas de intervención, compartir experiencias y producir conocimiento situado, fortaleciendo el pensamiento crítico y el trabajo interdisciplinario.

En este devenir, las prácticas profesionales impulsan la búsqueda permanente de dispositivos que permitan ofrecer mejores respuestas a la compleja tarea que supone el trabajo en salud mental, en función de un posicionamiento teórico, ético y metodológico sólido. La producción y organización de saberes y prácticas constituyen procesos históricos y sociales que se configuran en contextos determinados; por ello, impulsar la investigación, la producción de conocimiento y la capacitación del recurso humano representa un desafío político de gran relevancia, en tanto expresa una clara intencionalidad transformadora de las prácticas de salud y de las instituciones donde estas se desarrollan.

En este marco, resulta central comprender el ejercicio profesional como una práctica que requiere formación permanente, reflexión crítica y actualización constante. La enseñanza de las prácticas nos impulsó a crear dispositivos formativos que pudieran ponerse en acción frente a la complejidad del campo de la salud mental, articulando teoría y práctica desde un enfoque comprometido con la realidad social y con las políticas públicas de salud.

Nuestro propósito es que esta iniciativa tenga continuidad y se convierta en un espacio editorial permanente, donde año tras año podamos reunir, compartir y debatir las producciones surgidas de las Jornadas APGCABA. Estamos convencidos de que la sistematización de las experiencias constituye una herramienta indispensable para fortalecer la formación, la investigación y la construcción de prácticas cada vez más reflexivas, éticas y comprometidas con las necesidades de la comunidad.

La ética en salud mental constituye el principio rector que orienta toda producción de conocimiento y toda intervención terapéutica. Entendemos la ética como una práctica de la alteridad, que reconoce al otro en su singularidad y sitúa el vínculo como condición indispensable para la comprensión y el cuidado. Desde esta perspectiva, el conocimiento no se construye de manera abstracta, sino en el encuentro con quienes requieren de nuestra intervención profesional, reafirmando el compromiso con una atención respetuosa de los derechos, la dignidad y la subjetividad de cada persona.

Presentamos este primer número con la satisfacción de saber que detrás de cada trabajo hay horas de estudio, de reflexión, de debate y de compromiso con la salud pública. Esperamos que esta publicación sea el inicio de un camino de crecimiento colectivo, que continúe promoviendo la producción de conocimiento, el intercambio entre profesionales y la consolidación de una salud mental pública sustentada en los principios de equidad, derechos humanos y calidad en la atención.

Silvina Czerniecki

Índice

Presentación.....	4
Editorial	6
Mesa de apertura	10
Traumatismo histórico, discursos de odio y lazo social: interpelaciones para una clínica situada en la coyuntura contemporánea.....	11
<i>Facundo Blestcher</i>	
Insistencia y repetición.....	15
<i>Fabiana Rousseaux</i>	
Abordaje comunitario:	19
Un enfoque grupal en atención primaria de la salud.....	20
<i>Julieta López</i>	
Del consumo callejero al alojamiento de un padeciente en situación de calle. Escollos y posibles líneas de intervención.....	24
<i>Jésica Daiana Quittner</i>	
La Salud Mental al límite	27
<i>Verónica Lorena del Bueno y Analía Palazzo</i>	
Prisiones y disposiciones: la clínica con un adolescente en atención primaria de la salud	29
<i>Gabriela Siri y Soledad Boveri</i>	
Nuevas formas de sufrimiento	34
Derivación en psicoanálisis: Cómo llevar a cabo una práctica ineludible para profesionales residentes de hospitales públicos	35
<i>Dana Bettinotti Alcoba</i>	
¿Desde la Singularidad o hacia ella? / ¿Dónde estaba Ella?.....	38
<i>Alejandra Paludi</i>	
Psicoanálisis y cuidados paliativos. ¿Qué lugar para el analista en la antesala de la muerte?	42
<i>Micaela Peralta</i>	
Psicología Clínica en Infancias y Adolescencias.....	44
Entre la urgencia y el cuidado: ¿adolescencias exiliadas?.....	45
<i>Ayelén Cibeira</i>	
La pluralidad de lo íntimo en las terapias grupales	48
<i>Silvina Galloro</i>	
Psicología clínica en el sistema público de Salud/Salud Mental: nuevas propuestas en el contexto actual ...	51
De Caravana al Museo: entre la expresión artística, la grupalidad y la clínica.....	52
<i>M. Soledad Boveri y Vanesa Mallo</i>	
Sobre un caso de toxicomanías y una forma de lazo posible, con la música.	55
<i>Débora Tejeda</i>	
Psicología Clínica en Interdisciplina.....	57
Nadie se salva solo; lo viejo funciona: prácticas de cuidado y externación asistida en salud mental	58
<i>Bárbara Goldstein y Valeria Fernández</i>	
Abordaje interdisciplinario en hipertensión pulmonar: evaluación psicológica y detección temprana de trastornos emocionales en un hospital general de agudos	61
<i>María Eugenia Morelli</i>	
Salud Mental Itinerante	63
<i>María Laura Ardalla, Carla Beatriz Baglivo, Vicente De Gemmis y Juan Pablo Mattarucco</i>	
Psicología Clínica y Salud Mental.....	67

Hacia un debate sobre la eutanasia en Salud Mental	68
<i>María Josefina Blanco y Dana Bettinotti Alcoba</i>	
<i>Siempre, en todo, medida por medida: la clínica frente a las disputas familiares judicializadas</i>	71
<i>Renata Cermelo, Paula Dachevsky y Laura Pico</i>	
Tu odio, mi salud: avance de los discursos de odio hacia las diversidades y minorías	75
<i>Joaquín Pérez Pravaz</i>	
Hacer par: el lugar del analista en la urgencia	78
<i>M. Josefina Blanco</i>	
Mesa de cierre	82
La cultura de la medicalización del malestar	83
<i>José Grandinetti</i>	
El lazo en cuestión: del Malestar en la Cultura a la Cultura del Malestar	86
<i>Gabriela Insua</i>	
PREMIOS JORNADAS 2025	89
Autoras/es	90

01

SECCIÓN

Mesa de apertura



PH: @josefina_dinucci

Traumatismo histórico, discursos de odio y lazo social: interpelaciones para una clínica situada en la coyuntura contemporánea

Facundo Blestcher

Porque todo lo que NO nos dan, todo lo que NO nos incluye, nos mata.
Ioshua

Los acontecimientos políticos recientes interpelan de manera insistente a quienes sostenemos prácticas clínicas, educativas y comunitarias comprometidas con la historicidad de los procesos subjetivos. La magnitud del deterioro de las condiciones materiales de vida, la erosión de los mecanismos de protección social y el recrudecimiento de múltiples formas de violencia institucional configuran un escenario cuya comprensión desafía nuestras categorías y marcos de comprensión. Asistimos a una coyuntura signada por la precarización generalizada, el debilitamiento de las políticas públicas y la desarticulación progresiva de dispositivos destinados a garantizar derechos básicos, especialmente para los sectores históricamente vulnerabilizados.

Niños, personas mayores, trabajadores precarizados, personas con discapacidad y colectivos sexogenéricos disidentes ocupan una posición particularmente expuesta en el marco de políticas caracterizadas por despidos masivos, desfinanciamiento de áreas estratégicas del Estado, debilitamiento de programas sanitarios y educativos, así como por el cuestionamiento sistemático de las conquistas alcanzadas en materia de derechos humanos y reconocimiento de las diversidades.

En esta verdadera encrucijada, resulta imprescindible interrogar las formas en que las transformaciones históricas en curso inciden sobre las subjetividades, evitando tanto el reduccionismo psicologista como aquellas aproximaciones que desconocen la especificidad de los procesos psíquicos. La experiencia clínica muestra de manera creciente padecimientos en los que se articulan, de forma compleja, los conflictos intrapsíquicos y las condiciones materiales de existencia.

Historicidad, trauma y subjetividades

El psicoanálisis dispone de herramientas particularmente fecundas para pensar los efectos subjetivos de las crisis sociales. Sin embargo, ello exige abandonar toda ilusión de neutralidad frente a procesos históricos que afectan tanto a quienes consultan como a quienes intervenimos profesionalmente. En este punto continúa siendo vigente la advertencia formulada por Marie Langer cuando afirmaba que:

la realidad social se filtra, en el proceso analítico, a través del discurso del paciente, pero también a través de las interpretaciones, lo quiera o no el analista. Su “neutralidad” no existe, porque nadie puede ser realmente neutral: eso es una ficción (Langer, citada por Sinay, 2008, p. 125).

Desde esta perspectiva, la clínica no puede constituirse como un espacio aislado de las condiciones históricas de producción del sufrimiento. Antes bien, debe reconocer que las subjetividades se constituyen en una trama social determinada y que las conmociones colectivas producen afectaciones específicas sobre el psiquismo. Silvia Bleichmar propuso comprender estos procesos a partir de un aparato psíquico abierto a lo real y sometido a la metábola y al *après-coup*. En sus palabras:

El psiquismo tiene un entramado simbólico que permite o no el ingreso de ciertas significaciones, sobre todo, de aquellas que lo pueden poner en riesgo. El impacto que produce en él lo absolutamente desconocido y amenazante es del orden de lo que no encuentra entramado simbólico (2011, p. 410).

El contexto actual se caracteriza precisamente por la emergencia de experiencias difíciles de metabolizar simbólicamente. La creciente precarización de la vida, la percepción de una pérdida de horizontes futuros, el debilitamiento de las instituciones democráticas, la ampliación de las desigualdades y la amenaza cada vez

más palpable de múltiples formas de colapso producen un escenario de incertidumbre que erosiona los soportes identificadorios. Nos encontramos ante un conjunto de transformaciones cuya magnitud excede las capacidades habituales de representación y elaboración subjetiva.

La crueldad avanza... Fernando Ulloa desarrolló una conceptualización particularmente valiosa para pensar las formas contemporáneas de violencia política. Lejos de restringirse a hechos excepcionales, la crueldad constituye una tecnología social sostenida por múltiples engranajes institucionales y simbólicos: “El paradigma del dispositivo de la crueldad es la mesa de torturas, pero el accionar cruel no está acotado solamente al ámbito puntual del tormento, sino que debe estar sostenido por círculos concéntricos, logísticos, políticos...” (Ulloa, 1999, p- 1-2).

La noción de “encerrona trágica” permite comprender situaciones en las que desaparecen las mediaciones institucionales capaces de limitar el ejercicio arbitrario del poder. Allí la víctima queda enfrentada directamente con quien ejerce la violencia, sin la posibilidad de apelar a un tercero garante de legalidad.

La actualidad muestra numerosos indicios de este proceso. La degradación de la ética del semejante, la hostilización cotidiana y la hiperfragmentación de los vínculos colectivos favorecen la naturalización de prácticas excluyentes que convierten a determinados grupos sociales en destinatarios privilegiados del rechazo y la agresión.

En este punto resulta pertinente recordar otra observación de Bleichmar: “(...) la indiferencia hacia el otro es una forma del mal. El desauxilio es una forma de la maldad” (2011, p. 112). Más que el odio manifiesto, muchas veces es la indiferencia social la que habilita el despliegue de las formas más destructivas de crueldad.

Antigénero, moral neoconservadora y reacción patriarcal

Uno de los rasgos más significativos de los tiempos que habitamos reside en la centralidad adquirida por los discursos antigénero. Diversos actores políticos y mediáticos han convertido las demandas feministas y las luchas de las disidencias sexuales en un objetivo privilegiado de sus intervenciones públicas. Como ha señalado Judith Butler: “En distintas partes del mundo, el género no solo se presenta como una amenaza para la infancia, la seguridad o el matrimonio heterosexual y la familia normativa, sino también como un complot de las élites para imponer sus valores culturales a la ‘gente común’” (2024, p. 13).

La potencia de esta construcción discursiva radica en ofrecer una localización relativamente simple para angustias cuya génesis resulta mucho más compleja. Allí donde las transformaciones del capitalismo contemporáneo producen incertidumbres difíciles de representar, el género aparece como una explicación disponible, inmediata y emocionalmente eficaz. El malestar derivado de procesos económicos, sociales y políticos es desplazado hacia una alteridad visible sobre la cual puede depositarse la causa de aquello que se experimenta como pérdida.

Desde esta perspectiva, la ofensiva antigénero no constituye únicamente una controversia moral o cultural. Funciona como una operación psíquica y política de traducción del traumatismo histórico. Lo que resulta impensable o intolerable en relación con las mutaciones estructurales del capitalismo tecnoneoliberal encuentra una apariencia de inteligibilidad a través de la identificación de enemigos concretos: feministas, personas trans, activismos LGBTIQ+, migrantes o cualquier figura capaz de encarnar fantasmáticamente la amenaza.

El rechazo a las sexualidades y géneros no normativos no puede comprenderse únicamente como desacuerdo ideológico. En muchos casos se encuentra sostenido por dinámicas afectivas que remiten a mecanismos profundos de producción subjetiva. No alcanza con afirmar que determinados sectores han sido persuadidos por una narrativa conservadora; resulta necesario comprender qué condiciones subjetivas vuelven disponible esa interpelación y por qué ciertos discursos adquieren la capacidad de organizar el malestar contemporáneo.

Freud describió una lógica narcisista mediante la cual aquello percibido como fuente de *displacer* es expulsado hacia el exterior y transformado en peligro. Según expresa en *Pulsiones y destinos de pulsión*: “El mundo exterior se le descompone en una parte de placer que él se ha incorporado y en un resto que le es ajeno. Y del propio yo ha segregado un componente que arroja al mundo exterior y siente como hostil” (1990 [1915], p. 130-131).

Allí, el sujeto expulsa fuera de sí todo aquello que genera *displacer*, constituyendo un exterior amenazante que debe ser combatido. El odio reaccionario no surge simplemente de la diferencia; se alimenta de la necesidad de localizar en otro aquello que desorganiza la propia consistencia identificatoria. El otro aparece así transformado en figura amenazante cuya eliminación imaginaria prometería restaurar una ilusoria integridad perdida. Judith Butler (2025) ha señalado que aquello que se intenta expulsar retorna persistentemente como fuente de inquietud, revelando el carácter fantasmático de estas operaciones defensivas.

Enzo Traverso (2018) propone el concepto de “posfascismo” para designar formaciones políticas que retoman elementos del fascismo clásico sin reproducirlo mecánicamente. Se trata de fenómenos caracterizados por una gran plasticidad ideológica, capaces de combinar neoliberalismo, nacionalismo, autoritarismo, imaginarios democráticos y tecnologías contemporáneas de comunicación.

Su aporte permite comprender que los actuales discursos reaccionarios no constituyen una anomalía externa al orden democrático liberal, sino una de sus posibles mutaciones históricas. El posfascismo emerge desde el interior mismo de la crisis de las democracias contemporáneas y se alimenta de sus contradicciones. No propone necesariamente la abolición de las instituciones democráticas; procura colonizarlas desde una racionalidad crecientemente autoritaria. Por tanto, este neofascismo se figura como la “fase dura del neoliberalismo decadente” (Sztulwark, 2024, 2025).

Desde esta perspectiva, las campañas contra las disidencias sexuales y de género no constituyen una mera guerra cultural. Forman parte de un proyecto de reorganización material de la sociedad. La restauración patriarcal aparece indisociable de nuevas modalidades de apropiación de riqueza, disciplinamiento social y destrucción de derechos colectivos. El antifeminismo no opera únicamente como una reacción simbólica frente a los avances de las luchas emancipatorias; funciona también como condición para la profundización de políticas económicas excluyentes.

Subjetividades disidentes y resistencia

El avance de las derechas radicalizadas no se restringe a una reacción moral ni a una estrategia económica. Se trata de una articulación entre traumatismo histórico, crisis de los dispositivos de simbolización, mutaciones del capitalismo neoliberal y producción política de enemigos. Las angustias generadas por una transformación social profunda son capturadas mediante narrativas que ofrecen objetos concretos para el odio; esas narrativas son movilizadas por proyectos políticos posfascistas que encuentran en la restauración patriarcal y en la persecución de las disidencias un instrumento privilegiado de legitimación y gobierno.

De este modo, el género deviene mucho más que un tema de debate público. Se convierte en una superficie de inscripción de los conflictos más profundos de la época. Lo que se disputa en torno suyo no es solamente el reconocimiento de determinadas identidades o prácticas sexuales, sino la posibilidad misma de sostener formas democráticas de convivencia basadas en el reconocimiento de la alteridad. Cuando la diferencia deja de ser concebida como condición de lo común y pasa a constituirse en amenaza existencial, el odio deja de ser un afecto contingente para transformarse en principio organizador de la vida social.

Este esquema permite releer de otra manera el presente. El neoliberalismo contemporáneo no solamente modifica las relaciones de producción, las estructuras institucionales o las condiciones materiales de existencia; interviene también sobre los marcos de inteligibilidad mediante los cuales los sujetos organizan sus experiencias. La aceleración temporal, la precarización permanente, la volatilización de las trayectorias vitales, la erosión de las identificaciones colectivas y la percepción de un futuro crecientemente amenazante producen

una conmoción que excede la dimensión económica. Lo que entra en crisis son también las coordenadas significantes que permitían situar al sujeto en relación consigo mismo, con los otros y con el mundo.

Lo que aparece amenazado por las disidencias sexuales y de género no es un orden natural inexistente, sino la fantasía de estabilidad que sostenía ciertos modos de organización del poder. Precisamente por ello la reacción adquiere una tonalidad tan intensa: porque no combate únicamente identidades o reivindicaciones específicas, sino la evidencia de que los fundamentos sobre los cuales descansaban determinadas jerarquías históricas han dejado de poseer la consistencia que pretendían tener.

Sin embargo, el escenario contemporáneo no se reduce al avance de proyectos reaccionarios. Allí donde se pretende imponer una normatividad rígida también emergen experiencias que cuestionan sus fundamentos. Las trayectorias sexuales, de género y eróticas disidentes constituyen formas de existencia que desbordan las clasificaciones binarias y ponen en evidencia la historicidad de todo orden identitario. En este sentido, los intentos por restaurar un modelo único de subjetivación se enfrentan continuamente con prácticas, deseos y modalidades de vida que resisten toda clausura normativa.

Las políticas del odio encuentran precisamente allí uno de sus principales límites. Cuanto más intensamente procuran fijar identidades supuestamente esenciales y restaurar jerarquías tradicionales, más visible se vuelve la multiplicidad de modos posibles de habitar el género, el deseo y los vínculos.

Desde una perspectiva clínica y ético-política, el desafío consiste entonces en sostener espacios capaces de alojar esa diversidad, contribuir a la simbolización de los traumatismos colectivos y reconstruir aquellas mediaciones sociales que hacen posible la vida en común. En tiempos de restauraciones autoritarias, acompañar la producción de nuevas formas de existencia quizás constituya una de las tareas más urgentes para quienes pensamos las subjetividades en el horizonte de una praxis situada y transformadora.

Referencias bibliográficas

Bleichmar, S. (2011). *La construcción del sujeto ético*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2024). *¿Quién teme al género?* Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2025). *Palabras que hieren. Sobre el discurso de odio y la política de lo performativo*. Barcelona: Paidós.

Freud, S. (1990 [1915]). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras completas*, vol. XIV, Buenos Aires: Amorrortu.

Sztulwark, D. (2024). A un año de gobierno de Milei, *Lobo Suelto!* Recuperado de: <https://lobosuelto.com/a-un-ano-de-gobierno-de-milei-diego-sztulwark/>

Sztulwark, D. (2025). ¿Qué pasó? ¿Qué hacer?, *La Tecl@ Eñe*. Recuperado de: <https://lateclanerevista.com/que-paso-que-hacer-por-diego-sztulwark/>

Traverso, E. (2018). *Las nuevas caras de la derecha*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Ulloa, F. (1999). *Sociedad y crueldad*. Seminario Internacional “La escuela media hoy. Desafíos, debates, perspectivas”. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación. Recuperado de: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL002016.pdf>

*“Todo va, todo retorna, la rueda de la existencia gira eternamente.
Todo muere, todo florece de nuevo... Todo se quiebra, todo se reúne de nuevo;
eternamente se edifica el mismo edificio de existencias”,
nos dice Nietzsche en Así habló Zaratustra*

Florece en el arrasamiento es una apuesta que solo se sostiene en un deseo de insistencia. Una insistencia hecha de lo irremediable que conlleva la insistencia en ex-sistir. Ex-sistir a sabiendas de la confrontación con la pulsión de muerte, con el más allá del principio del placer, con el malestar en la cultura, con la repetición, con lo mortífero. Insistencia y repetición son entonces palabras contrapuestas. Mientras que la repetición queda del lado de la compulsión, de lo que retorna, suelto, sin anudarse a una significación que pueda abrir de entrada el campo simbólico a nuevas inscripciones; en la insistencia nos encontramos con el fundamento de un deseo. Lo que se repite no es tanto el contenido, sino el retorno en sí mismo, es lo traumático nos dice Freud, sin embargo, también nos advierte que ahí en la repetición, puede anidar lo distinto.

Tenemos que admitir que los cabos están sueltos y se tratará de realizar distintos anudamientos para instituir nuevas prácticas, tratando de articular lo que se repite con nuestra insistencia.

¿Por qué decimos que los cabos están sueltos? Lo humano real sin velo, desenlazado de todos los frenos, suelto de todo lazo, parece haberse hecho presente en este momento histórico. Lo humano mismo es el nombre del colapso, de la segregación, del odio hoy. Y es allí donde creo que no se puede omitir la topología del retorno.

Todos/as estamos advertidos de que hemos tocado su núcleo duro. Desde sus orígenes el psicoanálisis se vio afectado por las consecuencias de la Gran guerra y del nazismo. Es decir que la transmisión del psicoanálisis se enlazó siempre a las contingencias de la historia. Y como rescata Vilma Cocoz en “Freud. Un despertar de la humanidad”, ya en 1955 Lacan da un discurso titulado “La cosa freudiana” donde dice que la inmensa desgarradura humana de la 2da guerra mundial no lograría ensordecir la fuerza del mensaje de Freud y lo dice así: *“Campanada de odio y tumulto de la discordia, sobre esos latidos nos llegó la voz de Freud... Qué ejercicio para formar espíritus, y qué mensaje para prestarle la propia voz”*

Traigo esto porque en la actualidad, algunos intelectuales piensan en la extinción de lo humano, y no en su exacerbación. Y desde allí, abandonan el barco: Rita Segato, plantea que no quiere pertenecer a esta especie genocida, “me defino como ex humana”, constituyendo al exhumanismo en una nueva categoría que apuesta un poco más allá del poshumanismo que ya venía haciéndose un lugar, como categoría que tienta cada vez más a algunos intelectuales. Franco Berardi con su llamado a desertar ante la extinción de lo humano, donde plantea algunas tesis sobre las razones de una deserción masiva. Judith Butler, que plantea que vivimos en un estado de muerte tanto lenta como repentina y describe cómo mucha gente que ve las masacres mundiales a través de las pantallas, se siente desesperada e impotenciada. Y advierte que una de las razones por las que no tienen esperanza es precisamente porque están mirando a través de los medios de comunicación, viviendo en el mundo transitorio de la indignación moral desesperada, carente de una perspectiva política diferente que requeriría tiempo y una forma valiente de aprender y nombrar, esto serviría para que podamos acompañar la indignación moral con una visión política envuelta en una ética distinta.

Hasta aquí estoy más de acuerdo con Butler. Lo que ocurre es que el sujeto de la filosofía y del psicoanálisis no son el mismo y lo que queda omitido en esas lecturas es que cuando nos aproximamos al nudo que Freud trae como novedad en su Más allá del principio del placer, que es el problema de la ferocidad de lo humano, donde la pulsión de muerte se plantea como ineliminable, indomesticable y actúa, nos pone de frente a un límite con el que hay que lidiar.

De hecho en la práctica analítica nos dedicamos a eso, a lidiar precisamente con ese imposible, con lo que se escapa del sentido de lo simbólico y donde vemos que el prójimo –bajo todas sus formas- no es un límite frente a la pulsión de destrucción, por el contrario, nos advierte Freud en 1930 en el Malestar en la cultura, “es una enorme tentación para satisfacer la agresión, de explotar su fuerza de trabajo sin resarcirlo, usarlo sexualmente sin su consentimiento, desposeerlo de su patrimonio, humillarlo, infligirle dolores, martirizarlo y asesinarlo”

Estas advertencias ya confirmaban que no hay nada de natural en amar al prójimo, sino, que más bien, ello debe funcionar como ley y prohibición, dado que la barbarie no se opone a la civilización, sino que hay que pensar la **barbarie en la civilización**.

El odio nace de la repulsa primitiva del yo propio que segrega un componente que arroja al mundo exterior por sentirlo como hostil, ¿de modo que lo más próximo del prójimo es “...ese núcleo de mí mismo que es el goce, al que no oso aproximarme?”, dirá Lacan en el Seminario 7, y afirma que el más grande amor acaba en odio. Es decir que el odio va junto con el amor; crea entonces el neologismo odioamoramiento, “hainamouration” para dar cuenta de una estructura de reversibilidad.

Pero vinimos a hablar de lo que florece, no quiero traer aquí solo esta mirada pesimista pero sí un sacudón para pensar las condiciones donde tenemos que lidiar con lo que florezca y qué salida podemos encontrar a esta metonimia nihilista sin fin en la que está subsumida el mundo.

La propia cultura construye campos de significaciones homogéneas para desmentir la fragmentación que la constituye y sobre todo para no admitir que también está constituida por eso que rechaza: el goce en el sufrimiento del otro.

Ejemplos y especímenes actuales tenemos varios, algunos muy preocupantes como La *manósfera*, una conglomeración de reacciones antifeministas, donde muchos jóvenes pasan un gran tiempo de sus vidas en foros, redes sociales o Youtube consumiendo material antifeminista de diverso tipo y calibre, con sus múltiples derivas antiinmigrantes, xenofóbicas, negacionistas. Muchas autoras y autores plantean que allí se gestan en la actualidad, algunas de las causas del voto juvenil -mayoritariamente- masculino hacia las ultraderechas.

Los *incels*, otra deriva actual que ha tomado visibilidad en los últimos años, donde los varones jóvenes consideran que existe una conspiración contra ellos, impulsada por las muchachas que no los eligen.

Las distintas tribus de *influencers* que ayudan a transitar todos estos tormentos de los varones jóvenes, a través de formas mercantilizadas y tecnocráticas de intercambio, donde las transacciones están incluidas en un mar de categorías establecidas a valores de mercado. Todo lo que sea necesario para no tener que vérselas con lo que no hay, porque por su parte, este sufrimiento en nada toca la sensibilidad que podría sobrevenir respecto de lo que Butler llama “vidas que no merecen ser lloradas” o podríamos decir, de aquellas vidas que no merecen ser vividas frente a las que sí. Nadie quiere identificarse con el resto. Se rechaza ese resto. Nadie quiere ser la víctima o todos queremos serlo, lo cual nos enfrenta con las dos caras de la misma moneda. El universo del exceso que conlleva lo víctima. El universo del exceso que impone lo dañado a secas, sin anudamientos de ningún tipo, donde sabemos que algunos retornos espectrales de ese universo, pueden ser muy mortíferos.

Lo hemos sabido por la propia experiencia local, en relación a la dictadura argentina donde los signos de estas fuertes advertencias freudianas se hicieron visibles, la segregación se jugó sin ningún límite, el goce de hacer cualquier cosa con el cuerpo del otro, fue la evidencia de esa crueldad. Y si hoy traigo el tema del retorno es también porque hablamos una lengua babélica, hecha por los restos de la lengua del régimen, extraída de los genocidios que hemos atravesado, y de lo que no es sencillo volver, ni desembarazarse tan rápido, porque eso requeriría una restricción, una privación que el planeta entero no parece dispuesto a transitar ni querer saber absolutamente nada. Para ello estaban los Estados, los organismos internacionales, los puntos de capitón que sostenían el nudo ético que funcionaba como espacio liminar ante los crímenes de los que somos capaces. No hay inhumanidad en ello, hay pura humanidad. Sólo en lo humano, en lo hablante hallamos la

pulsión de muerte que como bien sabemos es el reverso de la pulsión de vida, es decir no es otra cosa, funciona como 8 interior para nuestra existencia.

Ante todos estos avances del rechazo al otro, es imperiosa la pregunta que permita alojar a los sujetos que consultan por el padecimiento subjetivo en las instituciones del Estado, en una época donde desde el Estado se sostiene su propia destrucción, entonces vemos que el título de estas jornadas, requiere algunos rodeos importantes.

Hay muchos discursos que circulan por las instituciones hospitalarias, que se sostienen en diversas políticas, políticas del dolor, políticas de lo identitario, políticas del reforzamiento del síntoma, políticas del olvido, políticas de la compasión, del asistencialismo.

Pero ¿qué pasa cuando nos encontramos con la pura repetición, sin pregunta, sin irrupción de nada que haga equivocar un poco el sentido coagulado, sin invención y con arrasamiento subjetivo?

Para responder a esto, necesitamos mantener en reserva la distancia que habita el tiempo lógico del inconsciente y el tiempo cronológico de los acontecimientos sociales y políticos. Podríamos decir *No sin ellos, no solo con ellos*. Porque la escucha que podemos alojar es siempre desde la fractura de todos estos sintagmas.

La política también es la fractura. ¿Qué política entonces necesitamos para sostener una clínica que haga lugar a los sujetos que se reciben en una institución hospitalaria, en épocas de diversión en la destrucción estatal? En principio, dejarnos atravesar nosotros mismos por estas fracturas. Recordemos que los cabos están sueltos. Hay una dificultad en soportar inscribir alguna pérdida, tal como vemos también en las nuevas subjetividades que produce el anarco-capitalismo. Estamos en el desquicio, en el rechazo a todo lo que no sea un absoluto. Estamos ante un régimen totalitario de lo ilimitado que no admite ninguna pérdida, ninguna falla, aunque todo falle alrededor, aunque todo se pueda clonar para no asumir ningún duelo, o todo se pueda tener creándolo con la IA.

Para encontrar el punto de anclaje, no podemos renunciar a crear las condiciones de posibilidad para hacer efectivo el derecho al segundo tiempo del trauma, es decir a aquel que abre las vías a la interpretación, a la inscripción, a la subjetivación de “eso que sufre”. Podríamos decir “ahí donde *eso* sufre, el sujeto (político) debe advenir”. Pensemos si no es esa una traducción posible de la verdad que se revela ante nosotros en este contexto mundial.

De algún modo, Lacan rescata la primera página de *Psicología de las masas* donde Freud afirma que la psicología social es la psicología individual, señalando que lo que sucede en lo político tiene que ver con la subjetividad de los seres hablantes. Que son campos inseparables. Esto hay que recordarlo.

La victimización a la que el régimen neoliberal arroja a los sujetos, destruyendo las existencias sexuadas, hablantes y mortales no nos puede empujar a des-responsabilizar a los sujetos que hablan. Lo que sabemos, es que tanto Freud, como Lacan y como otros muchos autores (por ej Primo Levi) abren las vías para ubicar la responsabilidad subjetiva como último reducto de libertad, no la libertad de hacer lo que se me pasa por la cabeza, aunque así destruya al otro, como estamos viviendo en esta época cruenta y atemorizante, sino la libertad de asentir o no sobre los propios actos. La dignidad de poder tomar la palabra en nombre propio, y encontrarse con sus consecuencias, siempre incalculadas.

Digamos que a partir del momento en que un acontecimiento traumático empuja a alguien a esa posición de víctima, ésta comienza a ser hablada por las instituciones. Acá tenemos una gran orientación freudiana, cuando dice que el sujeto tiene que responsabilizarse aún de lo que no sabe de sí. Soportar el entre-dos del Sujeto que habla y la víctima que solo puede ser hablada es una gran apuesta política, clínica y ética que puede orientarnos ante la imposibilidad arrasante que proponen las necropolíticas masivizadas en nuestra sociedad. Allí, puede ser la transferencia institucional la que se convierta en el lugar que hace de “colchón”, de frontera, para soportar fracturar ese nombre.

Las instituciones suelen apuntar a una salida generalizable que cancela las vías de lo subjetivo, y el problema de cancelar esas vías es lo que se anula con eso: el último reducto de emancipación que le asiste al sujeto. Estas advertencias están referidas a privarnos de la tentación de responder desde las certezas institucionales y alojar lo insoportable para cada quien en un sitio “a descifrar”.

Tomemos el ejemplo de la Ley Salud Mental cuando precisamente restituye la fuerza de la capacidad jurídica como condición dignificante de lo subjetivo y propone -en casos necesarios- una restricción acotada a los aspectos específicos con los cuáles un sujeto no puede lidiar del mismo modo que lidia con otras cuestiones de su vida, como una manera de singularizar lo que bajo el anterior paradigma, arrasaba con el Sujeto todo, empujándolo de lleno a la incapacidad en todos los ámbitos de su vida. Es decir, hubo que poner un marco a la tentación institucional y burocratizante de incapacitar a los sujetos en su responsabilidad frente a la ley, para ejercer una cancelación de todo lo que hace a su existencia. Hay una frase muy provocadora de Primo Levi, al ser liberado de Auschwitz, donde dice: “la desesperación se apropiaba de nosotros en el momento de la liberación de los campos, la desesperación de volver a ser hombres, es decir sujetos responsables”.

Levi plantea aquí algo importantísimo, dice que adentro de los campos de concentración la primera cuestión que es arrasada es la de ser sujetos responsables; ya nadie espera ni acepta que allí se piense, ni se hable, ni se diga nada; ya nadie tiene derecho ni siquiera a terminar con su vida por decisión propia, todo está bajo el dominio del dispositivo que ejerce la decisión sobre la vida y la muerte (sobre todo establece el empuje a hacer vivir bajo lo insoportable), y se anula todo lenguaje.

Entonces lo que atañe a la responsabilidad, va en contra de las categorías que ofrecen sus siglas en las instituciones, porque allí se rechaza el derecho al equívoco o la fractura.

Sintomatizar es la política. Y ese es uno de los grandes obstáculos de la época. Una época que se debate entre la no-política, como advierte el psicoanalista argentino Jorge Alemán, y el padecimiento insintomatizable, el rechazo a todo lo que implique una renuncia, es decir un lazo al Otro, es la operación central de la política actual que repetimos también nosotros/as casi sin advertirlo. ¿Qué otro destino para el dolor, para el padecimiento? Insistamos en estas preguntas. Es el único modo de quedar del lado de la ética y corrernos de la moral de las identificaciones vacías. Los cabos están sueltos.

02

SECCIÓN

Abordaje comunitario: nadie se salva solo; lo viejo funciona



PH: @josefina_dinucci

Introducción

A lo largo de la historia, los seres humanos han debido enfrentarse a amenazas de diverso orden, desde peligros físicos, conflictos sociales y económicos, desarrollando mecanismos de respuesta adaptativos. La ansiedad es un sistema complejo de respuestas conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas que se activa ante la anticipación de situaciones percibidas como imprevisibles, incontrolables o potencialmente amenazantes para el individuo (Clark & Beck, 2010). A diferencia del miedo, que constituye una respuesta neurofisiológica automática ante una amenaza inminente y concreta, la ansiedad se relaciona con la anticipación de eventos futuros y escenarios inciertos (Barlow, 2002; Clark & Beck, 2010). Cuando este mecanismo se vuelve desproporcionado, persistente e interfiere significativamente con el funcionamiento cotidiano, puede dar lugar a trastornos de ansiedad (American Psychiatric Association, 2022). En la actualidad, los trastornos de ansiedad constituyen los problemas de salud mental más frecuentes a nivel global. Según estimaciones recientes, en 2021 afectaron aproximadamente a 359 millones de personas en todo el mundo, con una mayor prevalencia en mujeres y un inicio frecuente durante la infancia y la adolescencia (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2023). En Argentina, la prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad en la población general alcanza el 16,4% (Stagnaro et al., 2018).

La terapia cognitivo-conductual (TCC), consolidada como enfoque clínico a partir de la década de 1970, ha demostrado ser uno de los tratamientos de primera elección para los trastornos de ansiedad, respaldada por una amplia base de evidencia empírica (Butler et al., 2006; Hofmann et al., 2012; NICE, 2020). Entre sus características distintivas se destacan la focalización en objetivos terapéuticos específicos, la participación activa tanto del terapeuta como del paciente, la utilización de técnicas estructuradas, la asignación de tareas entre sesiones para favorecer la generalización de los aprendizajes y la reestructuración cognitiva como uno de sus principales mecanismos de cambio (Beck, 2011).

La adaptación de la TCC al formato grupal amplía sus potencialidades clínicas. Los participantes no solo acceden a contenidos psicoeducativos y herramientas terapéuticas, sino que también se benefician de la interacción entre pares, el aprendizaje vicario, el desarrollo de habilidades sociales y la normalización de experiencias compartidas (Yalom & Leszcz, 2020). Los grupos pueden organizarse en distintas modalidades según su estructura (abiertos, cerrados o semiabiertos), sus objetivos (de apoyo, psicoeducativos, de orientación o terapéuticos) y los criterios de inclusión establecidos. Asimismo, la confidencialidad y el establecimiento de normas explícitas constituyen condiciones fundamentales para sostener un adecuado encuadre terapéutico.

La Atención Primaria de la Salud (APS) se posiciona como el primer nivel de contacto de las personas con el sistema sanitario y representa un ámbito privilegiado para la detección temprana, la prevención y la intervención oportuna en salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2022). En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) constituyen dispositivos esenciales dentro de la red de APS, promoviendo un modelo de atención descentralizado, accesible e integral.

En el caso del Taller de Ansiedad del CESAC N° 21, es un dispositivo grupal de carácter semiabierto que funciona como espacio complementario al tratamiento psicoterapéutico individual. Su extensión es de nueve encuentros encontrando en cada uno contenidos específicos, estrategias que apuntan a generar disonancia cognitiva y tareas entre sesiones. Sus objetivos centrales son:

- Generar un espacio de intercambio y contención para pacientes con distintos trastornos de ansiedad

- Psicoeducar sobre las características, síntomas y factores de mantenimiento de los trastornos de ansiedad
- Incorporar herramientas terapéuticas concretas basadas en la TCC
- Incrementar las capacidades de afrontamiento de los participantes

Pueden participar del taller personas mayores de 18 años con diagnóstico de trastorno de ansiedad que se encuentren en tratamiento individual en el mismo CESAC. Los encuentros tienen una duración de una hora y frecuencia semanal. El formato es de ingreso flexible: los pacientes pueden incorporarse en cualquier momento del taller, debiendo completar la totalidad de 9 sesiones grupales. Cada una de ellas, sigue una estructura fija: revisión de la tarea del encuentro anterior, desarrollo del contenido, aplicación de estrategias específicas en búsqueda de disonancia cognitiva y presentación de la tarea para el próximo encuentro. Los encuentros se realizan en el SUM del CESAC, con los participantes dispuestos en ronda.

Los contenidos de las sesiones fueron diseñados específicamente teniendo en cuenta la demanda de los usuarios y con el aporte continuo de las residencias rotantes en el efector y la validez interna de los mismos. En un primer encuentro se trabaja sobre la distinción conceptual entre miedo y ansiedad a través de una lluvia de ideas, se identifican síntomas cognitivos, emocionales y conductuales, y se explica el mecanismo de activación autonómica. Como actividad experiencial, se expone a los participantes a un estímulo sonoro repentino para que vivencien en primera persona la respuesta del sistema nervioso autónomo, mostrando la universalidad de la ansiedad en el ser humano. Se utiliza una cuadrícula de síntomas para que cada participante identifique y registre sus propias experiencias. Se otorga como tarea registro de las mismas.

Tomando el trabajo realizado en el encuentro anterior y poniendo en común la tarea realizada entre sesiones, en un segundo encuentro se aborda cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan los usuarios y consecuentemente con esto se identifican los factores de mantenimiento de la ansiedad. Se aborda el rol de la evitación como modo de afrontamiento, para lo cual se utilizan casos clínicos inventados como estrategia didáctica con los cuales pueden empatizar y reconocerse. Se promueve el debate grupal y la identificación de estrategias propias de evitación.

En la tercera sesión, se practican técnicas de respiración diafragmática, complementariamente, se realiza un ejercicio guiado de relajación progresiva muscular (18 minutos). Los participantes reciben material impreso con los pasos de la técnica para practicar en casa como modo de conocer técnicas a utilizar de modo diario y no en momentos sintomáticos.

A través de un caso disparador (padres observando a su hijo en un acto escolar), en un cuarto encuentro se trabaja la tendencia al pensamiento catastrófico. Se realiza una actividad experiencial con lentes de celofán de distintos colores para ilustrar cómo los sesgos cognitivos condicionan la percepción de la realidad. En una quinta sesión se distingue las diferentes emociones. Mediante imágenes y una dramatización (un participante actúa diferentes estados emocionales sin previo aviso), se trabaja la identificación y el concepto de regulación emocional y se promueve la empatía con el otro. En estas dos últimas oportunidades se les solicita el reconocimiento de lo trabajado como tarea entre sesiones.

Otra problemática frecuente asociada a los trastornos de ansiedad son los trastornos del sueño para lo cual fue diseñada la sexta sesión. En la misma se abordan los diferentes tipos de insomnio (de conciliación, de mantenimiento y de despertar temprano), se brindan pautas concretas de higiene del sueño y estrategias de regulación. Los participantes llevan impreso un listado de 12 recomendaciones prácticas.

En el encuentro número seis se diseñó con el equipo de kinesiología del CESAC. Se explica el impacto de la actividad física, los tipos de ejercicio (aeróbico, de flexibilidad y de fuerza) y sus beneficios específicos para la ansiedad. Se finaliza con una práctica de ejercicios de tipo aeróbico y recreacional con el objetivo de establecer lo trabajado de modo experiencial. Se articula con otros dispositivos.

Algunos de los consultantes utilizan medicación, otros no se animan hacerlo, pero fundamentalmente todos sospechan de los efectos y usos. A partir de esto en el octavo encuentro se trabaja sobre mitos y

creencias frecuentes en torno al uso de psicofármacos ("la medicación solo la usan los locos", "me voy a medicar de por vida", "voy a ser adicto", entre otros), favoreciendo una comprensión crítica y desmitificadora de la farmacoterapia como herramienta complementaria.

A la vez, el vínculo de la ansiedad y la ingesta alimentaria como reguladora emocional está muy presente en las consultas tanto de nutrición como de psicología por lo cual articulamos un último encuentro con la residencia de nutrición donde se introduce la relación entre alimentación, regulación emocional y ansiedad. Se presentan grupos de alimentos y estrategias alimentarias y de regulación emocional.

Algunas conclusiones

A partir de la implementación del taller, se identificaron los siguientes resultados positivos:

- Los pacientes lograron identificar sus síntomas de ansiedad, sus características y desencadenantes.
- Se produjo una normalización de las vivencias asociadas a los trastornos de ansiedad, al reconocer situaciones similares en otros participantes.
- Se desarrollaron capacidades de exposición gradual y compromiso con las propias experiencias emocionales.
- El dispositivo grupal favoreció la interacción entre pares, el modelado y el desarrollo de habilidades sociales.
- El grupo funcionó como espacio de espera activa para aquellos pacientes en espera para tratamiento individual.

Entre los principales obstáculos registrados durante la implementación se señalan:

- Ausentismo y rotación de participantes, que afectan la cohesión grupal y la continuidad de los contenidos.
- Incumplimiento de las tareas asignadas entre encuentros.
- Dificultades en la comprensión y ejecución de algunas consignas.
- Dependencia del sostenimiento del espacio en un grupo reducido de participantes constantes.
- Dificultades en el seguimiento posterior al cierre del ciclo.

El Taller de Ansiedad del CESAC N° 21 constituye un ejemplo concreto de cómo es posible implementar intervenciones de salud mental en contextos de atención primaria, desde una perspectiva comunitaria e integral. El formato grupal, permite optimizar recursos humanos y físicos del sistema público, al tiempo que amplía el acceso a herramientas terapéuticas validadas para una población que frecuentemente enfrenta barreras para acceder a tratamiento individual. Los resultados cualitativos observados señalan beneficios concretos: normalización de las vivencias, incremento de recursos de afrontamiento y fortalecimiento de la dimensión social del proceso terapéutico. No obstante, las dificultades vinculadas al ausentismo y a la adherencia a las tareas entre encuentros constituyen aspectos a trabajar en futuras versiones del dispositivo. Este taller fue supervisado a lo largo de su implementación por referentes nacionales, psicoterapeutas con abordaje cognitivo conductual. Agradecemos la participación de Cecilia Tarruella, Marina Galarregui, Luz Scappatura, Pablo López, Florencia Koutsovitits como supervisores.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., et al. (2019). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del terapeuta y manual del paciente. Alianza Editorial.
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(6), 502-514.

- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010/2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica. Desclée de Brouwer.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Anxiety disorders (NICE Quality standard No. 53). <https://www.nice.org.uk/guidance/qs53>
- Stagnaro, J. C., Cía, A. H., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Medina Mora, M. E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. C. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en la población general de la República Argentina. Vertex, 29(138), 275–299.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Manual operativo del mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental. OPS.

Del consumo callejero al alojamiento de un padeciente en situación de calle. Escollos y posibles líneas de intervención

Jésica Daiana Quittner

Introducción

El presente trabajo aborda el caso de Miguel, un hombre en situación de calle con gran vulnerabilidad psico-bio-social y económica, cuyo recorrido por diversos dispositivos de salud mental y asistencia social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires expone las complejidades del abordaje integral de personas con patología dual. El caso se enmarca dentro de un equipo interdisciplinario de salud mental comunitaria y territorial perteneciente al Ministerio de Salud del GCABA, orientado al acompañamiento de personas en situación de calle con trastorno mental severo y consumo problemático de sustancias.

Desde su ingreso a la red de atención en noviembre de 2022, se realizó un seguimiento continuo que incluyó múltiples intentos de inclusión en dispositivos de alojamiento, hospitales, comunidades terapéuticas y espacios de tratamiento ambulatorio. La trayectoria estuvo marcada por recaídas, descompensaciones clínicas, dificultades para sostener tratamientos e internaciones involuntarias.

El caso permite reflexionar sobre los efectos del consumo crónico de alcohol en personas atravesadas por duelos significativos, deterioro funcional y ruptura de la red socio-familiar, así como también sobre las dificultades estructurales que enfrentan los dispositivos públicos para construir estrategias de atención sostenidas en el tiempo. A su vez, evidencia la importancia del trabajo interdisciplinario y en red para la restitución de derechos y la construcción de abordajes integrales, tal como establece la Ley Nacional de Salud Mental.

Marcos normativos y perspectiva de derechos

En diciembre de 2010 se sancionó en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la Ley 3706 de Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y en Riesgo a la Situación de Calle. Dicha normativa establece la responsabilidad del Estado en la implementación de políticas públicas integrales vinculadas a salud, vivienda, trabajo, educación y asistencia social, promoviendo además el acceso prioritario a tratamientos para problemáticas de salud mental y consumo de sustancias.

A nivel nacional, la Ley 27654 sobre Personas en Situación de Calle y Familias sin Techo profundiza esta perspectiva, promoviendo políticas públicas destinadas a garantizar derechos básicos y acceso a dispositivos de inclusión social.

Asimismo, la Ley Nacional de Salud Mental 26657 incorpora las adicciones como parte integrante de las problemáticas de salud mental, garantizando a las personas con consumos problemáticos los mismos derechos y garantías en el acceso a la atención sanitaria.

Estas normativas introducen una perspectiva de derechos que permite pensar el acceso a la salud mental desde un enfoque integral, entendiendo que la salud no se limita exclusivamente a la atención clínica, sino también a las condiciones materiales y sociales de existencia. Sin embargo, en la práctica cotidiana persisten obstáculos vinculados a la fragmentación institucional, la estigmatización y las dificultades para sostener dispositivos de atención adecuados para personas con alta vulnerabilidad psicosocial.

En este sentido, experiencias internacionales como el modelo Housing First resultan relevantes. Surgido en Estados Unidos en los años noventa, propone que el acceso a la vivienda sea el punto de partida y no la meta final de un tratamiento. A diferencia de otros modelos, no exige abstinencia previa ni adherencia obligatoria a tratamientos para acceder a un alojamiento estable. Su objetivo principal es favorecer la inclusión social, la autonomía y la reducción de daños.

En consonancia con estas políticas, en la provincia de Buenos Aires comenzaron a desarrollarse propuestas de externación sustentable mediante casas convivenciales destinadas a personas externadas o en situación de calle con padecimientos de salud mental, promoviendo estrategias de integración comunitaria y restitución de derechos.

Caso clínico: Miguel

Miguel presenta antecedentes de consumo problemático de alcohol desde la adolescencia, situación de calle prolongada y diagnóstico de patología dual, particularmente esquizofrenia y polineuropatía periférica. Ingresó a la red de atención del GCABA en noviembre de 2022 tras ser encontrado en una situación de extrema vulnerabilidad psico-social y sanitaria.

Durante el seguimiento se realizaron múltiples intentos de inclusión en distintos dispositivos de tratamiento y alojamiento, entre ellos hospitales públicos, comunidades terapéuticas y programas específicos para consumos problemáticos. Sin embargo, las dificultades de adherencia, la desorganización conductual y las complicaciones clínicas asociadas al consumo obstaculizaron la continuidad de los tratamientos.

Freud (1930/1992) sostiene que las sustancias embriagadoras constituyen un recurso que permite sustraerse, de manera transitoria, al sufrimiento y a las exigencias de la realidad. Desde esta perspectiva, en muchas personas en situación de calle el consumo puede comprenderse como un intento de aliviar el padecimiento subjetivo y afrontar las condiciones extremas de exclusión social.

En el caso de Miguel, el consumo crónico produjo además un importante deterioro físico. La polineuropatía periférica limitó progresivamente su movilidad, requiriendo el uso de silla de ruedas o andador, elementos que muchas veces eran robados mientras dormía en la vía pública.

En una de las intervenciones orientadas a su ingreso en una comunidad terapéutica, Miguel presentó fenómenos alucinatorios e interpretaciones delirantes que motivaron la exclusión del dispositivo por considerar que presentaba una problemática “psiquiátrica”. Esta situación evidencia la persistente fragmentación entre los abordajes de salud mental y adicciones, a pesar de lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental.

Luego de múltiples intentos terapéuticos fallidos y frente al agravamiento de su situación clínica y social, el caso fue judicializado. En septiembre de 2023 Miguel fue internado por oficio judicial en un efector de salud de la red de hospitales de Caba, logrando una primera estabilización clínica. Posteriormente ingresó a una Comunidad Terapéutica, donde permaneció hasta septiembre de 2024.

Desde entonces continúa en seguimiento interdisciplinario a través de otro efector de salud de la Ciudad de Buenos Aires y otros dispositivos comunitarios, incluyendo internación involuntaria, acompañamiento terapéutico y articulación con programas territoriales.

Actualmente cuenta con Certificado Único de Discapacidad (CUD) y se encuentra en trámite su pensión por discapacidad. Asimismo, ha logrado avances significativos en su autonomía cotidiana, mejorando hábitos de higiene, alimentación y movilidad. También se produjo una reactivación del vínculo con su hijo de 12 años, con quien sostiene encuentros periódicos.

No obstante, persiste la necesidad de acompañamiento institucional, especialmente en relación con la administración de ingresos económicos y el riesgo de recaídas en situaciones emocionalmente críticas.

El rol del Acompañante Terapéutico

Uno de los recursos fundamentales en el proceso de Miguel fue la incorporación de un Acompañante Terapéutico (AT). La Ley Nacional de Salud Mental sostiene que los procesos de atención deben desarrollarse preferentemente por fuera de las instituciones monovalentes y orientarse hacia el fortalecimiento de los lazos sociales y comunitarios.

Referencias

- Freud, S. (1992). El malestar en la cultura. En J. L. Etcheverry (Trad.), Obras completas (Vol. 21). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1930).
- Ley N.º 26.657. (2010). Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Ley N.º 27.654. (2021). Ley de Situación de Calle y Familias sin Techo. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Ley N.º 3706. (2010). Ley de Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y en Riesgo a la Situación de Calle. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El sistema público de salud se encuentra bajo una demanda que no para de crecer. Saturación y colapso dan marco a un escenario de privaciones y excesos, tanto para quienes trabajamos en salud mental, con las características que conlleva en estos tiempos la crisis de lo público, como para quienes nos convocan en una demanda de tratamiento que no para de aumentar. Trastornos mentales y síntomas emocionales se doblegan ante la necesidad de medicación.

Recientemente renovada y muy publicitada en las redes por la gestión actual, la nueva guardia del hospital Moyano hereda los problemas de la anterior: A diario, la cantidad de pacientes que se recibe aumenta de manera exponencial.

Durante horas conviven en la sala de espera quienes “solo vienen por la medicación” y quienes concurren en busca de atención, alojamiento y escucha.

Opera la interdisciplina, pero ¿quién plantea el cuadro de situación?

La demanda de medicación y los tiempos de espera para conseguir el “bien preciado”, redobla el desgano en las pacientes y el padecimiento pasa a ser la queja por una demanda insatisfecha.

La pregunta por el sujeto que consulta nos abre camino para situar las coordenadas del motivo de quién y por qué consulta en esta suerte de acertijo, más allá de la obtención del comprimido.

Siempre repetimos que la guardia es para Urgencias. Pero cabe hacernos la pregunta, no naturalizarla y delimitarla: ¿Cuál es la urgencia? ¿De qué lado queda? ¿De aquel que trae el motivo de consulta o de quien lo aloja o lo prioriza? En ocasiones, de ambos lados del escritorio; quien padece tiene urgencia y quienes atendemos también. Cobra distintos matices, pero encuadra la misma frustración.

Largas horas de escucha, orientación, contención, explicación, y al final del día el sabor amargo de una sala de espera que todavía continúa desbordada. El sistema colapsado y la salud mental, al límite.

A este devenir inagotable se suman los representantes de la ley, el personal policial, tan presente en los pasillos que casi lo incorporamos a la interdisciplina: patrulleros, consignas, evaluaciones, solturas. El imperante es la prisa, el caos, el ruido, lo disruptivo que exige celeridad y respuesta.

¿Quién decide cuál es la urgencia? ¿La subjetiva? ¿La que determina el tiempo, la prisa? ¿La ambulancia que espera? ¿El paciente que sufre? ¿O la policía que presiona?

Si la salud mental colapsa, el deseo enfrenta sus límites y desaparece la energía. ¿Alguna perla por ahí? ¿Algo que nos convoque al lugar que queremos ocupar? El de la interpretación, la intervención, el secretario del alienado o como quieran llamarlo. Poder encauzar esa demanda aun en la urgencia, sin correr en la mecanización de una premura que pervierte el espacio hospitalario pretendiendo alcanzar máxima eficiencia con mínimo recurso.

Ello lleva a plantearnos ¿cómo funciona el hospital?

A ciencia cierta no se sabe con claridad cuáles son los motivos por los que una persona que ingresa por guardia de salud mental pasa al siguiente nivel. O sí, pero en ocasiones responde a la lógica productiva. El sujeto queda de lado ante la necesidad de desalojo. ¡Habilitemos el espacio para otra urgencia! Hacerse un lugar en salud mental cotiza en bolsa y en él circula el intercambio. La lógica capitalista toma pista y corre el acento del verdadero propósito llevándonos a responder a necesidades ajenas.

¡Que todo funcione mal pero que quede lindo! No solo cuenta como eslogan para la nueva guardia, sino para el sistema de agendas: ¡A completar se ha dicho! ¡Que no quede hueco! ¡La falta debe ser cubierta!

Y cuidado...porque si tú no eres capaz de cubrir tu propia falta, alguien con más poder que tú vendrá a cubrirla por ti. ¿Están pensando en el super agente 86? No, no: cambió su nombre por 147.

Y a todo esto... ¿El paciente? ¿Quién? El paciente, ese por quien estamos acá, aquel hacia quien dirigimos el arte de nuestra profesión. Porque si de algo sabemos es de arte... habilidad y destreza o el conjunto de ambas para arreglárnosla con lo que hay de sobrecarga laboral y burocracia y con lo que falta en presupuesto y reconocimiento profesional. Aun así, seguimos, nos encontramos e intercambiamos experiencias.

Como fue mencionado anteriormente, bajo la lógica de la productividad eficiente se maximiza el recurso. Si un paciente pasa de la guardia al siguiente nivel desde nuestro quehacer profesional pensamos en la estabilización y promoción de la rehabilitación psicosocial para facilitar la reinserción comunitaria. Pero en la práctica, esto representa todo un desafío que no se concreta.

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 se impulsó como práctica para la desinstitucionalización, pero sin que se generaran las suficientes alternativas para albergar a pacientes de un espacio que se considera restrictivo a uno comunitario en el que se alojen más posibilidades para vivir dignamente.

Dar altas compulsivamente como respuesta a la productividad y eficiencia reduciendo camas para alojar nuevos ingresos, no redundan en calidad de vida para quienes se trasladan del neuropsiquiátrico a un hogar, pero impacta en las estadísticas, recorte de un dato sin sujeto. Este que ya no está barrado, está borrado, pero borrado de la comunidad y de oportunidades que representan verdaderas alternativas a la internación.

No alcanza con cambiar el nombre a una institución para que suene más bonita, pues ello no representa una oportunidad digna.

Si hablamos de dignidad como la base de los derechos humanos no podemos dejar de nombrar un órgano fundamental de este cuerpo, el Ministerio Público de Defensa que a través del Órgano de Revisión presiona tanto más que un servicio lleno o una guardia colapsada. Otro garante de la ley flojito de papeles... La doble moral de ejercer presión y control en el descontrol exige producción estética, no causa ni motoriza, burocratiza en tecnicismos desgastantes cuando no obstaculiza.

Y como estos agentes podríamos citar tantos otros. En verdad si se trata de profundizar en circunstancias que convierten a nuestro trabajo en una especie de trinchera podríamos hacer circular mil experiencias. Algunas ya fueron expresadas y otras formarán parte de sucesivas presentaciones pues no dudamos que seguirán sumándose desafíos a nuestro quehacer profesional. Rescatamos la unión, la escucha y el compartir que no solo nos acerca, sino que en días como hoy nos hace más fuertes.

Prisiones y disposiciones: la clínica con un adolescente en atención primaria de la salud

Soledad Boveri y Gabriela Siri

Introducción

La clínica con adolescentes en atención primaria de la salud confronta al analista con lo inacabado de toda constitución subjetiva y exige dispositivos capaces de alojar el sufrimiento allí donde el Otro se presenta como intrusivo, carente o desamparado. A partir del recorrido de Tomás, un púber atravesado por el aislamiento y la dificultad de separarse de un Otro materno que lo retiene en el lugar de objeto, este trabajo reflexiona sobre el valor de las intervenciones clínicas e institucionales que, al introducir una terceridad, favorecen la emergencia del deseo y la apertura hacia nuevos lazos sociales. ¿De qué tipo de prácticas se trata cuando hay clínica en la atención primaria comunitaria? La temporalidad se flexibiliza, los instrumentos se reinventan y la escucha se despliega en territorios inesperados. La clínica con adolescentes en situación de vulnerabilidad confronta con lo inacabado de toda constitución subjetiva, allí donde el Otro deja restos, mandatos y carencias que las instituciones deben alojar.

Encuentro con Tomás

Tomás no se yergue. Gusta de arrojar al piso y quedarse allí, sentado o incluso acostado. Prefiere no usar los asientos que las situaciones sociales le ofrecen. A la escuela falta mucho y rinde apenas bien. Habiendo cumplido doce años, pasó al secundario con lo poco que pudo. No se relaciona demasiado con los otros: apenas bromas o juegos físicos, lo suficiente para mantenerse en pie sin exponerse.

Lo conocí en el taller de arte *Caravana* del centro de salud en el que trabajo. Cada vez que llega, elige el suelo, aunque todos estemos sentados en una mesa redonda. De sus producciones, su preferida es una máscara completamente negra, sin orificios, que le cubre toda la cabeza como un casco. Es cuidadoso en sus modales, pero su aseo personal es deficiente. A veces cuesta entender lo que dice: se enreda en las palabras.

Cierta vez decidió contarnos sobre objetos en ruinas, reliquias de «su museo hogareño» que habitan el fondo de su casa: utensilios rotos, adornos de otra época, yuyos que invaden los cuartos, maderas húmedas, habitaciones inaccesibles por muebles amontonados y un enorme árbol de palta que crece en medio de ese paisaje.

Un día comenzamos las entrevistas individuales a pedido de la escuela. Sin poder dar cuenta de por qué estaba ahí, solo pudo enunciar:

—Tengo problemas de memoria. Mañana no me voy a acordar de lo que hablamos hoy. No presto atención.

Tomás enumeraba y describía las cosas del mundo que lo rodeaban y lo impresionaban, pero estas existían allí como meras presencias acumuladas. No eran seleccionadas como objetos significativos para sí mismo: estaban mudas. Sin embargo, estas imágenes del mundo se convertían en parte de él, permitiendo la constitución de una imagen muy especial de sí mismo que ocultaba y, a la vez, mostraba el goce que lo animaba.

Puse como condición para nuestros encuentros una posición: debía sentarse en una silla. Aceptó, y ese asentimiento se replicó, sin decir nada, en otros lugares, hasta que nunca volvió a arrojar al piso. Los primeros encuentros fueron por elección de él, jugando al *Uno*. Después apareció el *Código Enigma*, su juego favorito.

La trama familiar

En simultáneo, conocí a Ana, su madre. Nuestro primer encuentro fue en la vereda del centro de salud; las escaleras del CeSAC no eran propicias para su silla de ruedas. Me contó que a Tomás no le iba bien en la escuela:

—Yo me peleé con la escuela porque dicen que no me responsabilizo de mis hijos. Tomás no aprendió mucho en la pandemia y no salieron de casa en todo ese tiempo.

Mucho más no pudo contar sobre su hijo, porque su relato se fugó hacia años atrás; ya no sobre Tomás, sino sobre Camila, su primera hija, producto de una violación. Nació con una enfermedad degenerativa que la condenó a problemas respiratorios y renales, pero, inexorablemente, con la condición de no tener piernas.

Mientras llevaba a la pequeña a sus tratamientos, Ana conoció a Néstor, padre de sus otros dos hijos. Se casaron y se fueron a vivir los tres a una casa antigua, colonial, de la familia de su marido. A los pocos años nacieron Pablo y, por último, Tomás. Ana padecía de diabetes y, cuando Tomás tenía unos pocos años, su pierna izquierda comenzó a necrosarse hasta que debieron amputársela. El mismo destino tuvo la derecha años después.

El vínculo con Néstor se fue evaporando con el tiempo hasta convertirse en simples convivientes que compartían la vivienda y la escasa economía. La casa antigua, llena de escalones, impedía tanto a Ana como a su hija moverse con sus sillas de ruedas. Habían resuelto sus traslados arrastrándose por el suelo. Ana se aferró a sus hijos como otro medio de transporte: les pedía que la llevaran o que se quedaran en casa por si venía alguien. Pero es Pablo, el hermano de Tomás, quien se ocupa principalmente de ellas: de su cuidado, de su higiene e incluso de las cuestiones más íntimas de la feminidad. Este sacrificio del hermano preservaba a Tomás.

Para Tomás, Néstor no lograba erguirse como una figura de «papá»: lo llamaba por su nombre de pila y lo reconocía como «el que está siempre en la computadora porque trabaja de eso». Era el único ingreso de ese hogar en el que había múltiples carencias.

Cuando Camila se fue de la casa, Tomás se quedó solo. Dormía mal, comía poco y se encerraba. Ese fue el comienzo de una nueva serie de entrevistas en las que empezó a relatar escenas que le causaban miedo y que vivía como amenazas de pérdida:

— Por la calle voy rápido, no freno hasta llegar a casa. Me pueden robar; a mi hermano le robaron varias veces

—y este relato se lo escucharé en más de una oportunidad.

—¿También si vas con amigos? —le pregunté.

—No voy a ningún lado, no salgo con amigos. Voy a la escuela, acá, y alguna vez a lo de mi hermana. Tengo que volver rápido a mi casa, no puedo dejar sola a mi mamá. Le puede pasar algo... Si no estamos ahí, se puede morir, porque ya le pasó que se cayó de la silla de ruedas, se golpeó y convulsionó.

Y ese «pasar algo» tomó la forma de distintos relatos siniestros en los que quedaba horrorizado, mirando desconcertado las escenas que protagonizaba su madre. Uno de esos recuerdos que lo llenaban de angustia fue el de una pelea con su padre, después de la cual su madre tomó el cordón del teléfono e intentó ahorcarse. Fue detenida por la intervención de su hermano.

La angustia ante la amenaza de pérdida del Otro materno se presentaba como inminente. Lo siniestro lo petrificaba; no podía imaginar posibilidades subjetivas frente al horror. Pero estas amenazas comenzaron a encontrar una forma de enunciarse en el encuentro con un otro. Intentamos pensar juntos qué le pasaba a su madre y qué estrategias podía ensayar él ante ciertas crisis.

—Nos dice, cuando se enoja, que va a matarse. No podemos dejar de hacer las cosas como ella dice.

La intervención del Otro institucional

Este imperativo del otro no deja lugar a su deseo. Un Amo que a la vez aprisiona, desamparándolo e impotentizándolo. Esto me involucraba a ver, oír e intervenir: por un lado, abriendo un espacio para que algo de esa palabra ajena pudiera devenir en relato propio, separándose del mandato; por el otro, mediante una intervención más contundente: un Otro Institucional.

Le propuse que un equipo territorial del CeSAC se acercara a visitarla para evaluar la situación de su madre, como una instancia previa a solicitar la intervención de una Defensoría en caso de ser necesario.

—Nadie entra a la casa. A mi mamá no le gusta —me dijo—. Solo sus abuelos maternos van cada tanto. Y así fue: hicieron falta dos años para que Ana permitiera que se abrieran las puertas.

Ese día pudimos acordar una entrevista con Ana a domicilio. Fuimos con la psicopedagoga que también trabajaba con Tomás. El encuentro fue en uno de los jardines de la casa y, cual Alicia con el Sombrero, nos invitó a tomar el té con dulces en el jardín. Ese armado de un espacio transicional, no formal, construyó un encuadre clínico que posibilitó el relato de Ana y nos presentó ese escenario tantas veces descrito por Tomás.

Ella sostenía que nada podía hacerse sin su presencia. Conversamos sobre la autonomía y sobre el cuidado, y aceptó nuevas visitas de un equipo territorial del CeSAC.

Para Tomás fue una alegría. La inclusión de otras disciplinas y dispositivos del CeSAC permitió la presencia de un Otro no intrusivo, sino sostén. Su madre reinició el tratamiento psicológico y él pudo empezar a invitar amigos a casa.

Nuevas inscripciones

En los últimos meses antes del cierre, me contó nuevamente del árbol de palta de su casa. Decidió, junto a su hermano, traer paltas para regalarnos. Como solía quejarse de la falta de dinero, le propuse que intentara venderlas al equipo de salud del CeSAC. Decide hacerlo y logra sus primeros ahorros.

Me cuenta que no puede hablarle a su madre sobre los ingresos porque debería entregárselos; ella no les permite guardar dinero. Decide, entonces, mantener el secreto. Se propone vender paltas cada año para ahorrar para sí mismo y empieza a pensar en su futuro laboral postsecundario.

Junto con la psicopedagoga, mejora notablemente en la escuela: ya no tiene dificultades ni vuelve a ausentarse. Logra hacer algunos amigos, con quienes a veces se ratea para ir al parque o faltar a gimnasia. Comienza a interesarse por las historias familiares: relatos delincuenciales de parientes, enigmas sobre el trabajo de su padre y «chismes» sobre la relación de su madre con sus abuelos. Me cuenta sobre las clases de historia en la escuela o me pide que le tome lección los días de prueba. Sus historias encuentran nuevos interlocutores, que devuelven y construyen con él memorias, aprendizajes y nuevas posibilidades de inscripción significativa.

Un día me cuenta que no tiene el DNI actualizado porque nadie lo acompaña a hacer los trámites. Investigamos cómo gestionarlo y me comunico con su madre; con el tiempo, lo consigue. Lo que más lo entusiasma es haber creado su firma personal por primera vez. Me muestra una especie de ideograma en el que no aparece su nombre ni su apellido. Le pregunto al respecto y responde:

—Es una persona pescando.

—¿Esa imagen te representa?

—Sí, porque es la imagen de la paciencia para conseguir las cosas.

Tomás se inscribe a sí mismo en el orden simbólico del mundo, en una escena singular que, aunque parezca pasiva o quieta, es activamente esperanzadora.

Consideraciones teórico-clínicas

Winnicott escribió: «El crecimiento no es una simple tendencia heredada, sino, además, un entrelazamiento de suma complejidad con el ambiente facilitador». Del mismo modo que el autor hablaba de la madre suficientemente buena —nunca perfecta—, el ambiente debe ser facilitador; esto es, ofrecer las condiciones para hacer posible que algo se estructure. ¿Qué ocurre cuando el ambiente que el Otro ofrece está lleno de desechos, de yuyos que invaden el interior borrando toda frontera entre el adentro y el afuera, o de lugares inaccesibles por la acumulación de objetos cual barricada? Objetos en ruinas, yuyos y humedades

se enredaban como su hablar, que confundía el orden de los términos o la pronunciación. Se presentaba un tiempo que no podía incluir secuencia: no había pasado, no había memoria, no había recuerdo que pudiera dar lugar a la narración, ni un cuerpo enlazado a los otros del mundo. Era un cuerpo arrojado al espacio, arrumbado como estaban esos objetos en ruinas de su casa y, a su vez, identificado con el modo en que habitaban dicho espacio su madre y su hermana.

Aquí, la analista introducirá el primer corte, la primera escansión, bajo la forma de una condición para comenzar a habitar el espacio del tratamiento individual: lo convoca a tomar una posición distinta al exigirle que se siente en una silla. Esta posición lo distingue, lo recorta y lo separa del cuerpo de su madre y de su hermana.

Se trataba de una madre sin piernas y sin puertas que se arrastra por el suelo y toma a sus hijos varones como medio de transporte y supervivencia. Por otro lado, un padre que no lograba erguirse como papá, que no podía sostener una posición viril en relación con su mujer ni ser interdictor del goce incestuoso de esta madre, la cual usaba a su hijo varón para su cuidado e higiene femenina.

Al comenzar el tratamiento, Tomás tiene 12 años; es un púber. La pubertad es el tiempo de una metamorfosis, de cambios de formas en relación con el cuerpo, donde se producen transformaciones físicas, hormonales y emocionales: la irrupción de un real que no se puede simbolizar. La adolescencia implica el desasimiento del amor parental para dar lugar a la elección de objeto exogámico; por eso, conlleva un trabajo de duelo de ambas partes, tanto del lado de los jóvenes como de los adultos responsables. En ambas direcciones se tiene que reinscribir la prohibición del incesto. Para lograr esta separación del Otro, se hace necesaria la alienación a los otros, sus pares, con quienes se comparten códigos de vestimenta, música, juegos y salidas.

Lejos estaba Tomás de comenzar dicha travesía con una madre que sostenía que «todo pasaba por su control y sus hijos no podían hacer nada sin ella». Tomás no salía con amigos ni se relacionaba con ellos, salvo lo estrictamente necesario para preservarse. Los amigos no podían entrar a su casa; nadie entraba a esa casa. Cuando su hermana Camila abandona el hogar familiar —porque si bien no contaba con piernas, pudo «hacer pie» para conseguir un trabajo—, Tomás se sintió solo. Quedó más solo que antes con esa madre, y su recurso para establecer distancia fue el sueño y el cansancio, que lo dejaban horas en la cama o jugando videojuegos en la computadora. Como en tantos adolescentes, la pantalla y el encierre en su cuarto operaron como un dique separador (a falta de reuniones y salidas con pares) de ese Otro que se le tornaba intrusivo. Sin embargo, a su vez, no podía dejar sola a su mamá porque, si lo hacía, ella podía morir, desaparecer, enloquecer e intentar ahorcarse. Se enfrentaba a una madre que no soporta separación alguna, que retiene a sus hijos en el lugar de objetos de goce (si no hacen lo que ella dice, amenaza con matarse) y a un padre que brilla por su ausencia.

Allí, la analista hace intervenir al Otro Institucional, la ley. Una ley que, como toda ley, es interdicción del incesto: «no podrás reintegrar tu producto». Esta terceridad introduce a otros en esa casa cerrada; un equipo territorial que, en tanto equipo interdisciplinario, porta la castración. No es un Otro que sabe: son varios otros en falta que remiten a la ley institucional. Y Ana no solo pudo (no sin dificultad) dejar entrar a esos otros, sino que logró armar una escena lúdica: los invitó a tomar el té con dulces en el jardín. A partir de ahí, pudo abrir varias puertas: otros sujetos que no eran los miembros de la familia pudieron atravesar los muros de esa «casa cárcel». Se abrió un espacio terapéutico para ella y puertas que dejaban entrar amigos para salir a jugar a la terraza. Ellos salen, otros entran. Se sale, se entra, se vuelve a salir para volver a entrar y volver a salir.

Para finalizar, es importante destacar ese árbol de palta, ese objeto vivo que desde un comienzo Tomás pone en su cuenta, aunque al principio sin poder hacer uso de sus frutos. Es un objeto vivo que en algún momento deja caer sus frutos, los cuales Tomás pudo —análisis mediante— ubicar como términos de una operación que le permitió restarse de su madre. Se resta como objeto porque, al poder sostener su secreto, se preserva como sujeto deseante.

Como bien se señala: «Comienza a interesarse por las historias familiares, (...) cuenta sobre las clases de historia (...) y sus historias encuentran nuevos interlocutores, que devuelven y construyen con él memorias y nuevas posibilidades de inscripción significantes». Otro tiempo asoma: un tiempo de lectura, de reescritura, donde la narración, la ficción y el futuro son, ahora, horizontes posibles para Tomás.

Referencias

- Freud, S. (1980). *Obras completas* (J. L. Etcheverry, Trad.). Amorrortu Editores. (Obra original publicada en fechas diversas) Amorrortu Editores
- Freud, S. (1993). Tres ensayos de teoría sexual. Las metamorfosis de la pubertad. En *Obras completas* (Vol. VII, pp. 113-143) Amorrortu Editores. Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1905) [1, 2]
- Freud, S. (2002). La novela familiar de los neuróticos. En *Obras completas* (Vol. IX, pp. 223-228). Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1909)
- Freud, S. (2002). Tótem y tabú. En *Obras completas* (Vol. XIII, pp. 1-163). Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1912-1913)
- Freud, S. (1995). Duelo y melancolía. En *Obras completas* (Vol. XIV, pp. 235-255). Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1917)
- Lacan, J. (1986). *El seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (1996). *El seminario 4: La relación de objeto*. Paidós.
- Lacan, J. (2008). *El seminario 20: Aun*. Paidós.
- Lacan, J. (2017). *El seminario 17: El reverso del psicoanálisis*. Paidós.
- Rodríguez, M. M. (2025). *Bitácora de una práctica psicoanalítica con niños y adolescentes*. Editorial Letra Viva. [1, 2]
- Winnicott, D. (1992). *Realidad y juego*. Editorial Gedisa.

03

SECCIÓN

Nuevas formas de sufrimiento



PH: @josefina_dinucci

Derivación en psicoanálisis: Cómo llevar a cabo una práctica ineludible para profesionales residentes de hospitales públicos

Bettinotti Alcoba, Dana

Introducción

La práctica psicoanalítica en el hospital público tiene muchas particularidades que la diferencian de la labor desempeñada en otros ámbitos. En particular, la residencia posee un tiempo de ejercicio limitado, por lo que los profesionales se encuentran con el imperativo de derivar pacientes al finalizar su ciclo, aún cuando esto no resulte de la decisión del usuario o del profesional. Al confrontarse con esta situación surge una pregunta: ¿a qué profesional derivar a cada paciente? De este modo, el problema de la elección del colega de destino introduce interrogantes por los criterios que orientan la praxis.

En la práctica habitual, la derivación de una persona que ya se encuentra en tratamiento puede llevarse a cabo cuando se trata de una solicitud de ésta, por indicación clínica del profesional o por el cese de la actividad de éste. Sin embargo, no sucede a menudo, poco se habla de esto y el material bibliográfico al respecto escasea. Las referencias teóricas que pueden encontrarse se enfocan en los primeros dos motivos, cuando existen obstáculos en la transferencia, cuando algo del curso del tratamiento se ve imposibilitado y no se encuentra otra resolución. En estos casos, se profundiza sobre la traba, se pone al analista en el banquillo, pero no se explica cómo continúa la situación. De hecho, la opacidad histórica sobre la derivación de un caso de neurosis infantil (el hombre de los lobos) a Ruth Mack Brunswick (Gardiner, 1976), ilustra el vacío teórico existente sobre la técnica de derivación.

Al aproximarse el fin de la práctica residencial, se puede optar por dar cierre al tramo analítico o derivar a la persona con otro colega. En este escenario surgen otros interrogantes; cómo, cuándo y a quién. El cómo, podría contestarse con el famoso axioma del caso a caso; el cuándo también responderá a las mismas coordenadas, aunque con las limitaciones que los márgenes institucionales permitan. A su vez, muchas veces no es posible elegir, pero cuando esto sí es una opción ¿a quién se le deriva? ¿Cómo elegir al profesional? Propongo un breve recorrido por conceptos que orienten a aproximar una respuesta.

Al comienzo, la transferencia

Al referirse a este fenómeno, Freud (1940 [1938]) señaló que el paciente ve en el analista una reedición de alguna persona de su infancia que ha sido relevante en su constitución psíquica. De este modo, transfiere al analista las reacciones y sentimientos que otrora correspondían a estos personajes fundamentales de su historia, confiriéndole un lugar de importancia que no es azaroso. Tiempo después, Lacan (1967) describirá un algoritmo que destaca la dimensión simbólica, asegurando que los análisis comienzan por el significante de la transferencia. Se trata del significante de la transferencia y no del analista, que puede ser cualquiera; “un analista es siempre un analista entre otros” (Miller, 2021 p.11). En relación con la persona del analista, “la preocupación por su actitud, su aspecto, su fachada, no es lo esencial. [...] Lo esencial es no volverse un obstáculo a la estructura interpretativa de la transferencia” (Miller, 2021 p.12). En dicho algoritmo, Lacan ubica el Sq, el cual indica que la transferencia se dirige a un significante cualquiera; se transfiere a un lugar, no a un sujeto. Por otra parte, Colette Soler subraya la “incidencia del analista en aquello que se trata de obtener. El acto analítico está en juego desde esas entrevistas, se ubica ahí en el lugar de la causa y su efecto es el empuje-al-trabajo de la transferencia” (1984 p.108). Lo que se trata de obtener es que el sujeto trabaje y elabore el saber, pero esto no sucederá aceptando de forma pasiva la suposición de tener un saber, sino que se debe encarnar la función de causa de ese trabajo. En este sentido, Soler destaca la importancia de la acción del analista ya desde el inicio y agrega: “La justa inserción del paciente en la transferencia no es del orden de la aptitud. Depende, por cierto, de la posición del sujeto en su relación con el Otro, pero no está menos determinada por la respuesta del *partenaire* analista” (1984, p.108). Esto quiere decir que la posición del

analista no es intercambiable ni azarosa, el modo en que se ubica produce efectos. Y aquí aparece la orientación fundamental en toda dirección de la cura; la política, que se sostiene a partir del deseo del analista. Deseo que permitirá estar en función y no como persona, renunciando a los prejuicios personales y ubicándose como causante (Lacan, 1987). En otras palabras, el deseo del analista es “un modo de ubicarse en la transferencia y un modo de orientar la intervención. No es una técnica, es un deseo orientado por los conceptos fundamentales del psicoanálisis” (Rubistein, 2009, p.4).

Según lo visto hasta ahora, no es relevante quién es el analista como identidad, los rasgos que lo caracterizan, pero sí si es capaz de sostenerse como *función*, supeditado a su deseo de analista. Si la cura psicoanalítica la dirige una psicoanalista, se trata de “una formación que implica una experiencia personal” (Rubistein, 2014, p.42). Entonces ¿da lo mismo a quién se le derive? ¿Cómo saber quién es capaz de sostenerse en funciones? O mejor dicho ¿es posible saberlo? En este sentido, Adriana Rubistein destaca el modo en que se realiza la derivación, ya que se trata de un trabajo en donde se crean las condiciones de confianza y no de un mero acto administrativo. Como señala Mónica Gurevitz, en sus aportes al texto de Rubistein, la derivación “implica que el paciente acepte algo que es una decisión del analista y que se supone que le va a hacer bien” (citado en Rubistein, 2014, p.11). Al mismo tiempo, Rubistein afirma que puede ser parte de la táctica tener en cuenta el estilo del analista al que se elija para derivar, ya que algo de este estilo singular puede serle conveniente al paciente. Sobre esto, dirá que “hay algo que pasa más por la presencia y por el modo en que se encarna o se sostiene la presencia del analista” (2014, p.64). Por consiguiente, tener en cuenta algo del estilo del analista al que se le derivará no deja de ser una maniobra del orden de lo imaginario que, si funciona, luego deberá caer para dar lugar a un nuevo trabajo entre el sujeto y su analista. Pero aunque caiga, puede pensarse como la creación de las condiciones de posibilidad para la puesta en forma de una nueva transferencia. “Se tratará de tener en cuenta cuáles van a ser las mejores encarnaduras de este objeto como para avanzar con el trabajo, por lo menos inicialmente” (Rubistein, 2014, p.65).

Eficacia clínica

No se cuenta con datos estadísticos que cuantifiquen el curso ulterior de los tratamientos derivados y, si los hubiese, probablemente dejarían por fuera otras muchas variables de incidencia. Sin embargo, en la experiencia diaria se verifica que la mayoría continúa tratamiento. Evidentemente, el padecimiento subjetivo se impone sobre la contingencia de la derivación. Y este punto es uno de los centrales a la hora de repensar la idea principal: ¿Qué sentido tiene tomarse el trabajo de ver el estilo de analista si acudirán al espacio igual?

¿La última intervención?

Gestos, palabras, cortes, silencios, pueden tratarse de intervenciones, maniobras con estatuto clínico que causen. La derivación se trata indefectiblemente de un corte, de una marca de cierre que posibilita otra apertura. A su vez, se enmarca en la lógica transferencial y señala que puede haber un desplazamiento, algo crucial para muchos sujetos. Entonces, ¿puede pensarse a la derivación como “la última intervención” de ese tramo analítico? La respuesta es esperable, es el caso a caso, depende de la singularidad de quien venga. Tal vez pueda tratarse de una intervención, una maniobra táctica que apunte a colaborar con la estrategia futura. Y en ese sentido, así de libre puede sentirse el analista que elija con mesura a quién derivar. Pero tal vez no y sólo se trate de una decisión administrativa en la que no resulten necesarios tales reparos.

Reflexiones

Se ha dejado entrever hasta aquí que no se dará una respuesta contundente a la pregunta inicial. De todos modos, pensar acerca de este tema permite extraer algunas consideraciones. En primer lugar, siempre viene bien recordar el lugar de función y rectificarse de cierta megalomanía que aparece a veces en la clínica. En segundo lugar, la limitación temporal institucional introduce un efecto de castración que, si se piensa con anticipación, puede utilizarse a favor como un operador analítico. Toda decisión y todo acto, dentro de una experiencia psicoanalítica, debe estar regido por la ética y, por lo tanto, la derivación es parte de este accionar.

Cómo, cuándo y a quién derivar puede tratarse de una intervención. Puede, como posibilidad singular, no como afirmación universal. En suma, si bien la función analítica trasciende la identidad del profesional, la maniobra de derivación orientada por el estilo puede operar como un facilitador de la transferencia en el marco institucional. Sin embargo, lo que se destaca como realmente esencial es cortar con la inercia, cuestionarnos y repensar nuestro obrar, especialmente en un accionar que sucede cada año con cada camada de residentes que se egresa. Más que dar respuestas, sostener interrogantes y ponerlos en la mesa a discutir es lo más rico que tiene nuestra profesión. Y ustedes, ¿cómo eligen a quién derivar un paciente?.

Referencias

- Freud, S. (1991). *Esquema del psicoanálisis*. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 133-209). Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1940 [1938]).
- Gardiner, M. (Comp.). (1976). *El Hombre de los Lobos por el Hombre de los Lobos*. Nueva Visión.
- Lacan, J. (1967). Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela. En J. Lacan, *Otros escritos*. Paidós.
- Lacan, J. (1987). *El seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Miller, J. (2021). ¿Cómo comienzan los análisis? XI ENAPOL.
<https://enapol.com/xi/como-comienzan-los-analisis/>
- Rubistein, A. (2009). La posición del analista. *Virtualia. Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, (19) <https://www.revistavirtualia.com/ediciones/19>
- Rubistein, A. (2014). (Con la colaboración de Gurevitz, M.). *Consulta, admisión, derivación*. Eudeba.
- Soler, C. (1984). Standards, no standards. A propósito de las entrevistas preliminares, del control y de la duración de las sesiones. En *¿Cómo se analiza hoy?*, Fundación del Campo Freudiano. Manantial.

“Era solo un cuerpo en una cama”.

“Me encontré Yo”.

Subjetivar ese cuerpo del que todos hablan, diagnostican, dicen. Un conjunto de células, con tal o cual patología. Ahora bien, esa persona que protagonizó una vida en ese cuerpo, ¿dónde está?

¿Su mirada hacia el mundo es la previa? ¿Es la que ahora invita su nueva condición? ¿Cuáles son sus preguntas? ¿Las hay aunque no hayan quizás palabras explícitas?

En nuestros pacientes la discapacidad irrumpe como ese espontáneo Big Bang que nos explicaban cuando niños ¿recuerdan?

Bueno, cada uno de nosotros aquí pensaremos en distintas historias que conocimos en nuestra tarea dentro del hospital. Historias vivenciadas con más o menos dolor, en las que algo, un evento de salud según el decir de nuestros compañeros médicos, irrumpe.

¿Todo cambia? Y sí, cambia bastante.

A ese cuerpo lo abordan, lo curan, lo higienizan, lo alimentan, y hasta a veces hablan por él.

No vengo aquí a teorizar sobre conceptualizaciones psicoanalíticas porque no es el auditorio acorde.

Pero es necesario aclarar para los que no han tenido la oportunidad de interactuar con dichos textos, que desde tal marco teórico, cuerpo y organismo no son sinónimos.

Cuando en pases o reuniones, fisiatras, kinesiólogos y terapeutas ocupacionales refieren si un miembro está pléjico o evalúan su rango de movimiento, o si necesita equipamiento como una valva para descargar peso, allí están refiriéndose a aquello que para el psicoanálisis es el organismo.

Desde el área que me ocupa la mirada integral de lo que está pasando en ese organismo, pensando desde esa Subjetividad, es decir desde su protagonista, a saber, una vida que ha sido disruptivamente modificada y ya no es la de antes, cuyo esquema corporal e imagen también mutaron, ahí hablamos de cuerpo

Se trata del cuerpo como construcción dicen los libros, y ya osamos apostar en esta instancia: como reconstrucción, ante una nueva oportunidad a partir de la incidencia del significante.

El desafío en nuestro trabajo inter y transdisciplinario en las últimas décadas ha sido, posicionados desde el modelo biopsicosocial de discapacidad repensar cómo abordar en la práctica desde la singularidad del caso por caso los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que sopesan en su dinamismo en nuestra tarea.

Gabriel García Márquez llamó a su biografía final “Vivir para contarla”.

He aquí el intento de articular algo de lo elaborado en los años de práctica, en el devenir diario de escuchar artesanal y teóricamente vivencias atravesadas por los límites de lo biológico, lo cultural, lo social, pero sobre todo por aquello inesperado que irrumpió, tal lo traumático en su definición per se, marcó y desafió a “¿seguir viviendo para contarla?”

Son muchas las oportunidades que entre colegas pensamos que la práctica con la que nos encontramos en consultorio es muy diferente a la que nos despierta cada mañana al venir al hospital.

¿Será que los pacientes que por aquí transitan tanto en el encuadre de internación o de forma ambulatoria invitan a un ejercicio de la profesión diferente?

Sí, claro que sí ya que algo sucedió en sus vidas que los ha traído a esta institución cuya especificidad la define. Desde aquí el motivo de consulta sería explícito. Pero también podemos decir no, no es diferente si pensamos que hay un Sujeto, hay una vida interpelada ante su historia y hay un cuerpo. Y agrego, ¿hay Deseo?.

M era una paciente derivada desde otra institución en la que permaneció cuatro años en una cama. Muy pocos le hablaban o la miraban a los ojos. Por supuesto se ocupaban de su alimentación, medicación e higiene. Sus vínculos no podían, no sabían, no habían tampoco sido convocados respecto de cómo interactuar con ella. Durante cuatro años el mundo siguió funcionando y M lo veía desde sus ojos muy abiertos en posición horizontal en su cama. Escuchaba y comprendía lo que acontecía a su alrededor, no obstante, la interacción era escasa. Ella recordaba cada fecha, cada acontecimiento de sus 50 años vividos pero nada más que aquellos momentos puntuales con horarios establecidos de aseo o alimentación sucedía en su vida.

“ERA UN CUERPO EN UNA CAMA” tomando sus palabras.

Al llegar a nuestro hospital atraviesa el protocolo que todos conocemos dentro del encuadre de internación. Es evaluada según su múltiple diagnóstico: doble hemiplejía espástica a predominio izquierdo, anartria, trastorno deglutorio secundario a leucoencefalopatía multifocal diagnosticada en 2014.

El equipo tratante determinará cómo, cuánto, en qué tiempos abordarán a M, para nosotros una paciente, una mujer con una historia, con una condición de dependencia total en cuanto a sus necesidades básicas pero, también una mujer que puede mover su mano derecha, con intentos fallidos hasta lograr con mucho esfuerzo señalar por ejemplo una foto de su familia. Una mujer que lloraba ante una primera pregunta y su asombro ante la novedad de ser tenida en cuenta como Sujeto.

Líneas arriba compartí algunas de mis inquietudes respecto de su mirada hacia lo que venía atravesando, hacia el mundo, hacia su actual condición. ¿Cuáles eran sus preguntas? Aunque no existía la posibilidad de palabra explícita, ¿había palabra allí?

Había un cuerpo carente de ser resignificado, un Sujeto y una historia diezmados de un otro que escuche, aloje, y poder así trabajar juntos para que la cadena significativa vuelva a enlazar a ese cuerpo, un cuerpo que pedía a gritos ser libidinizado, rehistorizar y resignificar lo vivido. He aquí el proceso de re subjetivación.

Es este el momento preciso de destacar algo que todos aquí sabemos, pero no siempre sucede. Nuestro trabajo en el hospital es interdisciplinario y ya mucho se ha escrito sobre ello. En algunas ocasiones ese espacio “inter” logra evolucionar hacia algo más. Ya no es una suma y coexistencia de sapiencias diversas que se nutren respetuosamente entre sí, sino que además algo se genera, nuevo, innovador y hace, opera como intervención. El trabajo desde salud mental con M no hubiera sido posible sin el saber, el compromiso, la apertura y la dedicación de la profesional a cargo desde el área de fonoaudiología en terapia del lenguaje.

Pueden explicarnos y podemos estudiar si el diagnóstico es anartria, disartria, afasia de expresión o..., pero si esto no se trabaja en acto y en conjunto es poco probable que algo innovador ante esa subjetividad suceda. Una paciente que puede decir, no a los modos a los que estamos acostumbrados a escuchar, una persona que puede hilar, que recuerda, que desea reclamar, preguntar, cuestionar, en fin, que desea.

Recordemos que la mirada integral en salud propone un criterio amplio sobre las necesidades del cuidado, sabiendo ya que es menester incorporar las múltiples dimensiones, inquietudes y entornos que definen la nueva condición.

Ahora bien, en un primer tiempo y al conocer a la paciente surgían nuevos interrogantes. Cómo pensar, hacer un diagnóstico ante alguien que solo me mira. Transcurrían los encuentros iniciales y parecía que el gesto excluyente entre sus ojos y su mano era señalar el cielo.

Los analistas prestamos significantes, nuestras preguntas no son lineales y abren justamente al vacío. Vacío que es necesario para que algo novedoso aparezca del lado del paciente. Pero aquí, ¿me encontraba ante casi la inexistencia de palabra? Digo, no desde lo concreto ya que retomando lo tan destacado líneas arriba gracias

a la intervención de la profesional de Terapia del Lenguaje se define que la modalidad de comunicación alternativa era la herramienta per se para nuestro intercambio. M podría a partir de allí usar un teclado artesanal y con su dedo índice de su mano derecha decir, tipear, hablar.

¿Este dispositivo y encuadre permitirían pensar en posibles intervenciones, construcciones, relibidinizar este cuerpo, reencontrarse con la falta, la que nos define como Sujeto vivo, rehistorizar y reencontrarse con el Deseo?

Sí, algo de todo esto ha ocurrido. Porque en seis años de trabajo con la paciente ha operado el efecto del significativo.

Posicionada la tarea dentro del marco institucional, siendo parte de un equipo, hemos podido desde el encuadre de la especificidad psi construir las aristas, instalada la transferencia mediante, para que esto constituya un tratamiento psicoterapéutico.

Salud mental no solo acompaña y aloja. Nuestra escucha es símil vacío si no abre la posibilidad a nuevos cuestionamientos que permitan al Sujeto repensarse en su nueva condición, y en la medida de sus posibilidades reactive desde su singularidad su vida.

La metié como desafío desde la mirada integral, es también con otros, por eso es menester lo que hoy es casi una posición obvia si a esto nos dedicamos, aquello que subrayé al principio respecto de cómo abordar en la práctica desde la singularidad del caso por caso los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que sopesan en su dinamismo en nuestra tarea.

M ha atravesado distintas instancias que podrían ser otros trabajos en otros renglones. Tomo alguna de esas instancias no como menor sino para abrires interrogantes: ¿qué le pasa a alguien que por años no se vio en un espejo, que no sabe cómo es su imagen? ¿Cuándo esa persona está lista para volverse a mirar? ¿Quiere? ¿Y qué le va a suscitar esa decisión?

La mirada del otro: “el otro me mira feo y me discrimina, me alejan o me tienen lástima, en un pasillo, en el patio del hospital”. ¿Y qué pasaría afuera? ¿Afuera? “Si hace 8 años no veo el mundo”.

“¿Y mi familia?” “¿Puedo festejar algo con ellos?” “¿Puedo pedir o reclamar?” “¿Y si se enojan y no me visitan más?”

Lo Singular, lo biológico, lo social, lo cultural.

Todo ese bagaje que nos forma, nos determina y también nos deforma.

La mirada integral que no abarca el todo, porque por definición es imposible, pero sí considera que esas aristas existen, acontecen, influyen, duelen, agobian ... y más...

Pensábamos en ese organismo, devenido en cuerpo, devenido en nuevas marcas y ávido de ser resignificado en su reconstrucción. Con y a pesar de sus límites. Un dedo de una mano que si solo se mueve no tiene sentido, pero si tipea letras, cuenta una historia, aparece un Sujeto y una vida es posible de ser reencontrada. Y resignificada también.

Una salida que permite el lenguaje, salir d ese organismo que en la primera institución era un cuerpo en una cama. Una salida con la mirada, dejando de enfocar solo el cielo como destino y empezar a señalar e hilar letras que reconstruyan historia.

“Me encontré yo” según sus dichos.

Hubo que vivir, estimada M, para contarla. Eso implicó dejar de mirar el cielo, mutar esa mirada ingrátida para abrir los ojos hacia el Deseo.

Referencias

- Barton, L. (1998). Discapacidad y sociedad. Morata.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. Amorrortu Editores.
- Soler, C. (2001). El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan. San Max
- García Márquez, G. (2002). Vivir para contarla. Sudamericana.

Psicoanálisis y cuidados paliativos. ¿Qué lugar para el analista en la antesala de la muerte?

Micaela Peralta

Acompañar a personas en proceso de fallecimiento confronta con cuestiones sobre las que leemos con frecuencia en nuestra disciplina, pero que adquieren una densidad completamente distinta cuando se encarnan en la experiencia concreta de un encuentro clínico. Aquello que retornaba incesantemente en cada uno de los encuentros con pacientes se encontraba vinculado con aquello que el psicoanálisis pudo vislumbrar atinadamente: la inexistencia de un significante capaz de nombrar la propia muerte. De sus discursos emergía, como un eco inevitable, la presencia de ese agujero. Ese límite a nivel del lenguaje abre una pregunta ineludible para nuestra práctica: ¿cómo acompañar, desde el dispositivo analítico, a quien se encuentra confrontado con la inminencia de su final? ¿Qué lugar puede tener la palabra allí donde aparece una certeza inédita, que ningún significante logra cubrir del todo: la de la propia finitud? ¿Es posible subjetivar algo del orden de la propia muerte?

En pos de poder pensar un tratamiento psicoanalítico posible en la antesala de la muerte decidí retomar el caso de Ámbar.

A ella la conocí cuando cursaba una internación por presencia de un dolor insoportable que impedía su rutina cotidiana. Pocos años atrás, la misma recibió el diagnóstico de cáncer, momento bisagra que desencadenó múltiples tratamientos que no lograron frenar la enfermedad, encontrándose con el paso del tiempo metástasis en diversos órganos.

Esta no era su primera internación, sino que meses atrás, la paciente debió ser internada por el mismo motivo revertiéndose la situación rápidamente. En esta oportunidad, el dolor no cesaba a pesar de los múltiples cambios farmacológicos, por lo que se apuntaba a que el mismo ceda a partir de un nuevo procedimiento de radioterapia, procedimiento que debía ser autorizado por su obra social y debido a las demoras por parte de la misma, la paciente debió permanecer hospitalizada durante largos meses.

Con el transcurso de las entrevistas, el dolor físico comienza a ser desplazado en su discurso por un sufrimiento de otra naturaleza. Sus palabras y las consultas se ven progresivamente atravesadas por aquello que la internación le impedía realizar: cuidar de sus hijos y continuar con su emprendimiento de maquillaje. El dolor físico producto de la enfermedad no solo imposibilitaba el regreso a su hogar y el reencuentro con sus hijos, sino que también hacía visible, de manera constante, el

pronóstico y la evolución de la enfermedad. La inminencia de su fallecimiento, cada vez más próxima, se enlazaba con el sufrimiento que le generaba no poder compartir más tiempo con ellos.

En una de sus consultas, la misma confiesa con una sonrisa tímida una vivencia en la internación previo a un cambio de sala. Inicia la conversación hablando de que el cambio la favoreció por la luz que ingresaba en la sala y las compañeras con quienes entablaba conversaciones y llenaba el silencio ensordecedor de las noches hasta que finalmente recuerda que la sala de internación pasada todas sus compañeras, en distintos momentos, fallecieron estando hospitalizadas y tímidamente pregunta con lágrimas llenando sus ojos *¿Cuándo me va a pasar a mí?*

En su escrito “De guerra y muerte” (1915), Sigmund Freud advierte que no hay representación en el inconsciente respecto de la propia muerte, señalando “en el fondo, nadie cree en su propia muerte o, lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad” (p.290). Si no hay en el inconsciente representación de la muerte propia, cabe entonces interrogar: ¿es posible construir un saber alrededor de ella? ¿Es posible bordearla de alguna manera? ¿El trabajo analítico debería apuntar a producir cierto velo sobre ese real que pone en manifiesto la enfermedad?

Silvina Dulitzky (2023) define al sufrimiento existencial como aquel padecimiento que se desencadena cuando el sujeto, confrontado con la amenaza de su propia finitud, no solo sufre por saber que va a morir, sino también por no encontrar sentido alguno en ese nuevo saber que irrumpe sin aviso. Es un sufrimiento que entrelaza la conciencia de existir con la certeza de un límite, y que se manifiesta como una expresión afectiva ante la percepción de un tiempo que se acorta, que se agota.

Para Ámbar, ese tiempo cobra cuerpo en la figura de sus hijos: tiempo deseado, tiempo que se escapa. La enfermedad choca con su maternidad y la sola idea de no poder acompañarlos, de no estar para continuar su crianza, se vuelve insoportable. Su anhelo más profundo choca con el curso irreversible de su enfermedad. ¿Cómo aceptar la pérdida de aquello que tanto anhelaba? ¿Cómo posicionarse como analista ante la difícil situación que atraviesa la paciente?

Si bien el cálculo del tiempo de vida resulta dificultoso para cualquier equipo, la pregunta que esbozada dio lugar a pensar como quería ella atravesar ese último tramo de su vida, qué era lo valioso para ella. De ese modo se realiza una torsión de la pregunta inicial hacia un cuestionamiento sobre qué desea hacer con ese tiempo disponible.

Con el transcurrir de nuestros encuentros, Ámbar comienza a pensar maneras de retomar esas actividades. Inicialmente consulta por la posibilidad de que sus familiares le lleven al hospital su maquillaje y elementos para dar sus clases desde el hospital, lo cual lleva a cabo rápidamente. A su vez, esa misma semana, ya con sus elementos, comienza a maquillar y dar clases a sus compañeras, y sumado a ello les pide a sus familiares hacer videollamadas durante los actos escolares de su hijo para poder estar presente para él.

Es en este punto donde la función del analista se vuelve decisiva: alojar la experiencia singular de cada sujeto frente a su propia finitud, en un proceso marcado por la ruptura de la cotidianeidad, la caída de proyectos, el sometimiento del cuerpo a tratamientos y la acumulación de pérdidas. En este sentido, resulta pertinente retomar la articulación entre angustia y acto. Gabriel Lombardi (2010) sitúa la angustia como esa afección primordial del ser hablante ante lo real, previa a todo acto. Pero es precisamente esa angustia la que señala una posibilidad: “indica la oportunidad de la acción”, ubicando al sujeto frente a la puerta del acto.

El recorrido con Ámbar deja entrever que, incluso en el contexto de una enfermedad irreversible, puede abrirse un margen para el acto, para un reposicionamiento subjetivo frente a la angustia. Lejos de reducirse a un puro padecimiento, la angustia puede funcionar como umbral, como índice de una posibilidad. El reconocimiento de que aún hay tiempo habilita una nueva relación con el deseo y con la vida.

Referencias

- Dulitzky, S. (2023). Vivir con finitud. Sufrimiento existencial y cuidados paliativos. Editorial Letra Viva, 1° edición
- Freud, S. (1915). De guerra y muerte. En Obras Completas. Tomo XIV. Ed. Amorrortu.
- Lombardi, G. (2010). Tres formas de la angustia en la Ética del Psicoanálisis. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/337100476 Tres formas de la angustia Una contribucion de la clinica a la etica del psicoanalisis](https://www.researchgate.net/publication/337100476_Tres_formas_de_la_angustia_Una_contribucion_de_la_clinica_a_la_etica_del psicoanalisis)

04

SECCIÓN

Psicología Clínica en Infancias y Adolescencias



PH: @josefina_dinucci

Entre la urgencia y el cuidado: ¿adolescencias exiliadas?

Ayelén Cibeira

Las infancias y las adolescencias son períodos constitutivos del psiquismo, caracterizados por grandes cambios, intensas pasiones, miedos, sobresaltos, crecimiento y transformación. Se trata de etapas vitales en las que el soporte de los otros (tanto pares como adultos) resulta fundamental para su desarrollo. Como señala la Convención sobre los Derechos del Niño: “No hay causa que merezca más alta prioridad que la protección y el desarrollo del niño, de quien dependen la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana”.

Sin embargo, lamentablemente no todas las infancias y adolescencias son iguales. Algunas de ellas se encuentran trágicamente sumergidas en las más profundas miserias humanas, teñidas de múltiples violencias, abusos, ilegalidades, ausencias o frente a Otros supuestos garantes del cuidado que no logran ejercer adecuadamente su función.

Ante estas situaciones, debemos estar alerta: la violencia que irrumpe en términos de desamparo o maltrato afecta de manera particular a estas infancias. Las marcas que deja no solo son visibles, sino que resultan de muy difícil cicatrización. Se trata de niñeces y adolescencias que casi no han recibido palabras de afecto, caricias desinteresadas ni miradas amorosas que funcionaran como signos de reconocimiento de aquellos sujetos, y tampoco contaron con límites que los protegieran frente a excesos que pudieran causarles algún perjuicio.

Frente a esto, los profesionales de la Salud Mental nos vemos con frecuencia forzados a dar respuesta a las formas más terribles en que la exclusión social se expresa. Somos demandados a aliviar este padecimiento que, en algunos casos, toma la forma de gritos incesantes, episodios de llamativa agresividad o incluso de los fenómenos más alucinantes para escapar de la realidad. Sería una ardua tarea, por no decir imposible, describir en qué consiste la clínica de internación en un hospital infantojuvenil especializado en Salud Mental.

Considero que solo desde la experiencia vivida en primera persona puede comprenderse la magnitud de lo que se describe. Un esbozo bastante reduccionista sería mencionar: ideaciones suicidas irreductibles, desorganizaciones conductuales severas y trastornos del control de los impulsos enmarcados en contextos familiares muy complejos. Puede parecer evidente, pero no está de más destacar que las conductas disfuncionales de estos niños, niñas y adolescentes implican un padecimiento subjetivo.

Como señala Gabriela Dueñas (2013), si el foco se centra en ver a “niños que se portan mal”, poco se podrá hacer más que retarlos o sancionarlos. Por el contrario, si lo que se ve es a “niños que la pasan mal”, tal vez se pueda construir junto a ellos un marco donde ese dolor encuentre algún tipo de apaciguamiento. La disposición a alojar la locura de un modo que privilegie al sujeto que la porta —y no la estridencia de la presentación— supone un corrimiento del contenido que también hace al caso.

La internación aparece, así, con frecuencia como un paréntesis que, a modo de pausa, le brinda un lugar a esas infancias enloquecidas que constituyen un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros y por lo tanto, no pueden permanecer con su familia o referentes afectivos.

Frecuentemente, cuando las internaciones se prolongan o hay jóvenes con “puerta giratoria” a múltiples ingresos en el mismo efector, nos encontramos con usuarios que poseen un gran manejo institucional. Conocen cada recoveco del hospital e incluso los secretos mejor guardados; se especializan en cómo conseguir excepciones y hasta los límites de lo innegociable.

Recuerdan el nombre de todos los profesionales, administrativos, personal de maestranza y cocina, junto con sus particularidades. Algunos incluso llaman a estos trabajadores “tío”, “abuela”, “madrina” o “papá”. Son

aquellos pacientes que, con solo mencionar su nombre o apellido, logran que toda la institución los reconozca, porque se hacen escuchar y, en muchos casos, tienen una insistencia que molesta.

Deprivados socialmente, aún siguen haciendo transferencia y persistiendo, a su modo particular, en enlazarse. Son aquellos que, “afuera del hospital”, no encuentran un Otro que los soporte frente a sus desbordes.

En los hospitales se les ofrece un lugar, pero el precio a pagar es extremadamente alto: al ser internados por Salud Mental, se produce su salida de la trama social, perdiendo referentes, vínculos y roles durante ese período.

Esta medida terapéutica, aunque muchas veces necesaria, puede volverse iatrogénica si se extiende por causas sociales.

Una vez rota la trama social del niño o adolescente con un padecimiento subjetivo severo, resulta muy difícil hallar otro lugar que lo aloje fuera del hospital, ya que las familias son casi inexistentes o su capacidad de contención se encuentra excedida.

Un hospital aloja, cuida y escucha; pero no es un lugar para vivir. No obstante, suele ser, en oportunidades, el único refugio que le garantiza a esos chicos que, no importa el acto más salvaje que cometan, es allí donde los van a recibir de forma incondicional.

Demonizar un recurso terapéutico como la internación por Salud Mental no deja de ser un intento hipócrita de tapar el sol con el dedo. Los verdaderos monstruos no están dentro, sino fuera del hospital. Las representaciones construidas socialmente en torno a la “locura” y los estigmas continúan actuando como obstaculizadores de la reinserción social de estos sujetos, en consonancia con la escasa cantidad de espacios que los amparan. Entonces: si no es el hospital, ¿dónde?

Las residencias de rehabilitación psicosocial afrontan, día a día, el desafío permanente de no convertirse en ese Otro extramuros que rechaza a estos chicos. Al mismo tiempo, deben establecer con ellos un vínculo de confianza que permita construir, de manera conjunta, objetivos claros para el momento del egreso institucional.

La pregunta acerca de la modalidad de trabajo en este tipo de dispositivos es casi infinita. Existen distintas formas de abordaje, que dependen tanto de la variedad de residencias disponibles como de los estilos personales de los profesionales y del perfil particular de cada usuario.

En este escrito se propone compartir un recorte de mi relato experiencial como psicóloga de un equipo técnico en la Residencia Asistida de Rehabilitación Psicosocial Avellaneda, en donde residen adolescentes que presentan padecimientos subjetivos severos y alta vulnerabilidad social, para ejemplificar lo expuesto previamente.

“El llamado”

Karen tenía 16 años y estaba en tratamiento por Salud Mental desde los ocho años, con un diagnóstico de trastorno psicótico no especificado. Tenía un amplio historial de haber residido, desde esa época, en diferentes hogares de niños, de los cuales solía “fugarse” habitualmente frente a la frustración o puesta de límites, hasta llegar al que yo estaba trabajando, hacía un año.

Un día, la joven estaba en el patio de un hospital general esperando hacía varias horas ser atendida por una causa clínica, y mientras yo estaba en el hogar, me llama por teléfono el operador socioterapéutico que se encontraba con ella: “Karen dice que ya no puede seguir esperando”. Le pido que me la pase y ella dice: “No quiero estar más acá, me voy a fugar”. La escucho y empatizo con que ha estado esperando mucho tiempo. Intento persuadirla a permanecer y me ofrezco a asistir a la guardia a acompañarla. Karen acepta y me pide que le lleve una campera porque tenía frío, a lo cual accedo.

Asisto al hospital, conversamos y Karen pudo ser atendida posteriormente. Karen empieza a desregularse emocionalmente y amaga con repetir el patrón de comportamiento al que estaba acostumbrada. Sin embargo, un operador socioterapéutico la escucha y, al no poder continuar conteniéndola verbalmente, pide ayuda. La joven acepta quedarse porque hay Otros que se preocupan por ella y no les resulta indiferente que se vaya.

Atender un llamado y llevar una campera para que la abrigue no dejan de ser respuestas a demandas de amor.

No ser la psicóloga tratante de Karen y que tanto ella como otros jóvenes se atiendan en efectores externos te permite, un poco, hacer ese juego. Si no hay otros referentes afectivos, ¿quién responde sino a esas demandas?

Este episodio resalta la importancia de trabajar en equipo para abordar realidades complejas y de tener criterio clínico para responder pedidos cuando estos resulten necesarios.

Conclusiones

Los padecimientos subjetivos severos infantojuveniles nos llevan, en notables ocasiones, a los límites de nuestra praxis. La frustración o la impotencia, de vez en cuando, nos acompañan.

Resulta esencial, entonces, poder apoyarse en el trabajo en equipo, anclado en lo comunitario: no sólo entre profesionales, sino también con operadores socioterapéuticos, usuarios y sus referentes afectivos, acompañantes terapéuticos, personal de mantenimiento, cocina, maestranza y administrativos. Además de nuestra coordinación, también juegan un papel clave los equipos tratantes de los hospitales y los organismos de protección de derechos.

La tarea en Salud Mental dentro de estos dispositivos supone el abordaje de realidades inabordables. Asumir esta imposibilidad como punto de partida nos obliga a concentrarnos en problemas concretos, acotados, microscópicos. Pequeñas y múltiples intervenciones diarias, en lugar de grandes soluciones definitivas. Nuestro eje fundamental gira en torno a que estos chicos puedan volver a la escuela presencial, al club de barrio, a la colonia de verano, a la plaza o al cine, para reencontrarse con su familia, amigos o formar nuevos vínculos.

La labor en este tipo de residencias consiste en asumir el compromiso de buscar los restos de infancias y adolescencias que quedaron sepultados por coyunturas dramáticas y complejas. Implica intentar ayudar a restituir algo de eso que la sociedad, a veces, parece dar por perdido.

Sin embargo, solo trabajamos como meros facilitadores: los logros son de los jóvenes. Nosotros asistimos; sin embargo, son aquellos adolescentes que acompañamos quienes verdaderamente definen y tejen sus propias redes para salir a flote.

Referencias

- Dueñas, G. (Ed.). (2013). *La patologización de la infancia: ¿Niños o síndromes?* Noveduc.
- Español, U. C. (2016). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Fundación UNICEF-comité español.
- Heinrich, H (1996). *Cuando la neurosis no es de transferencia*. Rosario: Homo Sapiens.

La clínica infanto juvenil precisa que nuestro trabajo sea en un doble abordaje, con los jóvenes y también con sus padres. Esta particularidad obedece a razones de la lógica de la constitución del sujeto y se aborda en el mismo dispositivo. Trabajamos en la modalidad de grupos paralelos, funcionan mismo día y horario los dos espacios. El grupo de adolescentes es co-coordinado por una médica psiquiatra y un psicólogo y el grupo de padres por una trabajadora social y una psicóloga.

Dentro de las resistencias que encontramos al trabajo grupal, una de las más convocadas es con relación a lo íntimo. ¿tengo que contar mis cosas delante de otros? Surge incesantemente esa pregunta que también nos interpela. La idea de la terapia, en el imaginario social se asocia principalmente al encuentro entre dos. Proponer una terapia que incluya a más de dos requiere de mayores explicaciones en cuanto al funcionamiento del dispositivo y el acompañamiento a esa dimensión desconocida. Atendiendo a que la escena de dos parece más protegida con relación a la intimidad comenzamos a interrogarnos cuales son las particularidades que ofrece el grupo en el tratamiento de la intimidad.

Primero intentaremos decir de qué hablamos cuando hablamos de intimidad. En un libro muy hermoso llamado “Lo íntimo. Lejos del ruidoso amor” Francoise Jullien nos acerca distinciones sobre este concepto. Dice:

Eso íntimo no se reduce a la complicidad puesto que finalmente supera al mismo tiempo el cálculo y la intención. Se abstiene asimismo del placer charlatán de la confidencia, pues es cierto que lo íntimo no se constituye por el hecho de contarse algo. Finalmente, no se deriva sólo de la simpatía o del afecto: la experiencia, como vemos, adquiere un giro metafísico; da acceso. (Jullien, 2016, pág. 25)

El autor se dedica a la potencia que encuentra en la definición del diccionario y encuentra dos sentidos antagónicos, concluye que lo íntimo efectúa esa inversión de un sentido al otro: aquello que es lo más interior – porque es lo más interior lleva lo interno a su límite – es aquello que por eso mismo suscita una apertura al Otro; por lo tanto, lo que hace caer la separación provoca la penetración. Agrega que “por medio de lo íntimo se quiebran las relaciones tradicionales del adentro y del afuera” (Jullien, 2016, pág. 30)

Esta lectura me recordó al trabajo que realiza Freud en su texto “Lo ominoso” y como ese término también constituye una paradoja similar. Lo familiar puede tornarse siniestro. En uno y otro término asoma la gran revelación freudiana, “el yo no es dueño en su propia casa”. Otra vez o cada vez la época empuja al individualismo. La ilusión de la autonomía, auto fundación y auto ayuda insisten como recetas que conducen a la felicidad. La clínica nos muestra del sufrimiento que padece el que está solo pero no se trata del que no puede juntarse con otros, sino también del que está solo de uno mismo. Decir uno mismo puede significar un extravío en tanto no se trata de otro modo de decir de la autonomía, sino que ese uno mismo está en relación con los otros desde su formación. El yo se constituye, de acuerdo con la enseñanza freudiana como una cebolla y sus capas son las distintas identificaciones que nos enlazan a los otros. Freud define a la identificación como “la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona” (Freud, 1993, pág. 99) y luego Lacan precisará que el yo se constituye identificándose a una exterioridad, la imagen que ve en el espejo. Dos modos de formalizar que la constitución del sujeto solo se realiza en el lazo al otro, partiendo del “entre” lugar que aloja al niño con su madre o quien oficie la función. Estas coordenadas teóricas nos permiten leer como el grupo reproduce la escena del encuentro con otros.

Intentaremos leer esas afectaciones a través de una viñeta clínica. El grupo prealta de los miércoles está conformado por ocho pacientes de 17 años. Lo nombramos prealta porque el Hospital debe derivar los pacientes al cumplir los 18 años, entonces el alta llega en ese momento vital, aunque de distintas maneras. Hay quienes se van de alta de los tratamientos sin indicaciones de continuidad y quienes precisan continuar

uno o más espacios terapéuticos por su zona de residencia. Es un grupo abierto, es decir que los jóvenes y sus familias van ingresando y egresando del grupo, cada uno a su tiempo y otros permanecen. Esta distinción propicia que los más antiguos oficien de anfitriones de los recién llegados y eso genera una suerte de continuidad.

Clara viene derivada de internación, estuvo dos meses en la sala de mujeres luego de retornar de una provincia del norte del país donde se había ido a vivir con su madre. Regresan traídas en ambulancia directo al Hospital, dado que la joven cursó una descompensación psicótica. La mudanza se debía a la separación de los padres de Clara, la madre tiene familia en esa otra provincia donde deciden partir. El retorno también implicó regresar a la casa que compartían con el padre de la joven. Esto estuvo dicho desde el primer encuentro en el espacio de familiares y ambos padres concurrían al encuentro. Mariela, madre de Clara, proponía al padre, Claudio como responsable de todos los males de la familia. Claudio asentía. En la escena grupal surgió un día de pleno intercambio entre ellos, donde el resto inicialmente quedamos como testigos, luego el padre de Elián intervino convirtiendo la escena en una generalidad y luego incluyéndose, dijo “cuando los padres no se ponen de acuerdo mejor no discutir delante de los hijos. Yo a mi mujer la llevo a un café y le digo si no estoy de acuerdo”. Invitamos a los padres de Clara a conversar luego del espacio grupal. En ese espacio, Mariela cuenta que mucho tiempo Claudio estuvo “ausente” para la familia por “su problema de consumo y de depresión” también pudo quejarse de cómo les hizo faltar dinero para gastarla en drogas y los malos tratos que recibían de su parte. Claudio contó que “él salió solo de la droga” y esa salida tuvo que ver con la amenaza de Mariela de irse para no volver. Claudio refirió que la quiere a ella y a su hija y que una de sus preocupaciones actuales es su hijo mayor que también está en una situación de consumo. Esa charla permitió que se dijese las causas de los enojos que los mantenían en disputa y también invitamos a que concurren con su hijo al Hospital porque estaban preocupados porque había abandonado el tratamiento que realizaba de salud mental. Cuentan una situación donde su hijo fue agredido por un vecino y Mariela y Claudio, juntos, se encargaron de solucionar el conflicto. Resaltamos como podían estar juntos cuando era necesario. Mariela asiente, “si claro, es nuestro hijo”.

Leandro concurre y refiere que “es difícil levantarse cuando los que te tienen que apoyar no lo hacen”. Se refiere particularmente al trato que ha recibido de su padre, de las quejas, los malos tratos y el ambiente conflictivo que generaba. Leandro reproduce la versión de Mariela, donde Claudio es el “problema” de la familia. Le pregunto a Leandro qué quisiera él para él hoy y porque le cuesta tanto brindarse apoyo a sí mismo. Conversamos sobre eso y refiere que abandonó la terapia, pero le gustaría retomar. Brindamos información sobre donde concurrir cerca de su domicilio y me pide que no cuente lo que conversamos a sus padres.

En otro encuentro, Mariela concurre sola y se refiere a todo lo que no han podido disfrutar como familia, las salidas que no fueron y las que fueron ocurrieron acompañadas de enojos. Empezamos a situar el lugar del enojo como modo de lazo, quizás no podían estar juntos sin estar enojados. Así surgirá el relato del enojo de su hija mayor con ella, como modo de confirmar que era un modo de funcionamiento familiar que excedía a Claudio.

Sucedieron otras cosas, Carla se fue a un campamento con los chicos de la iglesia y todos los miembros de la familia le escribieron una carta para que le entregasen a la distancia. Menos la hija mayor, porque todavía duraba el enojo entonces no fue convocada. Mas adelante surgirá la posibilidad de situar el modo de Mariela, “ojo por ojo” ... Para responder a los enojos, intentando que así encuentre también su participación en producir o sostener aquello de lo que se queja.

El breve relato clínico nos permite situar distintas dimensiones de intimidad que surgen en el grupo de familiares. Está el borde de lo grupal que se constituye cada vez, dado que no siempre los participantes son los mismos. Que el grupo sea abierto, no borra esa línea invisible que nos contiene en cada encuentro. Luego está la intimidad de cada familia, que muchas veces precisa ser nombrada como tal. Interesa distinguir lo que se configura como diferente o igual, como aproximación o distancia entre las distintas formas de armar familia que relatan los miembros del grupo. Las resonancias de los relatos abren a interrogaciones singulares que

convocan a las familias de origen de los integrantes y las familias que han armado. Es en esa tensión que nos habita, al hablar como hijos y también como padres que la historia se escribe cada vez diferente produciendo modificaciones que ofertan otros lugares a nuestros pacientes.

Referencias

Freud, S. (1993). Psicología de las masas y análisis del yo (1921). En S. Freud, *Obras completas. Tomo XVIII* (págs. 65-136). Amorrortu editores.

Freud, S. (1994). Lo ominoso (1919). En S. Freud, *Obras completas. Tomo XVII* (págs. 219-251). Amorrortu editores.

Jullien, F. (2016). *Lo íntimo. Lejos del ruidoso amor*. El cuenco de plata.

05

SECCIÓN

Psicología clínica en el sistema público de Salud/Salud Mental: nuevas propuestas en el contexto actual



PH: @josefina_dinucci

De Caravana al Museo: entre la expresión artística, la grupalidad y la clínica¹

Soledad Boveri y Vanesa Mallo

Caravana es un espacio de expresión artística para adolescentes que se origina en el año 2021, a finales del período de aislamiento por COVID-19. En un contexto de creciente demanda en salud mental, desde el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°15, observamos la necesidad de recuperar los espacios grupales como forma de encuentro y creación compartida.

Gran parte de las consultas de adolescentes en salud mental estaban vinculadas a dificultades de socialización -aislamiento, conflictividad o violencia-, al desinterés por la escolaridad, a problemas de aprendizaje y a diversos malestares que se expresaban en el cuerpo. Se observaban carencias relacionadas a los espacios de privacidad, de ocio y al acceso a bienes culturales.

Así surgió la idea de pensar un espacio que favoreciera la expresión más allá de la palabra, potenciara la creatividad en el lazo con otras personas y habilitara la experiencia estética como forma de cuidado.

La posibilidad de concretar el proyecto estaba obstaculizada por la falta de espacios físicos en nuestro CeSAC para realizar talleres. Coincidentemente, en la misma época el equipo del Área de Comunidades del Museo de Arte Moderno de Buenos Aires (Museo Moderno) se acercó al CeSAC N° 15 para pensar en conjunto modos de mejorar la accesibilidad de una parte de la población del barrio. Observaban que grupos menos favorecidos social y económicamente no participaban de las actividades del Museo y consideraban que las familias usuarias del CeSAC formaban parte de ese universo que buscaban convocar.

La propuesta del Museo resultó altamente oportuna: ofrecía no solo espacio físico y materiales, sino también el acceso a las muestras y artistas del propio Museo, visitas guiadas y actividades conjuntas. El encuentro entre ambas instituciones hizo posible un nuevo territorio de trabajo, donde la salud pública y la cultura se enlazaron en una apuesta común, constituyendo un equipo interdisciplinario en el que se cogestionaron lineamientos y perspectivas para el taller. Esto implicó momentos de negociación y la aceptación de nuevas condiciones para ambas partes, por las características y reglamentaciones propias de cada sector, compartiendo como objetivo el acercamiento de los bienes culturales a la población y la concepción de la expresión artística como un derecho.

Cada encuentro fue singular, pensado según los emergentes y características de las personas jóvenes participantes. Por lo general, las propuestas combinaban una visita guiada a las muestras del Museo con una actividad de producción artística, individual o colectiva. También se han realizado jornadas de juegos y recorridos por murales callejeros del barrio. En estos encuentros se dio prioridad a la desnaturalización y la deconstrucción del arte para acercarlo a las vivencias y modos de mirar de adolescentes y no tanto a la transmisión de saberes específicos en la temática.

Así, Caravana se consolidó como un dispositivo interdisciplinario e intersectorial que hizo del Museo un territorio compartido: un espacio donde la salud pública, el arte y la comunidad se entrelazaron para habilitar nuevas formas de encuentro y de expresión. Con el tiempo, esa alianza interinstitucional no solo amplió el acceso cultural, sino que abrió un nuevo campo clínico donde la creación se volvió vehículo de cuidado. Cada experiencia abrió nuevas maneras de pensar el cuerpo, el cuidado y la creación.

Cuatro años después, ponernos a pensar y revisar los efectos subjetivos y las implicancias clínicas, tanto individuales como sociales, de un espacio como Caravana requiere de una mirada y escucha activas sobre lo que acontece y tener capacidad para interpretarlo. Las propuestas y acciones de los talleres nos han dejado huella, y han “tallado” a quienes los hemos vivido, tanto a personas usuarias como coordinadoras.

¹ Nota de confidencialidad. Los nombres y algunos datos identificatorios fueron modificados para preservar la confidencialidad de las personas participantes.

El CeSAC y el Museo fueron los territorios convocantes desde donde se puso en movimiento la Caravana en períodos pospandemia y carentes de recursos materiales y edilicios. El diccionario define una caravana como un grupo de personas que se junta para viajar en la misma dirección a través de zonas despobladas o poco conocidas para ayudarse en caso de necesidad. Para nosotras, Caravana alude además a ese modo de transitar lo desconocido con otras personas: un andar colectivo donde el arte permite alojar lo incierto, lo no dicho, lo que aún busca forma.

Instalar un dispositivo en un museo como el Moderno -una antigua tabacalera transformada en edificio contemporáneo, vestido de arte y belleza en cada una de sus paredes- tuvo un valor simbólico. En los espacios de la salud pública, la arquitectura y la belleza rara vez forman parte del encuadre. Allí, lo estético se volvió un operador de subjetivación: una manera de decir “esto también me pertenece”.

Pero, asimismo, el contacto con los bienes culturales y con las normas implícitas de un espacio históricamente asociado a sectores sociales dominantes generó reacciones diversas. Mientras muchas adolescentes y profesionales mostraban fascinación y participaban con entusiasmo, otras personas se retiraban luego del primer encuentro. A lo largo de los años el dispositivo convocó a un número considerable de jóvenes, pero los grupos que permanecían solían ser poco numerosos. Esta cuestión nos llevó a interrogarnos sobre la convocatoria, desde diferentes planos: ¿Habría una edad para que la capacidad de valoración estética se consolide? ¿Hay un choque entre mundos: el del museo y el arte contemporáneo, y las representaciones culturales de jóvenes cuyas experiencias vitales estaban más ligadas a lo popular, lo cotidiano y lo inmediato? ¿De qué manera entra en juego la vulnerabilidad social y psíquica en las dificultades para el encuentro con el Otro institucional, un museo majestuoso y con el poder de lo instituido, que sanciona ciertas representaciones como valiosas? (Bourdieu y Darbel, 2003).

Aun frente a esas resistencias, el equipo siguió apostando a abrir puertas. Se incorporaron distintas propuestas culturales para ampliar los recursos simbólicos y expresivos: pintura, escultura, instalaciones, murales. Lo cotidiano podía transformarse en arte. La consigna fue acompañar el desarrollo de una sensibilidad estética y el derecho a la cultura.

En cada taller, la experiencia se hacía común. Al principio, la música que acompañaba los talleres la elegíamos desde el equipo de coordinación; con el tiempo, comenzó a armarse colectivamente con los aportes de los jóvenes, que compartían canciones desconocidas para nosotras y nos enseñaban sus propios universos sonoros.

En otras ocasiones, una consigna disparadora encontraba respuestas imprevistas: algunos participantes hacían algo completamente distinto. Lejos de corregir, habilitábamos ese gesto como una forma legítima de expresión.

Con el andar del dispositivo comenzaron a desplegarse también sus efectos clínicos, los gestos y escenas donde el arte se entrelazó con el sufrimiento y el deseo de cada participante. Pensar Caravana desde una perspectiva clínica exige correrse del modelo tradicional de tratamiento para abrir la mirada hacia los efectos que el arte, el grupo y el espacio producen en la subjetividad. Desde la noción de clínica ampliada, entendemos que el cuidado no se restringe al síntoma individual, sino que se extiende a los territorios, las instituciones y los lazos donde se produce el sufrimiento (Campos, 2003).

En ese sentido, Caravana encarna una clínica del lazo social. No busca “curar”, sino restituir circuitos de deseo y pertenencia. Se desplaza del consultorio al espacio público y artístico, resignificando la práctica clínica e incluyendo la belleza, la expresión y la cultura como dimensiones fundamentales del cuidado.

Las escenas que siguen muestran cómo el dispositivo se vuelve un lugar en donde emerge lo subjetivo, donde el hacer deviene palabra y el cuerpo encuentra nuevas formas de habitar:

En un encuentro donde trabajamos el arte de Pollock, Pablo -en tratamiento desde hacía un año, con dificultades de aprendizaje, retraído, muy ligado a una madre demandante y con antecedentes de intento de

suicidio- encontró una manera singular de expresarse. En la técnica de disparar gotas de pintura sobre una hoja, extendió el gesto: manchó su cuerpo, su ropa y los muebles con una energía creativa y gozosa que no habíamos visto antes. No quiso limpiarse al final: quería volver a su casa como la obra que había creado. Ese día, algo de su cuerpo habló por primera vez de otro modo.

Camila, que vive con su madre y la pareja de esta, solía sentirse sola y no amada. Un día llegó al taller y nos contó que había tomado pastillas antes de venir, pero quiso acercarse igual “para contarlo”. En ese acto de venir y hablar, el dispositivo funcionó como lugar de anclaje: un Otro disponible ante su llamado.

Marianela, la primera de su familia en ingresar a la universidad, pasa muchas horas -en sus fantasías- debatiéndose entre la exigencia y la soledad. En el taller no lograba seguir consignas, hacía lo suyo, pedía opiniones y mostraba sus trabajos del CBC. En ese hacer compartido, encontró un modo de convalidar con otras personas su producción y su esfuerzo.

Catalina, con una historia familiar marcada por abusos, se relacionaba con el entorno desde un deseo de devorarlo todo: meriendas, miradas, crayones y plastilinas. En Caravana pudo comenzar a poner en palabras su voracidad, a interrogar lo que le pasaba mientras dibujaba y hablaba con otras personas.

En términos institucionales, el dispositivo también funcionó como articulador: varies jóvenes pasaron del espacio grupal a la atención individual (o viceversa), permitiendo pensar intervenciones más integrales y sostenidas. A lo largo de los años, lo que nació como un taller se transformó en una práctica que nos permitió pensar el cuidado de otro modo, en un diálogo permanente entre la clínica, el arte y la vida cotidiana.

Los efectos observados a lo largo de estos años dan cuenta de transformaciones sutiles pero consistentes: un mayor despliegue expresivo, la apropiación del espacio del Museo, la construcción de vínculos de confianza y pertenencia tanto con la institución como con el equipo.

Caravana funcionó como un espacio de circulación de la palabra y del gesto: un puente entre lo singular y lo colectivo, entre el cuidado clínico y el derecho cultural.

La práctica clínica en este marco se vuelve también una práctica política: producir condiciones para el lazo y la expresión allí donde el malestar tiende al aislamiento o al silencio. En este sentido, arte, clínica y lazo social no son campos separados, sino lenguajes entrelazados de una misma política del cuidado.

Caravana nos mostró que la salud mental también se juega en los modos de habitar la belleza y el encuentro, en la posibilidad de reconocerse como parte de una comunidad que crea, que escucha y que transforma.

Referencias

- BOURDIEU, Pierre y DARBEL, Alain (2003). El amor al arte. Los museos europeos y su público. Paidós.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (2003). Salud Paideia. Lugar Editorial.

Sobre un caso de toxicomanías y una forma de lazo posible, con la música.

Débora Tejeda

*“Llevo una profunda tristeza en el
corazón que de vez en cuando
debe estallar en sonido”.*
Franz Liszt (1884)

El propósito de este escrito es reflexionar sobre una viñeta clínica y transmitir una modalidad de abordaje atravesada por una escucha psicoanalítica, la cual ha marcado incidencias notorias en el devenir de un adolescente. Este trabajo permite cernir algo de lo que un analista puede hacer en el ámbito de las sesiones con un paciente en un hospital público. Estrategias que surgen a partir de una escucha atenta y singularizada del padecimiento de un sujeto.

Amadeo es un paciente que ha cursado una internación psiquiátrica tras haber realizado un intento de ahorcamiento. Sitúa algunos factores desencadenantes: estaba angustiado, comprometido con el consumo de sustancias y había interrumpido recientemente el vínculo con su novia. A poco de empezar clases de guitarra se produce la internación. Desde los primeros encuentros ahondará sobre su relación con la angustia, con el objeto droga y con el otro en sentido amplio.

Es traído por la madre quien se antepone al hijo. Hablaba por él. Era ella quien pasaba primero al consultorio, concediendo luego la posibilidad de entrevistar al hijo. Presentaba un discurso sin agujero. Hablaba de lo buena madre que era y de cómo ayudaba a su hijo a diferencia del padre. Respecto a éste refiere que se torna violento verbalmente. Tenía para con él una restricción perimetral. Recuerda que, en la internación de su hijo, el padre se pelea con el equipo tratante. Decía que había consultado con un “especialista en cannabis” y acusaba a los profesionales de drogar a su hijo. Incitaba a Amadeo a consumir marihuana como modo de dejar las otras drogas a las que recurría continuamente. Decía: “A mí, la marihuana me salvó la vida”.

Se piensa en una derivación a terapia familiar, que funciona en el mismo hospital, con objeto de armar un lugar para la madre a los fines de que su hijo pueda ir armando el suyo en terapia individual. También a los fines de que pueda haber un espacio para el ruido de y entre los padres.

Amadeo al principio conversaba poco, el recurso a la palabra estaba dificultado. No entendía por qué su madre lo había internado dado que lo único que él quería era morir. Insistía con su intención, tarde o temprano, de quitarse la vida.

Refiere que nadie entiende la angustia que él siente por dentro y que lo acompaña desde los 6 años. En esa época quedaba gran parte de tiempo al cuidado de sus abuelos paternos. No sabían leer, eran muy pobres. En su colegio sí le estaban enseñando. Él quería aprender para poder enseñarle a sus abuelos y que ellos pudieran contarle un cuento. Fallece su abuelo paterno, dice que le explota una úlcera. Recuerda la angustia de su abuela.

La vida le es muy pesada. También ha estado “en la pesada”. Con anterioridad a la internación consumía éxtasis, LSD, pasta base, cocaína. Tomaba alcohol y fumaba tacaco sin medida. Habla de una experiencia con su cuerpo en tanto agujero a ser llenado, y a veces vaciado con el vómito. Andaba armado. Pasaba días sin volver a su casa. Contaba con cierto regocijo narcisista el saber que detentaba sobre la droga.

Resuena en el adolescente y el padre el ruido, el estallido, la disrupción, el quilombo. La exteriorización agresiva aparece en ambos cuando interpretan que es tomado por boludo por el otro. A raíz de algunas situaciones que suceden en el ámbito hospitalario se comienza a trabajar sobre lo magnificado de algunas escenas cuando se siente boludeado por el otro y cuando algo o alguien no está. También sobre el impacto que le produce que el otro falte. Cuando está enojado no hay riesgo, hay una escena que le puede dirigir al

otro. El problema es cuando se topa con el agujero, con el vacío que domina su existencia. Su segunda internación se produce cuando su equipo tratante estaba de licencia.

¿Qué forma de lazo posible? Le gusta la música y escucha un grupo que se llama “Los chicos suicidas”, quienes han pactado suicidarse a los treinta años. Amadeo a los 18...Trae a las sesiones las letras de sus canciones. Su tío materno, quien también tiene un consumo problemático de sustancias y antecedentes penales, lo visita en la internación y en ese contexto le regala una guitarra. Le impactó que ese regalo venga de él. Que alguien quiera de él algo distinto que no sea lo peor lo rescata. Solía preguntar qué impacto podría tener para el equipo tratante que él se suicidara.

Comienza a apropiarse de un saber en relación a la música que va más allá de “Los chicos suicidas”. Se inmiscuye en el rock nacional y en letras de canciones. Las trae a sesión.

En general habla mucho, es muy difícil que corte. Se le señala dicha cuestión en relación con la música. Está aprendiendo a leer partituras. Se le marca algo respecto a compases de espera, ritmos, silencios y cortes. Trae una escena. Hace unos años se había hecho el DNI y quien lo atendió le dijo que al firmar no debía levantar el lápiz del dispositivo. El resultado fue que escribió su nombre con letra gótica, sin separación. Tuvo que volver a tramitarlo tras perderlo. Se entera que podía separar las letras. “Ahora sí se entiende mi firma”. Con la separación aparece, despejado, algo del nombre propio.

Con el policonsumo también la cortó. Cuenta un episodio en donde su tío empieza a fumar cigarrillos de su mamá y de él como así también a comer la poca comida que había en la casa. En otro momento hubiese aplaudido el estado en el que su tío estaba, hoy por hoy lo que le produjo fue asco. Querría dejar de fumar tabaco. Dice que sabe que fumar le saca el aire, pero si está sin fumar se queda sin él. Se asfixia. Dice que cuando fuma experimenta que algo pasa por la garganta. Se procura un agujero. Lo hace existir. El mismo que ha intentado obturar con sus dos intentos de ahorcamiento.

Le gusta explicar, enseñar y cantar. Acompaña al padre con la guitarra. Muestra videos con dichas situaciones. Con la música encuentra un padre y puede producir un lazo que no sea en el cuello. No sin el tránsito por el corte.

La música le es posibilidad de recupero de otro goce y le permite encontrar un agujero que lo ayuda a salir del destino prefigurado por el otro. El mundo para él fue y será una porquería. Eso tiene un nivel de certeza que no se le discute. Mientras tanto anda viendo cómo no dejarse ganar por el mundo “de mierda” e inventar algo con lo cual atarse, pero a la vida.

“Los chicos suicidas” ya cumplieron 30 y no se mataron, torcieron su destino. Próximo a cumplir 18, dice que ya no piensa en hacerlo, pero tiene un desafío: “amenazar con la inmortalidad, haciendo del estallido, sonido y canción...”

06

SECCIÓN

Psicología Clínica en Interdisciplina



PH: @josefina_dinucci

Nadie se salva solo; lo viejo funciona: prácticas de cuidado y externación asistida en salud mental

Bárbara Goldestein y Valeria Fernández

El objetivo del presente trabajo es transmitir nuestra experiencia como trabajadores de la salud en el Programa de Pre-Alta y Externación Asistida (PPEA) del Hospital J.T. Borda. Somos un equipo interdisciplinario que concibe sus prácticas desde una perspectiva de derechos humanos enmarcadas en la salud mental comunitaria. Se apuesta a diseñar externaciones de manera sustentable en el marco de una clínica ampliada.

Se trata de acompañar las altas para su sostenimiento y evitar así las reinternaciones. Para ello trabajamos a partir de estrategias e intervenciones clínico comunitarias -artísticas, culturales, laborales, habitacionales, de apoyo entre pares, etc.- articuladas con el equipo tratante, para la construcción de espacios de referencia en la comunidad y la promoción de la continuidad de cuidados.

“Nadie se salva solo” expresa la convicción de que la salud mental se construye colectivamente. La ley Nacional de Salud Mental 26657 define la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Art. 2). Por lo tanto, la salud mental no puede pensarse sólo desde lo individual ni resolverse únicamente en el consultorio o en el hospital.

La recuperación y el cuidado sólo son posibles en red: involucran a la familia, la comunidad, las instituciones y las políticas públicas. Esta concepción se alinea con la perspectiva de derechos y con los principios de la Ley Nacional de Salud Mental, que reconoce la inclusión social como un componente esencial del tratamiento. Uno de los espacios del PPEA es la Biblioteca Jacobo Fijman. Allí, la lectura, la escritura y el encuentro con otros se transforman en actos de cuidado mutuo. Cada espacio compartido posibilita (re)construir lazos, recuperar la palabra y encontrar modos singulares de estar con otros, favoreciendo procesos de externación que no resulten expulsivos.

La salud mental no se construye de manera aislada, sino en el entramado de vínculos, redes e instituciones que sostienen a cada persona en su singularidad. En este sentido, la externación no es sólo un acto clínico, sino un proceso colectivo que requiere del acompañamiento de familias, equipos de salud y espacios comunitarios.

“Lo viejo funciona en salud mental” recupera aquellas herramientas históricas que siguen mostrando su eficacia: la palabra compartida, los dispositivos grupales, los talleres de producción, la escritura y la construcción colectiva de lazos comunitarios. Estas prácticas, lejos de ser obsoletas, mantienen una potencia instituyente para abrir nuevos sentidos de subjetivación y resistir las lógicas de cronificación, encierro y tutela.

Acciones cotidianas como leer, escribir, conversar, crear en grupo son recursos sencillos pero potentes que sostienen lo humano, promueven la subjetivación y resisten la lógica del aislamiento.

Podemos afirmar que algunas prácticas históricas o tradicionales, aunque no sean nuevas, conservan su vigencia y potencia: el trabajo en grupo, el taller, la participación comunitaria, la conversación, la escucha atenta y el encuentro cotidiano. Se trata de sostener escenarios que se alejen de ser hospitalocéntricos, tutelares y manicomiales.

El PPEA se reafirma como un espacio donde lo comunitario, lo interdisciplinario, lo intersectorial y lo histórico se entrelazan para pensar y sostener externaciones posibles, que sean dignas y no expulsivas. De este modo, la externación no puede pensarse únicamente desde un criterio clínico individual, sino como un proceso clínico-comunitario que requiere acompañamiento sostenido, articulaciones territoriales y políticas públicas que garanticen continuidad de cuidados.

La Biblioteca Jacobo Fijman se configura como un dispositivo comunitario que articula cultura, clínica y derechos. Desde allí, se abren espacios de reconocimiento y participación, donde las personas pueden apropiarse de su propia historia y ejercer su ciudadanía desde un lugar activo dentro de la comunidad. Por otro lado, “lo viejo funciona en salud mental” recupera prácticas históricas que, lejos de quedar obsoletas, siguen demostrando su potencia: el valor de la palabra compartida, los espacios grupales, los talleres, el trabajo interdisciplinario y la construcción de lazos comunitarios. Estas herramientas constituyen pilares que permiten resistir la lógica manicomial y tutelar, abriendo camino a intervenciones centradas en los derechos, la dignidad y la inclusión social.

La expansión del neoliberalismo, acompañada por una creciente digitalización de la vida cotidiana, ha reconfigurado no sólo las economías y las políticas públicas, sino también las subjetividades. Ese desplazamiento no es meramente semántico, implica una mutación en los modos de vinculación con el Estado, con los otros y consigo mismo. Todo puede adquirirse en el mercado, por el bisturí o de la mano de la ciencia y la tecnología con su consecuente impacto en el narcisismo contemporáneo. Vivimos en un (sin) tiempo teñido de una inmediatez siempre inalcanzable.

El capitalismo global o neoliberal posterior a 1990, refuerza esta tendencia: el consumo ya no es un medio, sino la forma misma de existencia en lo social. De este modo, el consumo se vuelve no sólo un imperativo económico sino también una modalidad de respuesta subjetiva frente a la falta estructural. Por su parte, la ciencia y la tecnología avanzan con tal rapidez que parecen evadir la capacidad reflexiva del sujeto. En tiempos donde prevalece la urgencia de lo inmediato, cabe preguntarse qué espacio queda para la pausa y la reflexión en la decisión.

Estas transformaciones de época impactan en los modos de subjetivación contemporánea, en la constante exposición en redes sociales como Instagram, Facebook o TikTok, donde la producción, el consumo de reels y de contenidos efímeros funcionan como paliativos imaginarios que prometen conexión, validación y sentido, pero que en realidad intensifican la alienación.

La omnipresencia de pantallas y dispositivos producen una paradoja de hipercomunicación y aislamiento. La comunicación puede ser instantánea sin el riesgo que implica poner en juego el cuerpo presente y el encuentro con el deseo del Otro: la mediación tecnológica permite con solo un clic la ilusión de sustraerse de la falta constitutiva. Al prescindir del encuentro con el otro y sustituirlo por dispositivos siempre a mano, aumentamos la conexión y, paradójicamente, el aislamiento. Se trata de dos caras de la misma moneda, la conectividad actual propicia “(...) formas de sustraerse de las propias condiciones de goce del encuentro con el deseo del Otro y, finalmente, evitar la angustia que ello podría suscitar, sea por su rechazo o por su aceptación.” (Kameniecki & Barboza, 2023, p.16).

No podemos dejar de observar que la humanidad se encuentra, cada vez más, sumergida en un mundo virtual, el cual es gobernado por las imágenes. Una confección minuciosa y artificial, muchas veces presentada como espontánea y genuina, pero sin cuidado sobre los efectos que producen en las subjetividades. Byung Chul Han sostiene que el algoritmo, la autoimagen y la validación social funcionan como dispositivos de repetición y consumo del capitalismo neoliberal. En este sentido, la virtualidad no sólo configura nuestras formas de relación, sino también los modos en que (nos) pensamos y habitamos el mundo.

En tiempos de hiperconexión, aceleración y precarización, la ansiedad se presenta como un malestar social e individual, vinculado al debilitamiento del Otro simbólico. Este escenario, nos convoca a sostener un ejercicio reflexivo y crítico frente a las exigencias globalizadoras que promueven una cultura de consumo inmediato y de descarte.

En dirección contraria, el dispositivo del PPEA brinda espacios en los que la mirada de otros -ya sea del equipo de profesionales, de pares o de compañeros del Programa- permite construir una identidad distinta a la etiqueta de 'enfermo mental', una etiqueta que suele generar estigma y segregación.

La observación cotidiana desde enfermería y los momentos compartidos en el comedor -desayuno, refrigerio y almuerzo- permiten identificar a tiempo posibles desestabilizaciones del cuadro de base, para coordinar con el equipo tratante las intervenciones y ajustes necesarios

Hablamos de externación asistida porque la mayoría de los pacientes presentan vulnerabilidad habitacional, económica y social. Estas condiciones dificultan el sostenimiento del alta exclusivamente mediante tratamientos ambulatorios individuales, lo que con frecuencia conduce a reinternaciones reiteradas.

Reconocer y entender los padecimientos mentales es un paso importante para romper con estereotipos y falsas creencias, superando así los prejuicios y la estigmatización hacia las personas con padecimiento mental.

La propuesta de trabajo interdisciplinario e intersectorial en red ofrece al sujeto un espacio de transición para su inclusión social y evitar así el “fenómeno de puerta giratoria” propio del sistema de salud. La implementación de tratamientos ambulatorios basados en la Comunidad se ve obstaculizada, en muchos casos, por la escasa disponibilidad de instancias intermedias y recursos para todos los usuarios del sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Es muy frecuente que los usuarios presenten falta de recursos económicos, habitacionales y sin red de apoyo que, en muchos casos, terminan en situación de calle libradas a su destino y en condición de desamparo que acentúan aún más su vulnerabilidad psicosocial.

En conclusión, el PPEA se constituye como un dispositivo vivo y en constante movimiento, que genera espacios para reflexionar sobre la vida cotidiana y los afectos que nos atraviesan. Su principal aporte es permitir que parte del sufrimiento y el dolor, antes silenciado, encuentre lugar para circular, transformándose en una oportunidad de cuidado, vínculo y subjetivación.

Referencias

- Fabris, F (2014). Pichon-Rivière como autor latinoamericano. Lugar Editorial.
- Han, B.-C. (2014). “Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder” Herder Editorial.
- Kameniecki, M., & Barboza, H. (2023). “Desencuadrados”. Lugar Editorial.
- Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. (2010). Boletín Oficial de la República Argentina.
- Moffatt, A. (2002). *Presente y futuro de las comunidades autogestivas. Revista de la Universidad de las Madres de Plaza de Mayo*.
- Percia, M. (2017). *Estancias en común* (1.ª ed.). Ediciones La Cebra.
- Percia, M. (1991). *Notas para pensar lo grupal*. Lugar Editorial.
- Pichon-Rivière, E. (1986). *El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social*. Nueva Visión.
- Riviere, P. (1986) *El proceso grupal*. Ed. Nueva visión. Bs. As
- Zaldúa, G., & Bottinelli, M. M. (Comps.). (2010). *Praxis psicosocial comunitaria en salud: Campos epistémicos y prácticas participativas* (1.ª ed.). Teseo.
- Zaldúa, G., Pawlowicz, M. P., Lenta, M. M., Longo, R. G., Sopransi, M. B., & Leale, H. C. (2015). Dispositivos psicosociales sustitutos a la lógica tutelar en el abordaje de consumos problemáticos de drogas: Claves e interrogantes. En *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXII Jornadas de Investigación, XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Abordaje interdisciplinario en hipertensión pulmonar: evaluación psicológica y detección temprana de trastornos emocionales en un hospital general de agudos

María Eugenia Morelli

Introducción

La hipertensión pulmonar es una enfermedad crónica, progresiva y potencialmente mortal cuyo impacto excede el compromiso cardiovascular, afectando la calidad de vida, la adaptación al diagnóstico y la adherencia terapéutica. Desde una perspectiva biopsicosocial, la hipertensión pulmonar debe abordarse considerando la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. La complejidad de la enfermedad y su impacto sobre la vida cotidiana justifican la incorporación de la evaluación psicológica como parte del abordaje interdisciplinario, favoreciendo la detección temprana de factores que pueden afectar la adherencia terapéutica y la calidad de vida. La adherencia terapéutica constituye un componente esencial del tratamiento. La ansiedad, la depresión y las dificultades de adaptación al diagnóstico pueden afectar negativamente su cumplimiento, por lo que la intervención psicológica favorece el afrontamiento de la enfermedad y la continuidad del tratamiento. El objetivo del presente estudio fue describir la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión pulmonar evaluados durante su primera consulta psicológica, analizando la contribución de la evaluación psicológica temprana dentro de un modelo de atención interdisciplinario.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en el ámbito del Equipo Interdisciplinario de Hipertensión Pulmonar del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. Se incluyeron consecutivamente pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de hipertensión pulmonar, derivados al Servicio de Salud Mental para su evaluación psicológica inicial entre febrero y julio de 2019. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado previo a la evaluación. Para la valoración de los síntomas emocionales se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), ambos validados para población adulta. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva, expresando los resultados como frecuencias y porcentajes.

Análisis Estadístico y Resultados

El 71% presentó síntomas depresivos (38% leves, 19% moderados y 14% severos). El 100% presentó síntomas de ansiedad, predominando los niveles moderados (48%) y severos (33%).

Discusión

Los resultados obtenidos evidencian una elevada frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión pulmonar durante su primera evaluación psicológica, evidenciando que el distrés emocional constituye una dimensión relevante del proceso asistencial. El predominio de ansiedad moderada y severa, junto con la presencia de sintomatología depresiva en más del 70% de los pacientes evaluados, pone de manifiesto la necesidad de incorporar sistemáticamente la evaluación psicológica desde las etapas iniciales del seguimiento. Estos hallazgos son concordantes con la literatura internacional, que describe una elevada prevalencia de ansiedad y depresión en esta población y su asociación con una menor calidad de vida, dificultades en la adaptación al diagnóstico y una reducción de la adherencia terapéutica.

En este contexto, la detección temprana de los trastornos emocionales permite identificar factores potencialmente modificables que pueden influir en la evolución clínica y favorecer intervenciones oportunas dentro del abordaje interdisciplinario. Si bien el presente estudio presenta las limitaciones inherentes a su diseño observacional, descriptivo y al reducido tamaño de la muestra, aporta evidencia local sobre la factibilidad de integrar la evaluación psicológica al seguimiento habitual de pacientes con hipertensión pulmonar en un hospital público de alta complejidad. Esta experiencia respalda un modelo

asistencial que incorpora de manera articulada las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, promoviendo una atención más integral y centrada en la persona.

Conclusión

Los resultados evidencian una elevada frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión pulmonar, respaldando la incorporación de la evaluación psicológica temprana como parte del abordaje interdisciplinario. La experiencia del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández demuestra la factibilidad y el valor clínico de este modelo asistencial, aportando evidencia local que favorece una atención integral y centrada en la persona.

Referencias

- American Psychological Association. (s. f.). Beck Depression Inventory (BDI).
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi.org
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. doi.org
- Brown, L. M., Chen, H., Halpern, S., Taichman, D., McGoon, M. D., Farber, H. W., Frost, A. E., Liou, T. G., Turner, M., Feldkircher, K., & Miller, D. P. (2011). Delay in recognition of pulmonary arterial hypertension: Factors associated with time to diagnosis. *Chest*, 140(1), 19-26. doi.org
- Bussotti, M., & Sommaruga, M. (2018). Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension: Impact and management challenges. *Vascular Health and Risk Management*, 14, 349-360. doi.org
- Looper, K. J., Goldstein, R. S., Devins, G. M., & Mayo, N. E. (2009). Depressive symptoms in relation to physical functioning in pulmonary hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), 221-225. doi.org
- Lowe, B., Gräfe, K., Ufer, C., Kroenke, K., Grönig, E., Herzog, W., & Borst, M. M. (2004). Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 831-836. doi.org
- Sociedad Argentina de Cardiología [SAC], Asociación Argentina de Medicina Respiratoria [AAMR], Sociedad Argentina de Radiología [SAR], Sociedad Argentina de Pediatría [SAP], & Federación Argentina de Cardiología [FAC]. (2017). Guías argentinas de consenso en diagnóstico y tratamiento de la hipertensión pulmonar. *Revista Argentina de Cardiología*, 85(3), 1-52.
- Verma, S., Cardenas-Garcia, J., Mohapatra, P. R., & Talwar, A. (2014). Depression in pulmonary arterial hypertension and interstitial lung diseases. *North American Journal of Medical Sciences*, 6(6), 240-249. doi.org

“Uy... te tocaron los peores de todos”. Uy... dice alguien allí, mientras nos recibe, mientras apremia la presencia de un otro, un testigo visual, alguien que escuche las resonancias de un estado de cosas que, por añadidura, cae del lado de los peores. Tiempos para estar allí. Acudir al llamado de un modo tal que algo se encauce, que algo permita volverse dicho y escuchado, equivocado, recibido y tramitado en ese espacio público, por excelencia, que es la escuela. En grupo, con otros, mezclados, desplazados, ausentes, intensamente presentes, desordenados y devueltos al aula. Allí fuimos al encuentro, cada vez. Desde entonces, cuando las cosas se pusieron peores, fue necesario pensar algún orden de respuestas que supere lo meramente asistencial, transformado hoy por el impulso de gestión “omnicanal” que precipita turnos hacia una suerte de policonsultorio sin consultantes, abundando el policonsumo de respuestas fragmentarias y superpuestas de efectores que han perdido el sentido de su presencia en la ciudad.

La articulación intersectorial entre salud y educación que llevamos adelante desde el 2022 se implementó como respuesta al aumento de emergentes y crisis en salud mental en adolescentes, que activaba de manera inmediata la solicitud de turnos de admisión para tratamientos ambulatorios desde los equipos de apoyo socio-educativos. Acordamos con la advertencia de Alicia Stolkiner de cuidarnos de pretender solucionar con “formas terapéuticas estandarizadas problemas de compleja configuración, o problemas que no lo son para ellos sino para nuestra mirada” (Stolkiner, 2013). Propusimos entonces desde la Dirección General de Salud Mental el armado de equipos itinerantes. Primero la recepción de las problemáticas y preocupaciones particulares de la institución educativa a la que llegaríamos, en reunión con los equipos de conducción escolar, referentes docentes y equipos de apoyo socio-educativos DOE y ASE². Tomar nota de sus necesidades, preocupaciones e intereses, el modo particular en que sitúan el malestar, los modos de ocuparse de lo que les pasa, lo que han procurado y lo que no, lo abordable en grupo y lo que no, hasta definir un encuadre que los incluya como referentes adultos. Luego, el desarrollo de los encuentros con estudiantes. Al final, reuniones de puesta en común entre los equipos de salud y los referentes escolares (conducción, equipos de apoyo, docentes). El balance general de la actividad toma registros de la expresión directa de los estudiantes, dando paso a cierta lógica de apoyo matricial, con referentes que continúan los espacios de escucha en la comunidad educativa, proyectando otras instancias de sostén entre pares, desde la propia organización estudiantil y desde la institución, con delegados del centro y promotores ESI, a la vez que se particulariza en aquellas situaciones que requerirían una derivación al especialista.³

Adolescentes jugando. POR FAVOR NO INTERRUMPIR.

En este apartado compartiremos algunas escenas del dispositivo que llevamos a cabo dos psicomotricistas integrantes del equipo de Salud Mental Itinerante. Para trabajar las dinámicas de los talleres con los estudiantes, tomamos como eje el juego corporal³ por considerarlo promotor de salud y cuidado, generador de bienestar e integración social. Tanto la salud, como las prácticas de cuidado adquieren materialidad en las corporeidades, entendiendo a las mismas como el primer espacio de comunicación, expresión y juego, como construcción cultural que se materializa y elabora sobre el soporte dinámico de la vida orgánica y se percibe en un cuerpo extendido en sus manifestaciones⁴. Diferenciamos lo corporal de lo físico, lo orgánico y lo biológico, comprendiéndolo como territorio de afectación⁵ en donde anida la historia de nuestros afectos, nuestras experiencias y matrices relacionales.

² DOE (Departamentos de Orientación Educativa): equipos propios de los establecimientos educativos. ASE (Asistencia Socio-Educativa): equipos que toman referencia programática en 8 regiones de la ciudad, que trabajan transversalmente con los establecimientos educativos.

³ Desde el 2022 a la fecha se trabajó con 106 escuelas, en 424 encuentros, con la participación directa de 9000 estudiantes aproximadamente.

Desde esta perspectiva que integra la dimensión de cuidado, el bienestar y la salud corporal⁶ (Aupas 2022-2026) en el sostenimiento de la vida es que nos fuimos acercando a las escuelas.

Organizamos un espacio despejado de mobiliario. Les esperamos con un gran paracaídas, enorme y colorido en el suelo para que podamos sentarnos o pararnos alrededor de él. Nos presentamos, situamos el encuadre anticipándoles que se ofrecerán dinámicas lúdicas y sugerencias que cada quien podrá reinterpretar a su modo. Ubicamos la importancia de establecer acuerdos que nos permitan habitar la experiencia haciendo efectiva la posibilidad de cuidar el cuerpo propio y el de los demás, procurando que nadie se lastime, (si el cuerpo duele o no hay acuerdo no hay juego posible), habilitando el poder reconocernos, pudiendo enunciar como cada quien quiere o no ser nombrado, construyendo un espacio de escucha respetuosa hacia todas las voces. En varias oportunidades surgió la pregunta por los apodos y con ella la posibilidad de elegirlo o pedir no ser llamados así. “Me llaman Kami, de Kamikaze,- dijo un chico- pero no se bien que quiere decir.”

Vamos conversando y en ese devenir preguntamos -: “¿qué piensan, ¿qué creen que es la salud mental?”-. Algunos dicen -: “estabilidad, bienestar”-. Desde otras zonas de las rondas y de manera espaciada se escucha -: “esquizofrenia”, “sentimientos”, “emociones”-. Escuchamos e intercambiamos, preguntamos un poco más -: “¿y salud corporal?”-, -: “a veces duele el cuerpo”-. responde una chica. -“La panza, cuando estás nervioso”-. dice otra voz. -: “La garganta, a veces no podés hablar”, “el pecho.”-

En ocasiones durante esos primeros intercambios verbales, el paracaídas comienza a ser tensado, tironeado. Buscando entrar en código, respondemos del mismo modo, sin enunciar eso que pasa, sosteniendo y oponiendo nuestra fuerza a esos tirones, buscando que la tela mantenga una tensión suficiente como para que no se desinfe o no se vaya solo para un lado. Se entretejen palabras, gestos, miradas cómplices. Vamos tramando algo que no tiene ni necesita consigna previa. Lo acompañamos a crecer. Pronto ese paracaídas se eleva, sentimos el aire en el rostro, en ese subir y bajar que cuando lo hace engloba “algo” en el centro. De pronto, un estudiante pasa corriendo por abajo y se vuelve a tomar de esa tela que ya es común. -¿“Quién más se anima a pasar”?- Pasan de a dos, de a tres. Algunos pasan y otros sostenemos. Consignamos: - “me miro con alguien y cambio de lugar”-. Van apareciendo encuentros de miradas y acuerdos posturales. Alguien pasa y se detiene en el centro. Se sienta. Invitamos a multiplicar esa idea -: “¿alguien más tiene ganas de ver lo que se siente desde ahí?”- Pasan varios. Alguna de nosotras acompaña ese grupo mientras los otros siguen sosteniendo esa tela que ahora se volvió techo. - ¿“Con qué intensidad quieren que suba y baje el paracaídas: 1, 2 o 3”?- La mayoría de las veces responden con bastante entusiasmo: -“Tres”-. Entonces el agite es veloz, fuerte, provoca más viento, la tela toca las cabezas, las risas aumentan. Detemos, la imagen de los pelos con frizz da más risas. Seguimos consignando con algunas posibles hipótesis: -“y ahora pasamos quienes queremos tener los pelos así!”-, -“noo no paso ni loca”-, dice una chica. Se va armando mayor complicidad. “Vamos al centro los que anoche nos quedamos scrolleando hasta tarde” o “los que vivimos a más de 10 cuadras”, o “los que nos cuestan las matemáticas” o “quienes hacemos deporte o actividad artística”.

Otras veces en cambio, ofrecemos la dinámica de las 3 esquinas en las que siempre, nunca o a veces...:” me gusta jugar”, “duermo mucho los fines de semana”, “registro cuando me siento mal” , “pido ayuda”, “puedo cuidarme”, “cuento con otros para hablar” etc. Consignas que nos permitan preguntar y también escucharles, generando juntos, nuevos interrogantes. Y en esas diagonales, yendo y viniendo, se van preguntando a sí mismos y entre sí. Van conociendo un poco más a sus compañeras y compañeros. Se encuentran en distintas esquinas con alguien que consideraban distinto y con quien ahora coinciden en algo. En un grupo de primer año, una chica dijo: -“yo quiero decir que, aunque no seamos muy amigos, yo estoy para escuchar”. - Se hizo un silencio. Otro chico dijo: - “Yo también estoy para escuchar”. Se abre un nuevo tiempo. Un silencio sostenido en una profunda calidez. En nuestro pensamiento aparece la pregunta: ¿Nos tocaron los peores? Un grupo buscando y encontrando modos de construir nuevas modalidades de relación, de sostenerse entre pares. Nosotras y la referente del DOE, siendo testigos de ello.

Vamos observando sus gestos y actitudes posturales, escuchamos las palabras y decires que circulan entre ellos, los pedidos que van surgiendo. Acompañamos a quienes están por fuera, en los bordes. Escuchamos a quienes nos hablan en voz baja y tímidamente, quienes lanzan palabras desde lejos para ser escuchados por todos, propiciamos que se escuchen todas las voces, que circulen en el grupo, así se van desplegando las escenas, pliegues que antes permanecían ocultos, latentes. las propuestas van deviniendo.

Cuando el aula se transforma...

En ese clima de confianza construido buscamos habilitar el juego espontáneo⁴. Ofrecemos materiales no figurativos, a veces son telas, otras sogas, también cajas de cartón. Si percibimos la necesidad de mayor sostén y estructura, estamos atentas para consignar o invitar.

Se empiezan a usar algunos bancos, los arriman, un estudiante se acuesta sobre ellos, quienes lo tapan con una tela hasta el cuello son ahora cirujanos en una sala de operaciones. En otro rincón, también se juntan bancos, pero esta vez ofician de techo. La tela lo cubre todo hasta abajo. Un chico elige entrar allí acurrucándose.

¿Busca estar al resguardo de las miradas por un ratito? ¿Busca un espacio pequeño de contención? En otro sitio, la tela envuelve los cuerpos, “Soy Nerón” dice un chico mientras otras tres “vestuaristas” asisten a ese personaje que acaba de emerger. Otras telas son usadas como juegos de arrastre. Un chico es transportado por quienes tiran con fuerza de la tela. Se oye una canción de cuna, una estudiante es hamacada y arrullada por otros cuatro. Al mismo tiempo cruza el espacio una marcha fúnebre. Alguien yace en la tela mientras los demás lo transportan en su funeral. Otros seis demuestran su fuerza jugando una cinchada.

Estas son algunas de las escenas que pudimos compartir y en donde se despliega el deseo de encontrarse lúdicamente.

Cuando se pone el cuerpo en juego aparecen otro tipo de reflexiones. Hay algo del cansancio que trae pausa y ésta, una quietud que permite contactar con sensaciones internas. Al tomar contacto con el cuerpo y a través de él con lo que no se puede nombrar, aparecen metáforas e imágenes que bordean lo que se siente.

Los acompañamos entonces a contactar con ellas, a ponerle palabras, en ese espacio/tiempo habilitado para el descanso.

Para el cierre del taller les propusimos que armen un mural cuyo encabezado era: “Para cuidarnos necesitamos...”. sus palabras escritas fueron: “Supervisión”. “Paz mental”. “Compañía y respeto”. “Atención”. “Construir más con todos”. “Usar Preservativo (Condón)”, “Tomar precauciones”. “Tenemos que respetarnos y escuchar al otro, más si es algún problema”. “Tratarnos de una manera más sana y menos violenta”.

Ese tiempo abierto y algo errático, trae efectos que pueden ser leídos en un sentido u otro. Algo pasa, muchas veces imperceptible. Algo que no se viraliza, pero anoticia a otros. Queda un tiempo allí para recoger esas señales. Algo que se conversa entre los presentes, más cerca, en el “uno a uno”. Al final, el dispositivo trae una proximidad que conviene sostener, al margen, tras un decir, una mirada o un gesto. Al quedarnos ahí, esperando, muchas veces alguien se acerca, consulta, comenta, pregunta. Otras, alguien de la propia institución toma la posta, retoma lo que escuchó, reconoce un reclamo, confía en la palabra que surgió allí entre ellos. Lo que diverge y se encausa nos requiere aún allí, escuchando sus divergencias y sus dolores. Los mil y un relatos de los peores, que se mantienen firmes ante la invitación todavía vigente del jugar y del tramar la continuidad entre generaciones. Con sus referentes educativos, que todavía acompañan en medio de tanta adversidad.

⁴ El jugar espontáneo es esa actividad que nace, dirá Calmels (2018) en un espacio confiable, a partir de la asociación de un objeto con otro, del deseo de querer jugar con otros y también de poner en juego la agresividad. Se van armando ciertos relatos o historias, o replican y se inspiran en algunos juegos que ven en sus compañeros.

Referencias

- Colectivo Aupas (2026) *La salud corporal en disputa*. Psicomotricidad en Transformación. Ed Corpora.(pp. 252)
- Calmels, J. (2009) *Infancias del cuerpo*. Ed. Puerto Creativo.
- (2018) *El Juego corporal*. Ed.Paidós. (pp.11)
- Lesbegueris, M . (2022) Diálogos entre la educación física y la psicomotricidad. En *La Constitución de las Corporeidades*. Praxis Grupo Editor. (pp. 120)
- (2024) *Notas sobre los vínculos corporales y el cuidado de la vida corporal en la primera infancia*. En Colección enseñar y cuidar. Subsecretaría de Educación. Dirección Provincial de Educación Inicial. Portal educativo de la provincia de Buenos Aires. Continuemos estudiando. (pp. 9)
- Stolkiner, A. (2013). Las formas de transitar la adolescencia hoy, y la salud/salud mental: Actores y escenarios. En *Novedades Educativas* (Vol. 25, N.º 268, pp. 40-46).

07

SECCIÓN

Psicología Clínica y Salud Mental



PH: @josefina_dinucci

Introducción

En la actualidad, el suicidio configura una problemática grave de salud pública en ascenso que moviliza a los organismos internacionales a producir lineamientos e investigaciones continuas tendientes a abordar este fenómeno multicausal y complejo. La vida se reconoce como el derecho humano por excelencia, fundamental e inalienable. Por lo tanto, los agentes de salud orientan sus prácticas a sostenerla y a disminuir el padecimiento lo más posible. Sin embargo, cabe preguntarse por los alcances y las limitaciones de los profesionales de la salud frente a la ideación suicida. Dado lo vasto de este debate, se propone un acercamiento a la temática para repensar la decisión individual y su implicancia como hecho colectivo.

El fenómeno del suicidio

Se entiende por suicidio al “acto de matarse deliberadamente” (Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014, p. 16). Si bien no se lo considera “una entidad psicopatológica ni se circunscribe a un padecimiento mental” (Ministerio de Salud de la Nación, 2021, p. 25), requiere ser abordado como un fenómeno complejo que constituye una problemática de salud primordial. Como profesionales de la salud, suele operarse bajo la premisa de que, en la mayoría de los casos en que un sujeto presenta ideación suicida, subyace un deseo de “no vivir más así”; ante esto, al implementar los recursos disponibles en un trabajo interdisciplinario, junto con la red vincular y la comunidad, la idea tiende a rectificarse. No obstante, cabe preguntarse: ¿se está en condiciones de afirmar que esto sucede con todas y cada una de las personas? ¿Cuáles son las consecuencias, tanto para el sujeto como para sus allegados, de la ausencia de regulaciones producto de la ilegalidad? Para los fines de este trabajo, resulta necesario mencionar otras opciones comprendidas dentro de la órbita de la decisión sobre la propia muerte: la eutanasia, el suicidio asistido y la muerte digna.

Delimitaciones conceptuales: Eutanasia, suicidio asistido y muerte digna

La eutanasia es definida como: La terminación intencional de la vida por otra persona (el médico tratante), de una forma digna y humana, a partir de la petición libre, informada y reiterada del paciente, que esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna a causa de enfermedad terminal o grave lesión corporal. (Resolución 971, 2021, p. 1)

En la actualidad, los países que contemplan la eutanasia por motivos de salud mental son los Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo. Por otro lado, el suicidio asistido consiste en proveer los medios e insumos necesarios para que sea la propia persona quien los instrumente con el fin de terminar su vida.

En cambio, la muerte digna, basada en el principio de autonomía y comprendida actualmente en la legislación argentina, expresa que la persona que:

Presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación [...] tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. (Ley Nº 26.529, Art. 2)

En este sentido, cabe interrogar: ¿qué constituye lo irreversible, lo incurable o el estadio terminal en el campo de la salud mental? ¿Se llevan a cabo prácticas desproporcionadas en este ámbito? ¿Puede hablarse siempre, en esta disciplina, de condiciones reversibles y curables? Con el fin de ampliar la perspectiva, resulta

útil examinar el rol que juegan las representaciones sociales en las distintas posturas frente a la muerte y al suicidio.

Representaciones sociales de la muerte y el suicidio

Ariès (1974) sostiene que, en la Edad Antigua, debido a su carácter próximo y familiar, la muerte era concebida como un destino colectivo de la especie. El moribundo era el protagonista inequívoco en su lecho de muerte y se lo ubicaba como poseedor de una sabiduría exclusiva. A partir de la Edad Media, con la introducción del juicio final ligado a la biografía individual, la concepción de la muerte viró hacia lo individual. Cobró preponderancia la idea de la "muerte propia", equiparando la mortalidad con un momento de evaluación y posible fracaso.

En base a estos movimientos, el autor contrapone la "muerte domesticada" de la antigüedad a la "muerte velada" de la modernidad, donde se intenta ocultar el fallecimiento para evitarle a la sociedad la angustia que supone su encuentro. En esta última, el equipo de salud aparece como dueño del momento y de las circunstancias del morir, lo que suscita dilemas éticos propios de la contraposición entre el avance de los tratamientos que prolongan la vida y la necesidad de hacer cesar el sufrimiento. Mientras tanto, el sujeto, quien solía ser el protagonista de su muerte, pierde su estatuto y la autoridad de su palabra, quedando relegado a la posición de objeto clínico.

Daray *et al.* (2016) realizan un recorrido similar sobre las consideraciones sociales del suicidio. En la Grecia Antigua, este era considerado un delito contra el Estado y un insulto a los dioses que desencadenaba castigos póstumos. Recién a partir de la Grecia Helenística se comenzó a justificar el suicidio como una vía de escape al sufrimiento, oponiéndose a su penalización. Por otro lado, en América Latina, los incas y los mayas lo consideraban un derecho religioso o una práctica legítima bajo ciertas condiciones. Es a partir del siglo V, con San Agustín como exponente principal, cuando la postura de la Iglesia Católica se radicaliza y se extiende, situando a la vida humana como un don divino del cual solo Dios puede disponer. Bajo esta herencia, en el siglo XIX emerge la medicina como la nueva disciplina encargada de la problemática, desde la cual el suicidio es catalogado como un acto irracional que debe ser impedido a toda costa.

Perspectivas éticas y psicoanalíticas

En base a lo expuesto, se advierte que tras la actitud que la sociedad toma frente al suicidio subyace siempre una posición moral. De este modo, pueden ubicarse dos posiciones antagónicas respecto a la decisión de morir:

1. La doctrina de la sacralidad de la vida: de orígenes judeocristianos, concibe a la vida humana como un bien supremo que debe preservarse y respetarse de forma absoluta. Así, el sujeto tiene el derecho de usufructuar su vida, pero no de disponer de ella ni de decidir las condiciones o el momento de su finitud.
2. La doctrina de la calidad de vida y autonomía: supone que la vida humana debe mantener obligatoriamente condiciones de dignidad para ser considerada un bien. Será cada sujeto quien aporte sus significados singulares para determinar los requisitos básicos que configuren una vida vivible (Farias, 2012).

En esa línea, Lacan (1988) se sirve del mito de Antígona, al que considera el paradigma de la decisión ética, para ubicar en el acto la posibilidad de una restitución subjetiva. En este sentido, bajo particulares circunstancias, solo es posible salir de la captura que produce el deseo del Otro y de la alienación "recortándose, diciéndole no [...] aunque el único modo sea con la propia muerte" (Farias, 2012, p. 43). Por lo tanto, aunque solo sea aplicable a casos singulares, se abre la posibilidad de pensar la decisión de morir como un acto ético en el que el sujeto recupera su dignidad al ejercer el derecho a determinar su propia existencia.

Reflexiones finales

Este trabajo no pretende adoptar una posición moral respecto a la eutanasia en salud mental, ni prescribir un quehacer técnico o institucional frente a la temática. Por el contrario, en el contexto de un desarrollo profesional que contemple la singularidad de cada paciente, el objetivo es inaugurar un espacio de debate sobre un área escasamente investigada y escrita. Es por esto, que, este apartado, más que una conclusión cerrada, configura una invitación a los profesionales de la salud a reflexionar en conjunto.

En el trabajo cotidiano, los equipos de salud continuarán instrumentando todos los recursos clínicos, comunitarios e interdisciplinarios para alojar el padecimiento subjetivo y promover el lazo social. Sin embargo, la apertura de este interrogante ético permite que la práctica no se transforme en un encarnizamiento terapéutico o en un silenciamiento de la autonomía del sujeto, garantizando que la escucha de la singularidad siga siendo el pilar fundamental de la salud mental.

Referencias

- Ariès, P. (1974). Historia de la Muerte en Occidente: Desde la Edad Media hasta nuestros días. El Acantilado.
- Daray, F. M., Grendas, L., & Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba, 73(3), 205–211. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v73.n3.12457>
- Farías, G. (2012). Muerte voluntaria y ética. Trivium - Estudios Interdisciplinarios, 4(1). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912012000100005&lng=pt&tlng=es
- Lacan, J. (1988). El Seminario de Jacques Lacan. Libro 7: La ética del psicoanálisis (1959-1960). Paidós.
- Ley Nº 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 20 de noviembre de 2009. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2021). Abordaje integral de la problemática del suicidio: Lineamientos para equipos de salud. Secretaría de Calidad en Salud. argentina.gob.ar. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/abordaje-integral-del-suicidio-en-la-adolescencia>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: Un imperativo global. OPS/OMS. recs.es
- Resolución 971 de 2021. [Por la cual se establece el protocolo para la aplicación del derecho a morir con dignidad]. Ministerio de Salud y Protección Social.

***Siempre, en todo, medida por medida*⁵: la clínica frente a las disputas familiares judicializadas**

Renata Cermelo, Paula Dachevsky y Laura Pico

Dice Lacan en el Seminario 1: “la técnica no vale, no puede valer sino en la medida en que comprendemos dónde está la cuestión fundamental para el analista que la adopta” (1954:31). Esta afirmación nos convoca a repensar nuestra posición como analistas en los abordajes clínicos con familias judicializadas en el ámbito hospitalario. Es por ello que este texto propone un recorrido reflexivo que surge del trabajo del Equipo de Pareja y Familia del Centro de Salud Mental Nº 3 “Dr. Arturo Ameghino”.

El dispositivo clínico con familias tiene la particularidad de contar con la presencia real del/los otro/s. Este rasgo subraya la dimensión escópica que se añade a la escucha del discurso familiar. La pregnancia de la escena otorga una especificidad al encuadre familiar (Lamovsky, 2005). Estos dos registros, la escucha y la mirada, brindan un rasgo distintivo a la dirección de la cura con familias.

En las derivaciones judiciales, quienes vienen a la consulta son enviados por un tercero a hablar de algo que prefieren mostrar, aunque eso los haga sufrir. La judicialización de las consultas nos invita a reflexionar sobre los modos de intervenir para alojar a los sujetos que se sienten obligados a emprender un trabajo terapéutico. No son las conflictivas familiares las que motorizan la consulta, sino la indicación del juez en el marco de un litigio lo que propicia el encuentro con un analista. Se genera así una intersección, un *entre* lo clínico y lo jurídico. Frente a los fracasos de los vínculos familiares y la insuficiencia del ámbito jurídico para resolverlos, se requiere de la intervención clínica para que se restituya un lugar tercero.

A menudo, las familias que suscitan estos pedidos se encuentran envueltas en dinámicas conflictivas y violentas generadas por separaciones complejas. En estos casos los enredos imaginarios exacerbados generan actuaciones en la misma escena del análisis. Una modalidad que suele aparecer es el intento desesperado por alcanzar una proporción que no existe. Shakespeare, nos ofrece una vía para pensar esta lógica en *Medida por medida*, la obra que retoma la idea bíblica de que “con la medida que midáis a otros se os medirá” (Mt. 7:2), a la que el dramaturgo le agrega vengativas precisiones.

La obra se desarrolla en Viena, la ciudad carnavalesca en donde se ha perdido el respeto por el derecho. Shakespeare lo describe así: “la libertad lleva por la nariz a la justicia, el pequeño castiga a su nodriza y toda la decencia se va al diablo” (Escena 3, Acto 1). Incapaz de restablecer el orden por sí mismo, el Duque delega el gobierno en sus colaboradores. Ángelo asume el mando secundado por Escalus. En esta comedia sombría⁶ (Foakes, 1971) podemos reconocer tres modos posibles de autoridad. Por un lado, la autoridad de Angelo que encarna la aplicación literal y rigurosa de la ley, cuya legitimidad se ve socavada por su propia inmoralidad. En segundo lugar, el Duque que recurre a disfraces y ficciones para intervenir allí donde la aplicación de la ley resulta insuficiente, tanto por los excesos de Ángelo como por su incapacidad para aplicar o cambiar las leyes. Como Hamlet, monta una obra dentro de la obra, proponiendo una salida teatral (Goddard, 1960). En contraste, Escalus, ofrece una tercera posición: es capaz de balancear por un lado la letra de la ley y por otro el espíritu del derecho, logrando un equilibrio entre Ángelo y el Duque (Curto, 2024; Jocelyn-Holt Correa, 2022).

En *Medida por medida*, la pretensión de una justicia fundada en la estricta proporcionalidad revela su imposibilidad. La lógica de la ley del talión, que espera equilibrar el mal con el mismo mal, termina mostrando

⁵ William Shakespeare, *Medida por medida* (trad. Idea Vilariño, Losada, 2008).

⁶ Foakes (1971) denomina *dark comedies* a las obras de Shakespeare que conservan la estructura de la comedia, aunque presentan un tono sombrío y desenlaces ambiguos.

sus propios límites. En la clínica judicializada, las tensiones que se presentan también se organizan en torno a intentos de equiparar lo imposible. La medida se vuelve entonces una contabilidad que sustituye el lazo por un cálculo que se puede observar en las disputas por los regímenes de comunicación, salidas, remedios, ropa, etc. Así, una adolescente debía esperar que cada progenitor le transfiera la mitad del dinero de las fotocopias para poder comprarlas. En otro caso, una madre propuso un cuadro minucioso destinado a organizar un régimen de comunicación en el que tanto ella como el padre pase exactamente la misma cantidad de horas con los hijos. Las diferencias no admiten una medida de conmensurabilidad, por eso el intento de restituir el lazo mediante una equivalencia exacta está condenado al fracaso.

En circunstancias como estas, hemos observado que el trabajo en el *entre* analistas opera como herramienta clínica, ya que en ese *entre* se propone otra escena que finge la comunicación y descentra la mirada sobre la actuación del conflicto familiar. Se trata de desplazar la pregnancia imaginaria mediante otra escena que habilite la palabra por fuera de la confesión o la prueba, terreno propio del ámbito jurídico.

La presencia de dos analistas en la escena transferencial abre una vía de intervención diferente (Vilaseca Roca, Sáez Ramírez; 2010). Plantea un dispositivo flexible que permite la circulación de los lugares transferenciales y ficcionaliza un tipo de comunicación orientada a sostener la neutralidad y evitar el estancamiento promovido por las luchas imaginarias tan habituales en este tipo de presentaciones clínicas. Esta modalidad de intervención terapéutica es realizada simultáneamente por dos terapeutas en condición de igualdad en lo que se refiere a su importancia, funciones y jerarquía. En el campo de lo grupal se denomina coterapia (Pavlovsky y Abadi, 1980).

Cabe destacar que, a esta presencia simultánea de dos analistas le antecede una función esencial: el deseo del analista (Lacan, 1964), aquella disposición ética de presencia y escucha, condición previa y necesaria para que la transferencia pueda instalarse. “Es el deseo del analista el que en último término opera en el psicoanálisis”. (Lacan, 1964 b; p.811). En este contexto, la neutralidad no se reduce a una posición aséptica y distante. Hay neutralidad cuando como analistas no quedamos tomadas imaginariamente en las posiciones de víctima y victimario, ni siendo cómplices de algún relato en singular, ni actuando como espectadoras de la hostilidad que actúan en el consultorio.

Ahora bien, cuando la hostilidad domina la escena transferencial, el acting parece ser el destino obligado. Sin embargo, hemos experimentado que el *entre* analistas permite atenuar esta modalidad y facilita un camino de intervención distinto que puede resituar la dimensión simbólica. La circulación de la función y el trabajo en sesión a través de intervenciones alternadas *entre* analistas, contribuye a desarmar pieza por pieza las situaciones en las que las manifestaciones de rechazo al dispositivo se tornan violentas. Si ese desmontaje ocurre, se abren caminos para que el tratamiento se relance, se generen interrogantes y se produzca nuevo material en la historia familiar.

En el trabajo *entre* analistas se produce un montaje de ficciones institucionales que imaginarizan la terceridad. En esta operatoria la ficción también se traduce en la construcción de objetos que forman parte del quehacer clínico: firma de actas de compromiso, una carpeta con informes de profesionales y constancias de tratamiento, la inclusión de una ficción de autoridad presentes en el consultorio. Estas construcciones ficcionales en la escena transferencial permiten reconducirla y, en ocasiones, dar lugar a una demanda de tratamiento. Cabe señalarse que estos roles ficcionados de autoridad son también un soporte de las carencias de las funciones formales del Ameghino, que por el momento siguen siendo solo un terreno de disputa.

Tal como mencionamos, es propio de la especificidad del dispositivo familiar la ampliación de la base enunciativa de la palabra, donde lo dicho se anuda a lo mostrado con la presencia del otro familiar en la sesión. En los casos judiciales la dimensión escópica cobra aún más relevancia. Allí un gesto, un acta, una otra presencia posibilita, a veces, que esa reiterada mostración de las rivalidades familiares, de lugar a una pausa, una pregunta, una duda, una escansión, para pasar a algo distinto.

Para citar un ejemplo, en un caso en el que un padre debía acreditar su tratamiento individual para reencontrarse con su hijo -si bien las constancias habían sido remitidas al juzgado- la madre, inicialmente no les otorgaba valor. Sin embargo, cuando las mismas le fueron mostradas por la autoridad ficcionada, comenzó a producirse en ella cierta apertura a que el encuentro paterno-filial pudiera concretarse. Por su parte, el padre había logrado establecerse en un tratamiento individual a partir de la firma de un acta de compromiso en el marco del dispositivo familiar. La circulación de estos objetos e intervenciones habilitó en el entramado clínico, un espacio de credibilidad y una apuesta al espacio terapéutico, sostenida en un ordenamiento legal.

Como en la solución teatral mediante la cual el Duque, disfrazado del fraile Ludovico, evita la muerte de Claudio y pone al descubierto la impostura de Angelo, el montaje ficcional sobre la escena transferencial produce condiciones para que los conflictos puedan comenzar a elaborarse en el dispositivo clínico. El régimen de comunicación, la ropa y otros elementos de los hijos pueden comenzar a pensarse desde otra economía. Ya no se trata de saldar cuentas ni de restituir equivalencias, sino de construir acuerdos posibles para esa configuración familiar. En este sentido, el personaje de Escalus introduce una tercera posición: su equilibrio no responde a la exactitud de una proporción, sino a una medida que hace lugar a lo singular y privilegia el espíritu del derecho por sobre la aplicación literal de la norma (Curto, 2024).

En la vida institucional, también podemos ubicar elementos de la obra. La medida que cronometra la tarea asistencial del trabajador bajo sospecha y la tiranía de la norma que obstaculiza la tarea, se entrelazan del mismo modo sombrío que en la comedia. Bajo esta lógica, gran parte del trabajo asistencial por fuera del consultorio -la articulación intra e intersectorial- no ingresa en la cuenta de una ley caprichosa incapaz de hacer lugar a la especificidad de la clínica. Así, una tarea preocupada por la Salud Mental queda sustituida por una cuenta. La escena se repite bajo otras formas: jerarquías caprichosas que se endurecen, intentos de equilibrio que encubren disputas narcisistas por el poder y por el reconocimiento. No es difícil encontrar rasgos de Angelo por los pasillos, en tanto juez severo que encarna la hipocresía moral.

Para concluir, el trabajo en el dispositivo con Parejas y Familias en los casos judicializados requiere de una operatoria que posibilite la transformación del pedido judicial en una demanda de tratamiento que les permita a los sujetos involucrados implicarse en el malestar que denuncian. Destacamos en estos casos el valor del trabajo en el *entre* analistas, antecedido por la función deseo del analista que requiere, más que nunca en los abordajes de pacientes judicializados, una permanente apuesta a la neutralidad, tomando la orientación de Lacan que subvierte el sentido en contraposición a la comprensión (1960). Este trabajo en el *entre* monta ficciones que operan desarmando la lógica de la medida por medida propia de la ley del talión; ficciones que no encubren la verdad, sino que crean las condiciones para que algo distinto de la repetición mortífera pueda advenir.

Referencias

- Curto, J. C. (2024). Law and Literature: Reflections on William Shakespeare's Measure for Measure: Derecho y literatura: reflexiones sobre Medida por Medida de William Shakespeare. *Aequitas*, 16 (16). Recuperado a partir de <https://p3.usal.edu.ar/index.php/aequitas/article/view/6887>
- Foakes, R. A. (1971). *Shakespeare: The dark comedies to the last plays: From satire to celebration*. University Press of Virginia.
- Goddard, H. C. (1960). *The meaning of Shakespeare (Vol. 2)*. University of Chicago Press.
- Lamovsky, L (2005). *Dispositivo Psicoanalítico En Clínica de Parejas y Familias*. EFBA
- Jocelyn-Holt Correa, E. (2022). La balanza de la justicia: las lecciones jurídicas shakespearianas en Medida por medida. *Sur y Tiempo. Revista de Historia de América*, (5), 87–106
- Lacan, J. (1954 [2001]). Seminario 1. Los escritos técnicos de Freud. Paidós.
- Lacan, J. (1964 [2010]). Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Paidós
- Lacan, J. (1964b [2009]) "Del Trieb de Freud y del deseo del psicoanalista". En *Escritos 2, Siglo XXI*,

- Lacan, J., (1960 [2009]) "Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano" En Escritos 2, Siglo XXI.
- Pavlovsky E, Abadi M. (1980). Una experiencia de psicoterapia grupal: la coterapia. Clínica Grupal I, Ediciones Búsqueda.
- Shakespeare, W. (2008). *Medida por medida* (I. Vilariño, Trad.). Losada.
- Vilaseca Roca, A., & Sáez Ramírez, A. (2010). La coterapia. Su utilidad en las transferencias psicóticas. *Intercambios, papeles de psicoanálisis / Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, (25), 55–61.

Introducción

Uno de los ejes centrales del escenario político argentino reciente es lo que el gobierno denomina “la batalla cultural”. Este concepto se refiere a disputas simbólicas y discursivas sobre los valores, normas e ideas que organizan la vida social y determinan qué identidades son consideradas legítimas o “normales”. En este marco surgen los llamados discursos de odio: formas de comunicación que atacan, discriminan o degradan a personas o grupos por motivos de género, orientación sexual, etnia, nacionalidad, discapacidad, religión, condición social u otros factores identitarios.

Históricamente, muchos de estos discursos fueron naturalizados e incluso legitimados socialmente. Sin embargo, en las últimas décadas comenzaron a cuestionarse sus consecuencias psicológicas y sociales. Actualmente existe amplia evidencia sobre el impacto que tienen en la salud mental de quienes los padecen, favoreciendo cuadros de ansiedad, depresión, aislamiento social y conductas suicidas.

Las redes sociales potenciaron la circulación de estas violencias simbólicas bajo la idea de “libertad de expresión”. Plataformas como X (Twitter) amplifican mensajes discriminatorios que muchas veces se reproducen sin regulación ni reflexión sobre sus efectos subjetivos y sociales.

Discursos de odio y salud mental

Desde su asunción, el presidente Javier Milei impulsó medidas y discursos cuestionando políticas vinculadas a derechos humanos, feminismos y diversidad sexual. Entre otras acciones, eliminó el Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad, disolvió el INADI y promovió discursos contra colectivos LGBTQ+ y personas con discapacidad. En 2025, la Agencia Nacional de Discapacidad generó controversia por utilizar términos estigmatizantes como “idiota” o “débil mental profundo” en documentación oficial.

La ONU define los discursos de odio como expresiones que promueven discriminación, hostilidad o violencia contra personas o grupos en función de características identitarias. El ex INADI agrega que estas narrativas buscan legitimar prejuicios y exclusiones sociales, especialmente a través de medios de comunicación y redes sociales.

Las personas pertenecientes a minorías sociales presentan mayores tasas de ansiedad, depresión y trastornos relacionados con el estrés.

Una explicación central es la teoría del estrés de las minorías desarrollada por Ilan Meyer, quien sostiene que las poblaciones históricamente discriminadas enfrentan un estrés adicional derivado del rechazo social, la discriminación cotidiana y el temor permanente a ser violentadas.

Este mecanismo suele desarrollarse en distintas etapas:

1. Construcción de un “otro” como amenaza.
2. Generalización y estereotipos.
3. Creación de chivos expiatorios responsables de los problemas sociales.
4. Deshumanización y justificación de la violencia.

Actualmente esto puede observarse en discursos contra inmigrantes, personas LGBTQ+ y personas con discapacidad, presentadas como responsables de problemas económicos o sociales.

Redes sociales y violencia digital

Internet y las redes sociales cumplen un papel central en la expansión del odio. Aunque permiten visibilización y organización colectiva de minorías, también facilitan el anonimato y la impunidad en situaciones de hostigamiento y ciberacoso.

La exposición constante a agresiones virtuales produce consecuencias emocionales significativas: aumento de ansiedad, insomnio, desesperanza y retraimiento social.

Estas dinámicas afectan especialmente a adolescentes y jóvenes, quienes se encuentran en etapas fundamentales en la construcción de la identidad y autoestima.

Los discursos de odio generan además procesos de discriminación internalizada. Muchas personas terminan incorporando los mensajes negativos sobre su propia identidad, desarrollando culpa, vergüenza y autodesprecio.

Entre las principales consecuencias en la salud mental pueden mencionarse:

- Estrés crónico y ansiedad social.
- Trastornos depresivos y baja autoestima.
- Conductas autolesivas e ideación suicida.
- Aislamiento social.
- Dificultades para establecer vínculos saludables.
- Impacto negativo en el desarrollo emocional de jóvenes y adolescentes.

Según datos de The Trevor Project (2022), el 45% de jóvenes LGBTQ+ en Estados Unidos manifestó haber considerado seriamente el suicidio durante el último año.

La pirámide de violencia

La Liga Antidifamación desarrolló la llamada “pirámide de violencia”, herramienta que permite comprender cómo los prejuicios cotidianos pueden escalar progresivamente hacia formas extremas de violencia.

En la base se encuentran estereotipos, burlas y prejuicios naturalizados. Luego aparecen discursos de odio, acoso y discriminación. Más arriba se ubican ataques a símbolos, propiedades o derechos de determinados grupos. Finalmente, en la cúspide, aparecen la violencia física y los crímenes masivos.

La importancia de esta perspectiva radica en comprender que ningún acto violento surge de manera aislada: la violencia física suele estar precedida por procesos de legitimación simbólica y deshumanización.

Espacios seguros y estrategias de prevención

Frente a estas situaciones, los espacios seguros y afirmativos funcionan como factores protectores. Son ámbitos donde las identidades son respetadas y donde las personas pueden construir redes de apoyo emocional y social.

También resultan fundamentales las políticas públicas orientadas a prevenir la discriminación y promover la inclusión. Entre las estrategias más relevantes se destacan:

- Educación y sensibilización sobre diversidad y derechos humanos.
- Legislación contra prácticas discriminatorias y discursos de odio.
- Acceso a servicios de salud mental con perspectiva inclusiva.
- Fortalecimiento de redes de apoyo familiar y comunitario.

Conclusión

Los discursos de odio constituyen una forma de violencia simbólica con graves consecuencias psicológicas y sociales. No solo afectan la salud mental y autoestima de quienes los padecen, sino que también deterioran la convivencia democrática y profundizan desigualdades estructurales.

Combatir estas formas de violencia requiere compromiso institucional, responsabilidad social y políticas públicas inclusivas. Promover espacios seguros, educación en diversidad y acceso a recursos de salud mental resulta indispensable para construir una sociedad más justa y empática.

Además, es importante reconocer que todas las personas, en mayor o menor medida, pueden formar parte de alguna minoría social. Defender los derechos de grupos históricamente discriminados implica también defender una convivencia basada en el respeto, la dignidad y la igualdad.

Referencias

- Hatzenbuehler, M. L. (2014). Structural stigma and the health of lesbian, gay, and bisexual populations. *Current Directions in Psychological Science*, 23(2), 127–132.
- Herek, G. M. (2009). *Sexual stigma and sexual prejudice in the United States*. Springer.
- INADI (2023). Una aproximación de los discursos de odio: antecedentes de investigación y debates teóricos.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.
- The Trevor Project (2022). *National Survey on LGBTQ Youth Mental Health*.
- UNESCO (2020). *Out in the Open: Education sector responses to violence based on sexual orientation and gender identity/expression*.

Frente a una situación que desborda el punto de referencia es el hospital más cercano. El cuerpo médico desde la lógica del amo, pondrá en marcha las maniobras necesarias para retornar a la situación previa al desborde, no obstante ¿Que hace allí un analista?

Siguiendo a Sotelo (2015), la clínica de la urgencia, pensada desde la orientación lacaniana, es el psicoanálisis mismo, un psicoanálisis de trinchera, sin estándares pero con rigor ético. Es por eso que el presente escrito propone a partir de dos recortes clínicos, una reflexión respecto al lugar psicoanálisis y del analista en la urgencia.

Urgencia colectiva. Caso familiares

La siguiente escena se desarrolló en la sala de espera de la guardia de un Hospital General. El equipo de salud mental fue convocado ante el desborde de los familiares de un joven de dieciocho años, el cual había fallecido en una cirugía de urgencia.

Al llegar a la escena pudimos observar las manifestaciones singulares ante la pérdida. Un grupo permanecía incrédulo, otros lloraban y algunos golpeaban el mobiliario del servicio profiriendo amenazas ¿Cómo comenzar a abordar la situación y delimitar algo de esta urgencia colectiva? ¿De qué forma se interviene cuando la tragedia no es un relato, sino algo que está sucediendo en este instante?

Para abordar la urgencia, Sotelo (2024) propone seguir los tiempos lógicos propuestos por Lacan (1945): El instante de ver, el tiempo de comprender y el momento de concluir. El instante de ver remite al quiebre, momento en el que el sujeto desaparece tras el estruendo que lo invade, perdiendo el dominio de sí mismo. Podemos pensar en este punto el momento en el cual los familiares se anotician del fallecimiento del joven así como las distintas manifestaciones que presentaban.

Para que el grito se transforme en llamado hará falta que haya un Otro que acuse recibo (Sotelo, 2015). El analista, haciéndose destinatario de una demanda desordenada, a veces agitada o amenazadora, intentará anudar la crisis al campo del Otro a partir de la oferta de una escucha. A pesar de que no pueda cambiar las circunstancias, permanece allí en presencia, incluso con su impotencia (Briole, 2020). Con estas coordenadas presentes escuchamos retazos de historias, todas a la vez. Algunos nos contaban como había ocurrido, otros buscaban culpables, desplegaron su dolor, enojo, e impotencia. Pensé entonces que tenía que decir algo que alivie ¿No es esa la función del psicólogo de guardia? La madre del joven se adelantó y afirmó *“nada de lo que digan me va a hacer sentir mejor, se acaba de morir mi hijo”*. Asentimos en silencio. No había nada que decir pero podíamos acompañarla, ofertando presencia y escucha. De a poco, los golpes y gritos cesaron, la oferta de la escucha los encausó hacia un decir. El tiempo de comprender es una apuesta a la palabra que propicia el trabajo de subjetivación. Ubicamos allí una doble vertiente, tanto nuestra disposición a escuchar, así como también la decisión de guardar silencio, ya que no solo se trata de poner la palabra a circular, sino también de preservar el espacio para lo indecible.

Llegamos por último al momento de concluir. Lo que concluye es el tiempo de comprender. Es necesario que algún sentido quede abrochado incluso aunque esté destinado a perderse luego. En este caso, se jugó en la despedida de los familiares, invitándolos no obstante a retornar al otro día, asegurándoles que en caso de querer conversar el Hospital los iba a estar esperando.

Lucía de 22 de años cursó una internación por salud mental por presentar ideación suicida durante la cual se animó a contar por primera vez que había sufrido violencia sexual. Los recuerdos constantes le resultan aterradores e insoportables.

El espacio de psicoterapia permitió comenzar a armar cierto relato del horror al que fue sometida. Se efectivizó la denuncia y Lucía se animó a pedir una orden de restricción contra sus agresores. No obstante, la ideación suicida persistía, reagudizándose ante el descreimiento de su familia. Por momentos quería que “*todo termine*” e intentaba retirarse de la internación. Dado el grado de riesgo para sí y la imposibilidad de poder articular con la familia y/o acompañantes hospitalarios por falta de recursos, se solicitó una consigna policial para garantizar su permanencia. Una tarde, Lucía intentó quitarle el arma a su consigna policial refiriendo intenciones de quitarse la vida.

Me pregunto ¿Cómo se puede intervenir tras lo sucedido? ¿Cuál es el impacto del desfinanciamiento de la salud pública y la consecuente falta de recursos? ¿Por qué hay policías armados en las salas de internación de salud mental?

Una posible construcción: el valor del pasaje al acto

“Llegado el caso, es una lección de humildad como terapeutas reconocerlo, no podemos impedir un acto”- (Miller, 1988, p. 57). Siguiendo los tiempos lógicos planteados por Lacan (1945) podríamos pensar el pasaje al acto como un concluir sin comprender. Al retomar a Lacan (1945) en sus elaboraciones al respecto, Muñoz (2009) los relaciona con aquellos momentos cruciales, con potencial de cambio de destino, abre entonces, la posibilidad de reflexionar acerca del valor del pasaje al acto.

Briole (2020) afirma que salir de la escena de la vida, para escapar de la presentificación de la muerte (la cual se presenta en la repetición del traumatismo) es la paradoja del sujeto traumatizado. En esa línea Muñoz (2009) plantea el pasaje al acto como un último intento de un sujeto que no quiere desaparecer, por resolver la presión de un goce que amenaza con hundirlo, un tratamiento de lo real por lo real, que apunta a producir una diferencia. Siguiendo la misma línea, Duffformatelle (2020) refiere que el riesgo da pie al azar, desarmando la repetición del pasado. Arriesgar la vida inaugura un tiempo otro, correr el riesgo de no morir plantea la pregunta de saber que nos hace vivos, pero más aún, seres capaces de llamar.

Nuevamente me pregunto ¿Cómo seguir trabajando con Lucía tras lo sucedido? ¿Cómo propiciar una inscripción y elaboración del pasaje al acto? En el prefacio a la edición inglesa del *Seminario 11* Lacan (1976, p. 62) expresa: *“Mientras escribía esto, los casos de urgencia me estorbaban. Escribo, sin embargo, en la medida en que creo debo hacerlo, para estar a la altura de esos casos, para formar con ellos un par”*.

Briole (2018) dirá que, si bien el pasaje al acto implica un corte temporal con el Otro, esto no descalifica al analista como interlocutor. Por el contrario, lo pone al pie del acto, entre la espada y la pared, para hacer par con el sujeto. Frente al uno de la urgencia hacemos par, restableciendo el lazo con el Otro mediante la palabra. No sabremos jamás que pasó, pero hay que poner palabras allí donde faltarán para siempre las de aquel que fue preso de una locura repentina. Se trata de localizar aquello que se desanuda y construir en conjunto un anudamiento posible que le permita vivir (Muñoz, 2008)

Dobón (2024) sostiene que no es lo mismo cuando el pasaje al acto sucede enmarcado en un tratamiento que cuando no. Cuando se dice que hay que reencauzar la urgencia hacia un decir, no se aclara que el que debe reencausarse es el analista en su semblante. Para poder sentarme a hablar con Lucía fue necesario reestablecer el encuadre y mi posición. Acordamos que las sesiones finalizarían en caso de conductas autolesivas o intentos de fuga, dando intervención al equipo de guardia en su lugar. Seguimos trabajando multidisciplinariamente con psiquiatría, terapia ocupacional y trabajo social. Incorporamos habilidades de tolerancia al malestar correspondientes a la terapia dialéctica conductual. Continuamos apostando al valor de la palabra que desarticula la posición renegatoria y rompe el pacto de silencio impuesto por los abusadores. De a poco, las palabras construyeron un borde para el horror de lo indecible, se articuló su dolor al campo de un Otro más amable, dispuesto a alojar aquello intolerable. La institución actuó como garante de aquellos

derechos que habían sido vulnerados. Sus familiares comenzaron a creerle. Se construyó el espacio para otras cuestiones, aparecieron razones por las cuales sí quería vivir. El día que se fue de alta dijo *“No puedo olvidarme de lo que pasó, pero ahora ustedes también lo saben”*.

Palabras finales

En una época de urgencia generalizada, donde aquellos lugares que se creían conquistados vuelven a peligrar, repensar el valor de nuestra práctica y la especificidad de nuestra función se vuelve necesario. El analista en la urgencia hace una apuesta a la palabra, crea las condiciones para que esta pueda circular, reanudando sus efectos. Ante la pregunta de cómo empezar a intervenir, siguiendo la orientación de Heinrich (2023), considero que en principio bastará con crear en el sujeto la suposición de que hay un Otro que sabe escuchar.

Referencias

- Briole, G. (2018). Hacer el par, en situaciones de urgencia. XII Jornadas anuales de Pausa. "Urgencias hoy".
- Briole, G. (2020). El trauma momento de crisis por excelencia. p4-p10. Virtualia Revista digital EOL.
- De Dominicis, K., Barrionuevo, C. y Cid, G. (2023). El sujeto en la urgencia. Aportes fundamentales del psicoanálisis a la Salud Mental desde la perspectiva de la clínica de la urgencia. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Dufourmantelle, A. (2020). Elogio Del Riesgo. Nocturna Argentina.
- Farias, Gisela. (2012). Muerte voluntaria y ética. Trivium Estudios Interdisciplinarios, 4(1), 35-47. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217648912012000100005&lng=pt&tlng=es.
- Heinrich, H. (2023). El sujeto supuesto desear. En Cuando la neurosis no es de transferencia (pp. 115–122). Letra Viva.
- Lacan, J. (1945): “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma”, en Escritos I, Bs. As., Siglo XXI.
- Lacan, J. (1962-63): El seminario, libro 10: La angustia, Bs. As., Paidós, 2006.
- Lacan, J. (1964). El inconsciente freudiano y el nuestro. En J. Lacan, Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis (págs. 25-36). Buenos Aires - Barcelona - México: Paidós.
- Miller (1988) Jacques Lacan, Observaciones Sobre Su Concepto de Pasaje Al Acto. Actualités Psychiatriques.
- Mitre, J., Dobon, J. y San Miguel, T (2024). Hospitales en tiempos de urgencia. https://www.youtube.com/watch?v=2_68PCRzAzw&t=4426s
- Muñoz, P. (2008). La locura del pasaje al acto. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Muñoz, P. (2009). La invención lacaniana del pasaje al acto: De la psiquiatría al psicoanálisis. Buenos Aires. Manantial.
- San Miguel, T. (2011). Urgencia y discursos. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Sotelo, I. (2007). Clínica de la urgencia, Bs. As., JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (comp.) (2009). Perspectivas de la clínica de la urgencia, Bs. As., Grama Ediciones.
- Sotelo, I. (2015). DATUS: Dispositivo Analítico para Tratamiento de Urgencias Subjetivas, Bs. As., Grama Ediciones.
- Toporosi, S. (2018). En carne Viva. Abuso sexual infantojuvenil. TOPIA.

08

SECCIÓN

Mesa de cierre



PH: @josefina_dinucci

Vivimos en una época extraña, singular e inquietante. Cuanto más desenfrenadamente aumenta la cantidad de información, tanto más decididamente se extiende el ofuscamiento y la ceguera para todo aquello que implique a las “manifestaciones” del sujeto. Aún más: a mayor información, menor capacidad de discernimiento y reflexión.

El pensamiento en “nuestra” llamada posmodernidad cada vez más y más enceguecido, intenta transformar “el pensar” en un calcular sin visión cuya única posibilidad es contar solo con los efectos y con las sensaciones. En una palabra, “contar” solamente con la inmediatez, y con el congelamiento de la dialectización de las ideas.

El dolor, la angustia, el sufrimiento psíquico y todo aquello que en calidad de síntoma freudianamente entendido permita abrir puertas a las verdades del sujeto deseante, será sofocado, neutralizado por una “lectura” totalizante compuesta en clave química destinada a silenciar el lazo acogotante al que nos somete con un sinfín de artimañas y subterfugios el capitalismo financiero, ese discurso cada vez más descarado y descarnado devorador de espíritus y cuerpos. Discurso capitalista que si bien tal como lo asevera J. Lacan está destinado a reventar, su sagacidad, su “viveza”, el cinismo, (permitanme el neologismo) ese “narcicínismo”, no deja de entificar y degradar la potencia simbólico-real de la palabra, transformándola en el signo del cambista. Una lógica de mercado de carácter Maquiavélico que inaugura un tiempo que acordaría en llamar tal como lo hace el filósofo italiano Giuliano de Empoli “La hora de los depredadores”. Depredadores de la singularidad subjetiva, cuya ambición de base, lo sepan o no, es colmarnos de sentido imponiendo un destino a nuestros deseos, sin que estos ni siquiera hayan tenido el tiempo lógico-existencial de ser expresados y laborados psíquicamente en cada uno, en dirección al Otro y consecuentemente a los otros, no solo en un intercambio subjetivo sino basalmente inter-significante.

Los asuntos del deseo, las cuestiones del amor, las de la muerte y las del sexo intentan desplegarse con las pretenciosas y solapadas argucias en el territorio de Google, Microsoft o en la supuesta inteligencia artificial sumadas a las operaciones tecno-químicas auspiciadas por los intereses mezquinos de los laboratorios locales y multinacionales. Le Gun, uno de los padres de la inteligencia artificial, se jactaba gozosamente diciendo que “... Dentro de un tiempo vuestro asistente virtual sabrá todo lo que hacéis y se hará una idea muy precisa de lo que queréis. Podrá incluso predecir lo que podrías querer...”. Operaciones de las cuales resulta que la “consumación” del deseo es convertida en consumición de objetos imaginarios dispuestos a un consumismo que resta dignidad a los asuntos del sujeto y del deseo, eso que Lacan en el Seminario 17 llama Letosas. Cómo no recordar aquí con ustedes que en los años inmediatamente posteriores a la peste, mientras el mundo parecía restablecer sus circuitos de producción y consumo el corpus social reveló que la angustia no había sido exclusivamente un efecto colateral del enclaustramiento, tampoco el resultado (causa-efecto) de lesiones o neuroinflamaciones en el tronco encefálico, una suerte de respuesta al COVID 19 y/o al encierro, sino la cruda puesta en escena de aquello que interroga acerca de la precariedad de nuestra inefable existencia. Emergencia de la difícil pregunta por los modos de habitar el deseo junto con el particular lazo social que ese habitar genera y que bien podríamos denominar “nuestros lazos éxtimos”, lazos que fueron “sustituidos” por el alcohol, las sustancias tóxicas de todo tipo, los ansiolíticos, los antidepresivos, y los estabilizadores del ánimo que no llegan al alma. Psiquismo que por supuesto es no sin los otros de carne y hueso.

Las estadísticas a nuestro alcance lo confirman, pero se trata solo de cifras que cifran “algo más retorcido”, más profundamente torsionado, me refiero a un pasaje indiscriminado y desatendido (esto es ciego, sordo y

mudo) al dominante diagnóstico médico del síntoma en el territorio de la llamada salud mental. Manifestaciones sintomáticas a las que no se interroga. En fin..., que vamos del deseo y sus vicisitudes, desplazamientos y escondrijos, a la formulación burocrática de protocolos. Respecto de la utilización de los recursos farmacológicos la cuestión estriba en el abuso que puede conducir a la desatención de lo subjetivo de un síntoma al que por la búsqueda de resoluciones que no son tales, no se le otorga “la palabra” en tratamientos más bien destinados a silenciarla y no a posibilitarla. La cuestión adquiere ese valor destitutivo cuando la psicofarmacología se convierte en agente renegatorio. No resuelve el malestar, lo desmiente. Destaquemos entonces que no se trata de posiciones anacrónicas que niegan el valor terapéutico de los fármacos, ni mucho menos de las diferentes posiciones respecto del diagnóstico en el ámbito de la “salud mental”, casualmente hablamos de ese tema en esta querida institución hace más de veinte años. Lo que está en juego en nuestra contemporaneidad es el modo en el que el discurso capitalista a partir del ensamble saber-poder y goce del mercado con su pasión acumulativa ha hecho del sufrimiento del “hablante ser”. Sufrimiento convertido en una cuestión administrativa, protocolarmente insensible.

El sujeto confrontado con su fragilidad, con su carencia, con la peste en tanto anuncio de su endeble fue impulsado a silenciarse, a no interrogarse por su “intimidad”. Esta no significa una mera interioridad de la sensibilidad, ni un grado de “calidez sentimental”, tampoco adjetiva modos de ser del “alma bella” en la actualidad y su apreciación ingenua del mundo. Digamos que los asuntos propios de la intimidad a la que hacemos referencia en tanto “intimidad-éxtima” nombra en primer lugar la fuerza del deseo inconsciente en el enjambre de los anhelos en el mundo fantasmático de cada Ser. El sujeto en los juegos de mercado ya no se interroga por lo que pasa en lo que le sucede. Ahora se “performatea”, se calibra, se somete a los estándares y a los estandartes de aquello que un capitalismo cada vez más furibundo y rechazante considera idealmente óptimo.

La tristeza, el desamparo, la falta de raíces y la imposibilidad de “hacer pie” en algún otro (con mayúsculas y con minúsculas) se traduce en índices de serotonina. La angustia ya no interroga ni se pretende tratar “lenguajeramente” con ella. Es transformada en un ataque, ataque de pánico o de ansiedad, que al igual que los trastornos del sueño, (también “sueños”), se afirman convertidos en disfunciones neuroquímicas, trocando así a la experiencia del lenguaje y al lenguaje de la experiencia existencial en alteraciones causadas por la química cerebral.

Michel Foucault advirtió que cada época tiene su manera de cuidar y de domesticar los cuerpos a través de un plan, un programa de homogeneización. La nuestra, saturada de sentido, estímulos, y urgencias, se ha otorgado una biopolítica de la que, por supuesto no resulta ajena la “salud mental”, compulsada en la producción de individuos, (no digo sujetos) emocionalmente funcionales a los intereses de un discurso pretendidamente único.

Discurso único que expulsa lo singular y lo “íntimo-éxtimo” en el armado de construcciones argumentativas de carácter yoico tendiente a la masificación. El imperativo gozoso del “tú puedes” y el de “estar bien” acusa y acosa a cierto sector social con prescripciones y recetas que imponen eso que Lacan dio en llamar “Letosas”, objetos listos para llevar al Ser. Al ser feliz, al ser exitoso, al ser estable, al ser resiliente llegado el caso, pero siempre del Ser que un “programa” espera y tolera.

La pena, la incertidumbre, la vacilación o la angustia resultan errores de cálculo que psicofármacos mediante y con la colaboración de predicciones, prescripciones y predicaciones normativo-conductuales podrían corregirse.

En esa maquinaria productora de “goce-sentido” el psicofármaco ocupa un lugar central. No solo “alivia”, fundamentalmente silencia. Achata los bordes del dolor, de la angustia, del síntoma, y con ello la mayoría de las veces las preguntas que, en el síntoma, en la inhibición o en la angustia campean sin formularse. Preguntas despedidas antes de que puedan formular “algo” de la singularidad de cada “ex-sistencia”. El síntoma en tanto verdad que se abre camino, o como invención singular frente al malestar (Sinthome), devendrá un índice de

desajuste, y su tratamiento una readaptación pasiva y fatigosa al circuito normativo-productivo de un único “bien social” para todos. Sometimiento al Amo que hace algunos años el pensador Alain Ehrenberg llamó “La fatiga de ser uno mismo”.

El peligro entonces no está necesariamente ligado a la medicación sino a un sistema de comercialización de las vicisitudes de una vida entendida como pura vida, en la cual el sujeto es traducido y reducido a la “gramática” de la neurobiología y desde luego que el resultado será la “suspensión” más que el alivio. En estas circunstancias el sujeto queda “pausado”, “bloqueado”, despojado de la magnitud psíquica que implica la potencia de ciertas preguntas. Nada impediría sin embargo que el psicofármaco pueda ocupar otro sitio y que su función sea la de soportar “el tiempo de la palabra” y no sustituirla. Bien sabemos que existen momentos en los que el sufrimiento psíquico es de tal gravedad que el acceso a la palabra se inhibe, se paraliza. El cuerpo expresa exclusiva y predominantemente su lugar de goce, el pensamiento se convierte en sequedad o torrente, la angustia enmudece como posible interrogante y la significación no se facilita. En tales casos, en esas particulares circunstancias el psicofármaco puede administrarse como un elemento necesario, pero no por ello suficiente. El punto nodal, el desafío en esta nuestra contemporaneidad no será descalificar la medicación negando sus recursos, sino que, en este, nuestro territorio, la psicofarmacología pueda inscribirse en el campo del lenguaje, valorizando y favoreciendo la función de la palabra en las dolencias psíquicas del “hablanteser”. Que las intervenciones no se reduzcan a una sobrevaluación química y que pueda reconocerse en el llamado paciente su posición de sujeto atravesado y producido por las relaciones intersignificantes. La cuestión estriba entonces en no considerarlo como a un organismo desimplicado, desafectado del goce que lo impulsa e interroga. Del dolor que puede llegar a padecer hasta convertirse en un “objeto” pulsional. Se trata desde esta perspectiva de una actitud y una aptitud que no tema reflexionar acerca del acrecentamiento de goce que se goza en el cuerpo, pensando críticamente, ¿por qué no, en los envilecidos intereses de quienes a ese goce lo comercializan en el mercado de las acciones de la industria farmacéutica.

Vivimos, ya lo dijimos, una época donde el dolor psíquico es “anestesiado” en su valor significativo, y no se trata con él. Igualmente ocurre con el síntoma y con la angustia.

En la era de la medicalización industrial el cuerpo no testimonia nada, solo es un soma medible, estabilizable, ajustable. Sin embargo, el cuerpo en ese silenciamiento químico, en ese acallamiento, seguirá otorgándole sitio al eco del significante. No dejará de ser el lugar donde ello se hará oír con sus restos de palabras imbricadas en la “carne del hablanteser”. Una “zona eco-significante” que no podrá clausurarse del todo retornando desde allí un resto, una inquietud que pondrá tope a la ilusión pueril de un exitoso y tecnocrático porvenir, tal como nos lo hizo saber Sigmund Freud en “El porvenir de una ilusión”.

Para concluir, permítanme expresar que espero, deseo activamente que nuestra praxis psicoanalítica no se reduzca a una suerte de complementariedad terapéutica, y que si bien el psicoanálisis se sitúa en tanto terapéutica como “Primus inter pares” no soslaye por eso su pensamiento crítico, esto es, la potencialidad de un “Otro pensar” allí donde la moral y oica del capitalismo financiero pretende hacer silencio nada más y nada menos que en las cuestiones del amor y del deseo, en las cuestiones del saber y del goce.

Freud nos referenciaba al Malestar en la Cultura, esa inevitable y necesaria lectura a incluir en nuestra escucha de las y los analizantes.

Freud señala que para él hay tres puntos en tensión: el propio cuerpo, el mundo exterior y las relaciones con los otros.

“Ya hemos respondido al señalar las tres fuentes del humano sufrimiento: la supremacía de la Naturaleza, la caducidad de nuestro propio cuerpo y la insuficiencia de nuestros métodos para regular las relaciones humanas en la familia, el Estado y la sociedad. En lo que a las dos primeras se refiere, nuestro juicio no puede vacilar mucho, pues nos vemos obligados a reconocerlas y a inclinarnos ante lo inevitable. Jamás llegaremos a dominar completamente la Naturaleza; nuestro organismo, que forma parte de ella, siempre será perecedero y limitado en su capacidad de adaptación y rendimiento. (...) Muy distinta es nuestra actitud frente al tercer motivo de sufrimiento, el de origen social. (...) no atinamos a comprender por qué las instituciones que nosotros mismos hemos creado no habrían de representar más bien protección y bienestar para todos. (...) es innegable que todos los recursos con los cuales intentamos defendernos contra los sufrimientos amenazantes proceden precisamente de esa cultura. ¿Por qué caminos habrán llegado tantos hombres a esta extraña actitud de hostilidad contra la cultura?”¹

Freud hace una lectura de las instancias en contradicción que llevan al malestar inevitable de la vida.

La cultura del malestar es otra cosa, es un posicionamiento social y político que es preformador de malestar, malestar que le es funcional al sistema que intenta sostener.

Es indudable que estamos en tiempos de cultura de malestar.

Agresiones permanentes en redes sociales, violencia apenas se rozan dos autos en la calle, violencia entre adolescentes y niños en las escuelas, violencia de género con 170 femicidios en nuestro país desde el 1 de enero al 30 de septiembre del 2025, y así podría seguir nombrando y nombrando malestares, algunos aparentemente pequeños, otros trágicos.

Es poco frecuente que se pueda sostener una diferencia de ideas, una discusión, o un posteo en una red sin que aparezca el insulto, la agresión.

Esto corresponde a una época que hace del malestar el caldo de cultivo para sostener ejes fundamentales del neoliberalismo: me refiero al individualismo, a la meritocracia, al sálvese quien pueda.

Ahora bien, hacer esa lectura es fundamental y contamos para ello con cantidad de pensadores y pensadoras del psicoanálisis, de la filosofía, de la sociología, pero no alcanza si no pensamos como abordar esta cuestión en nuestra práctica. Como acompañamos al sujeto a ubicarse en relación a semejante cultura del malestar.

En esa apuesta es primordial no olvidar que el análisis es un lazo social, y que como nos alertaba Lacan el capitalismo va contra el lazo social. *“Todo orden, todo discurso, que se emparente con el capitalismo deja de lado, amigos míos, lo que llamaremos simplemente las cosas del amor”²*

Así también es fundamental que registremos en la trama de ese lazo el lugar del otro, la construcción del otro, del semejante, la construcción que podemos leer en lo social y también en cada uno o una de los o las analizantes que acompañamos.

¹ Freud Sigmund, “El Malestar en la Cultura”, Obras Completas, Tomo III, Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, pág.3030.

² Lacan Jacques, “Del Discurso Psicoanalítico”, Conferencia en Milán, 1972.

Estamos en un tiempo que más que nunca nos convoca a la creatividad, así como nos convocó Winnicott en esa vanguardia en los años 70 que él tanto investigó y abordó.

Creatividad en la sociedad, creatividad en nuestra práctica.

Algunos colegas se molestan cuando se habla de creatividad, de repensar posiciones clínicas y blandean la cuestión de la ética.

Personalmente creo que un analista que sostuvo una ética precisa fue Winnicott.

Repensar abordajes, discursos, repensar conceptos teóricos de ninguna manera pero se implica carcomer la ética.

Baruch Spinoza en la “Ética Demostrada Según el Orden Geométrico”, Proposición LVII dice: *“Una afección cualquiera de cada individuo difiere de la elección de otro, tanto como la esencia de uno difiere de la esencia del otro”*⁴

Este texto es de 1677. Este simple y contundente enunciado es arrasado cada vez que el saber médico utiliza para un mismo síntoma, pero de distinto sujeto el mismo diagnóstico y la misma terapéutica.

Y dentro del psicoanálisis, aunque nos definimos como una clínica que se basa en la búsqueda de la verdad subjetiva, también se tira por tierra la ética spinoziana cuando la lectura de la singularidad no incluye la historia, la verdad histórica.

Sin duda, ubicarnos en relación a la ética spinoziana y a la Winnicottiana es a mi juicio el posicionamiento indicado

Winnicott sostenía que ética no era norma y hablaba de la ética del cuidado del otro. El individuo siempre contextualizado en su ambiente, siempre leyendo de qué ambiente provenía, en qué contexto estaba.

La lectura singular del consultorio nunca puede excluir la verdad histórica de ese tiempo.

Winnicott se pregunta:

*“¿Qué es lo que necesita la gente de nosotros?” “¿Qué es lo que necesitamos de nuestros colegas cuando sufrimos?”*⁵

Para Emmanuel Levinas, el filósofo de la otredad, la desesperante violencia que arrecia nuestra época tiene una profunda relación con la negación del otro.

Por tanto, es un error y una mirada sesgada recibir como analizante a una mujer que padece violencia de género y leerla como “masoquismo femenino”, cosa que sigue ocurriendo en cantidad de casos, sigo recibiendo pacientes que me consultan después de otros análisis y también de colegas que supervisan conmigo y se les ha dicho esto en otras supervisiones.

La misma posición sesgada de leer las reviviscencias traumáticas del abuso sexual en la infancia como una repetición porque allí hay un goce de quien ha sido víctima de semejante aberración. Suena canalla pero esto se interpreta, el goce que puede haber sentido el niño o la niña víctima del abuso.

La misma lectura sesgada en el contexto del análisis si se aborda el bullying sin trabajar que construcción del otro como semejante tiene quien ejecuta bullying o quien lo padece.

Son todas lecturas sesgadas, que no revisan los corpus teóricos de los que proviene nuestra praxis y no incorporan las variables sociales, históricas, y hablo de la historia familiar, de la historia pasada de esa familia y también de la gran historia de nuestro país, o del territorio de que se trate.

⁴ Spinoza Baruch, “Ética Demostrada según el Orden Geométrico”, Proposición LVII, Editorial Quadrata, Bs. As., 2005, pág.128

⁵ Winnicott Donald, “La Psicología de la Locura. Una Contribución Psicoanalítica”, Exploraciones Psicoanalíticas I, Paidós, Bs. As., 1991, pág.148.

Por tanto, es necesario, como ya nos lo decía tan contundentemente Silvia Bleichmar y como lo dice, con profusión de teoría y clínica Francoise Davoine, que pongamos la creatividad winnicottiana y una lectura que incluya otras lecturas en el encuentro con quien padece de la ruptura del lazo social, de los arrasamientos traumáticos.

Que nos acompañe la enorme Silvia Bleichmar: *“El malestar sobrante está dado, básicamente, por el hecho de que la profunda mutación histórica sufrida en los últimos años deja a cada sujeto despojado de un proyecto trascendente que posibilite, de algún modo, avizorar modos de disminución del malestar reinante.(...) tal vez nuestra tarea, como intelectuales consista la recomposición de las vías para evitar que el material sobrante devore nuestro pensamiento, en la posibilidad de instrumentar nuevas preguntas con respeto por la historia pero sin que la nostalgia por el pasado o la reificación del presente inunde las posibilidades creativas.”*⁶

⁶ Bleichmar Silvia, “Acerca del Malestar Sobrante”, Revista Topía, Bs. As., 1997 <https://www.topia.com.ar/articulos/acerca-del-malestar-sobrante>

PREMIOS JORNADAS 2025

01

Jessica D. Quittner

Del consumo callejero al alojamiento de un padeciente en situación de calle

MESA: ABORDAJE COMUNITARIO

02

Alejandra Paludi

¿Desde la Singularidad o hacia ella? / ¿Dónde estaba Ella?

MESA: NUEVAS FORMAS DE SUFRIMIENTO

03

Silvina Galloro

La pluralidad de lo íntimo en las terapias grupales

MESA: PSICOLOGÍA CLÍNICA EN INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS

04

M. Soledad Boveri y Vanesa Mallo

De Caravana al Museo: entre la expresión artística, la grupalidad y la clínica

MESA: PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD/SALUD MENTAL: NUEVAS PROPUESTAS EN EL CONTEXTO ACTUAL

05

Juan Pablo Mattarucco, Vicente De Gemmis, María Laura Ardalla, Carla Baglivo y Andrea Vincenzi

Itinerancias entre Salud y Educación

MESA: PSICOLOGÍA CLÍNICA EN INTERDISCIPLINA

06

Renata Cermelo, Paula Dachevsky y Laura Pico

Siempre, en todo, medida por medida: la clínica frente a las disputas familiares judicializadas

MESA: PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SALUD MENTAL

09

SECCIÓN

Autoras/es



PH: @josefina_dinucci

Ardalla, María Laura

Lic. de Psicomotricidad. Prof. Nacional de Ed. Física. Docente en la Universidad Nacional de Tres de Febrero. Brinda atención clínica psicomotriz, diagnóstico y acompañamiento. Integrante del equipo de conducción en el ámbito educativo en escuela media.

Baglivo, Carla

Lic. en Psicomotricidad. Entrenadora de Nado Sincronizado. Realiza acompañamientos en clínica psicomotriz para familias, adolescentes y adultos en abordajes individuales y grupales. Docente en UNSAM (Universidad Nacional de San Martín). Integra el colectivo Aupas (Asociación. Civil uniendo psicomotricidad y artes).

Bettinotti Alcoba, Dana

Lic. Psicología (UBA). Ex residente de salud mental del Hospital General de Agudos P. Piñero. Actual jefa de residentes de Salud Mental del Hospital General de Agudos P. Piñero

Blanco, María Josefina

Psicóloga Clínica. Ex residente de Psicología Clínica, Hospital Piñero. Universidad del Salvador.

Blestcher, Facundo

Psicoanalista. Máster en Clínica Psicoanalítica. Past President de FLAPPSIP (Federación Latinoamericana de Asociaciones de Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoanálisis). Profesor en grado y posgrado en universidades de Argentina, Uruguay, Chile, Brasil, México, España y Francia. Presidente de ASAPPIA (Asociación Argentina de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia). Cooordinador del Foro de Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogas y Psicólogos de Buenos Aires.

Boveri, María Soledad

Lic. y Prof. en Psicología (UBA). Especialista en Psicología Clínica. Realizó su concurrencia en el Hospital Argerich. Miembro del equipo de Salud Mental Adolescentes, del Taller Caravana, Grupos de Crianzas y Territorial V en el Cesac 15.

Cermelo, Renata

Lic. y Prof. en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Psicóloga del Servicio de Pareja y Familia del CSM N.º 3 "Dr. A. Ameghino". Coordinadora y Supervisora del Equipo. Docente de cursos de posgrado del Centro y en la Facultad de Psicología de la UBA, cátedra Psicología Institucional II.

Cibeira, Ayelén

Psicóloga de planta del Servicio de Pediatría del Hospital Tornú. Ex Psicóloga de planta en la Dirección General de Salud Mental (DGSAM). Realizó la residencia en Psicología Clínica Infante Juvenil en el Hospital Tobar García y una beca de perfeccionamiento en Psicología de enlace en el Hospital Garrahan.

Dachevsky, Paula

Lic. y Prof. en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Psicóloga del Servicio de Pareja y Familia del CSM N.º 3 "Dr. A. Ameghino". Instructora y supervisora del Equipo. Docente de cursos de posgrado del Centro.

De Gemmis, Vicente

Psicólogo, magíster en salud mental comunitaria, psicodramatista. Coordinador del área comunitaria del CSM N.º 1. Docente de la materia Salud Pública Salud Mental Facultad de Psicología UBA y de la Maestría de Salud Mental Comunitaria de la UNE

del Bueno, Verónica Lorena

Lic. en Psicología (UBA). Profesora de enseñanza media y superior en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Psicóloga de planta en el Hospital Braulio A. Moyano (Largo Tratamiento)

Fernández, Valeria

Lic. en Psicología. Jefa de sección del Servicio de Psicología Social Programa de Prealta y Externación asistida del Depto. de Rehabilitación del Hospital Borda. Ex residente del Hospital Borda.

Galloro, Silvina

Licenciada en Psicología. UBA. Magister en Psicoanálisis. UBA. Jefa del Sector de terapias grupales de consultorios externos del Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García. JTP de la Práctica Profesional 822 de la Facultad de Psicología. UBA. Investigadora UBACyT. Docente y supervisora de la Institución Fernando Ulloa

Goldestein, Bárbara

Terapista Ocupacional. Lic. en Psicología. Profesora de Enseñanza Media y Superior en Psicología. Jefa del Servicio de Psicología Social. Programa de Prealta y Externación asistida del Depto. de Rehabilitación del Hospital Borda. Docente de la Facultad de Psicología de la UBA

Grandinetti, José

Psicoanalista. Director fundador de la Escuela de Psicoanálisis del Borda desde 1989. Jefe del servicio de "Atención psicoanalítica de las crisis" del Hospital Borda. Ex docente de la Facultad de Medicina y de la Facultad de Psicología de U.B.A. Realizó tareas de Docencia y Supervisión en gran parte de las Instituciones de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires y de la Ciudad de Córdoba. Colaboró en la Comisión Científica de los Congresos Internacionales de Salud Mental de "La Universidad de las Madres de Plaza de Mayo". Autor de varios libros en colaboración y artículos en revista de la "especialidad".

Insua, Gabriela

*Licenciada en Psicología. Psicoanalista y escritora. Coordinadora, supervisora y docente del Equipo de Abordaje del Acontecimiento Traumático de Centro Dos. Supervisora de equipos de Salud Mental de hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, de la Residencia PRIM de la Provincia de Buenos Aires y del PRAIS (Programa de Asistencia para Víctimas del Terrorismo de Estado) de la República de Chile. Autora de numerosos libros y trabajos sobre psicoanálisis, adolescencia y clínica de lo traumático. Su más reciente publicación es *Escribo Cartas que No Entrego. La Soledad Habla en Transferencia* (2025), Editorial Letra Viva. Su libro *Abuso Sexual en las Infancias y Adolescencias. El Horror Más Silenciado* recibió en 2021 la Mención de Interés Social y para la Salud de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. Conferencista invitada en Argentina y en el exterior sobre clínica psicoanalítica, adolescencia, trauma y problemáticas de género*

López, Julieta

Psicóloga de planta del Área programática del Hospital Fernández. Vicepresidenta de la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva. Docente e investigadora de la Universidad de Buenos Aires. Codirectora de Praxia.

Mallo, Vanesa

Lic. En Psicología (UBA). Especialista en Psicología Clínica. Arteterapeuta. Como psicóloga de planta del CeSAC 15, es miembro del equipo de Salud. Mental Adolescentes; del taller para adolescentes Caravana; del equipo territorial del Barrio Rodrigo Bueno. Egresada de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEPS) en el Área Programática del Hospital Argerich.

Mattarucco, Juan Pablo

Psicólogo clínico infante-juvenil. Coordinador AdopAdopi, DGSAM. Docente de la práctica profesional Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, UBA.

Morelli, María Eugenia

Especialista en Psicología Clínica. Psicóloga de planta del servicio de Salud Mental del Hospital J. A. Fernández. Integrante del Equipo interdisciplinario de Hipertensión Pulmonar y de cardiopatías congénitas y del Equipo Multidisciplinario de pacientes con patología Neuromuscular-ELA del Hospital del Juan A. Fernández.

Palazzo, Analía

Ex concurrente (Hospital Moyano). Psicóloga de guardia del Hospital Moyano. Especialista en Psicología clínica.

Paludi, Alejandra

Psicóloga graduada de la Universidad de Buenos Aires (julio 1999) Concurrencia Hospital Manuel Rocca (2000 al 2005). Psicóloga de Planta, Hospital Manuel Rocca.

Peralta, Micaela

Licenciada en Psicología. Ex-Residente de psicología clínica en Hospital de Emergencias de Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Diplomada en Clínica Psicoanalítica (AASM) y en Estudios Avanzados en Psicoanálisis (UNSAM).

Pico, Laura

Lic. y Prof. en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Psicóloga del Servicio de Pareja y Familia del CSM N.º 3 "Dr. A. Ameghino". Coordinadora y supervisora del Equipo. Docente de cursos de posgrado del Centro. Docente e investigadora del Profesorado en Psicología de la UBA.

Pérez Pravaz, Joaquín

Lic. en Psicología UBA. Psicólogo de guardia del Hospital Vélez Sarsfield.

Quittner, Jérica Daiana

Psicoanalista. Egresada de la UBA en 2010. Psicóloga de planta de la D.G.S.A.M. de CABA. Atención Psicológica a niños y adultos.

Rousseaux, Fabiana

Psicóloga / UBA, Psicoanalista, coordinó el "Plan Nacional de Acompañamiento a Testigos víctimas del terrorismo de Estado" y dirigió el Centro de Asistencia a víctimas de violaciones de Derechos Humanos "Dr. Fernando Ulloa", ambos dependientes de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación (2005/2014). Articuló el Proyecto "Clínicas del Testimonio" de la Comisión de Amnistía de Brasil. Es docente en diplomados en Argentina y España referidos al cruce Psicoanálisis, Salud Mental, Derechos Humanos y memorias traumáticas. Conformó el Consejo de Redacción de la revista #lacanemancipa, desde donde compiló el libro digital "Feminismos y psicoanálisis" junto a la Universidad de Avellaneda. Fundó la asociación civil Territorios Clínicos de la memoria. Es autora y compiladora de publicaciones nacionales e internacionales. Su último libro es "Sueños y testimonios. Inconsciente y discurso jurídico", Ed. La Cebra, traducido al portugués por INM Editora/ San Pablo; y al francés, ediciones La Cebra/París.

Siri, Gabriela

Lic. en Psicología (UBA). Especialista en Psicología Clínica. Psicóloga de planta en el Cesac 15, ex concurrente del CSM N.º 3 "Dr. A. Ameghino". Miembro del Concejo de Dirección del Círculo Psicoanalítico Freudiano y del Comité Editorial de la lengua.

Tejeda, Débora

Egresada de la Universidad de Buenos Aires. Psicóloga de planta en el sector de terapia familiar, consultorios externos del Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García.

Perspectivas clínicas y comunitarias actuales: que florezcan enfoques y estrategias.

En esta publicación se recopilan los trabajos e investigaciones presentadas por profesionales psicólogos y psicólogas que compartieron sus experiencias y prácticas en las Jornadas de Psicología 2025.

Las mismas se llevaron a cabo el 14 de noviembre de 2025 en el CSMN3 Ameghino, organizadas por la Asociación de Psicólogos del Gobierno la Ciudad de Buenos Aires.