



2das Jornadas  
Instituto de Psicología Clínica

# Sufrimiento Subjetivo Actual. Manifestaciones Clínicas y sus Abordajes

# Índice

## O Introducción

Patricia Domínguez.....

## 1 Conferencia: Clínica de la Urgencia

Inés Sotelo.....

## 2 Mesa: Consumo problemático de sustancias en la Clínica Actual

Relato de consumo de benzodiazepinas en estudiantes de la Udelar

Lucía Alves, Martha Giménez, Lauren Predebon, Evelyn Pérez.....

El rol de la Psicología Clínica en el Consumo de Drogas por parte de adolescentes  
Ernesto Santana.....

Patologización y medicalización de los miedos y la angustia en la infancia  
Gabriela Bruno.....

Consumo de alcohol en jóvenes uruguayos: epidemiología y efecto del malestar psicológico

Paul Ruiz.....

Consumo de tranquilizantes en adultos de Montevideo

Pilar Bacci, Andrea Bielli, Gabriela Bruno, Santiago Navarro, Lauren Predebon.....

## 3 Simposio: Abordajes en la prevención del Suicidio e IAE e Intervenciones clínicas con los sobrevivientes

Atención y abordajes del Intento de Suicidio desde el Sistema Nacional Integrado de Salud

Denisse Dogmas.....

Abordaje en pacientes con riesgo suicida en un Equipo de Salud

Bartolomé Cabrera, Nis Díaz, Patricia Martínez.....

Intervenciones en Crisis y postvención del suicidio con Sobrevivientes

Susana Quagliata.....

La conducta suicida desde una mirada transdisciplinar.

Aportes para la clínica

María José Torterolo.....

# Índice

## 4 Simposio: El sufrimiento en la Infancia: el lugar de la familia, la educación y la salud

Presentación de:  
Paula Schiappacasse .....

Presentación de:  
Adriana Cristóforo .....

Presentación de:  
Alicia Muniz .....

## 5 Mesa: Abordajes en la clínica actual

Duelo, sujeto y sociedad  
Pilar Bacci .....

Borderline: desafíos teórico técnicos de la clínica actual  
Rosa Zytner .....

Estrategias psicocorporales para el abordaje del síndrome de pánico  
Luis Gonçalvez Boggio .....

Clínica Comunicacional y Participativa  
Cecilia Baroni .....

## 6 Mesa: Diversidad sexual y Género: problematizaciones clínicas

Diversidad sexual y género, problematizaciones clínicas

Irene Barros, Anabel Beniscelli.....

Co-construyendo vínculos inclusivos desde la perspectiva de Diversidad, Género y de Derechos Humanos

Magdalena de León, Giselle Di Fortuna, Mariana Morales .....

Padres y madres frente al tránsito sexo-genérico de hijos, hijas

Paola Batalla .....

El sufrimiento en sujetos género-disidentes  
Marcela Pini .....

# Índice

## 7 Simposio: Actualidades de la clínica en Adolescentes

Jorge Bafico .....

Construcción de la vivencia del problema que aqueja sufrimiento psíquico en los/las adolescentes y sus diferentes modos de encontrarle solución al mismo

Silvana Contino .....

Presentación de:  
Adriana Tortorella .....

Trabajo: Crónica de una adolescente que decide morir

Laura de los Santos .....

## 8 Simposio: Clínica e Interdisciplina en Instituciones

El rol del psicólogo clínico en un servicio de emergencia de un hospital psiquiátrico

Geraldina Pezzani .....

Clínica, Interdisciplina e Instituciones: un trabajo conjunto

Silvana Contino .....

Clínica e Interdisciplina en Instituciones

Alicia Muniz .....

Presentación de:  
Inés Sotelo .....

## Introducción

Hace dos años el Instituto de Psicología Clínica realizaba las primeras Jornadas de Psicología Clínica. En esa ocasión, estuvieron enfocadas en la investigación en el campo de la clínica. En las mismas se reflejó el momento fermentar en la producción científica vinculada, en gran medida, al desarrollo académico individual de los docentes de nuestra facultad.

Dos años después, nos proponemos nuevamente generar un espacio y tiempo para compartir experiencias, prácticas, desafíos y en cierta forma también, incertidumbres a las que nos enfrentamos, día a día en nuestro quehacer profesional.

Hoy los invitamos a detenernos a pensar en los temas que nos ocupan y preocupan de la clínica, que nos conduce a la interrogante de ¿Cómo entender el sufrimiento y el malestar subjetivo en la actualidad?

En este sentido, comparto algunas reflexiones.

No tengo plena certeza, pero me atrevería a asegurar que, para la mayoría de los presentes, la ballena azul era el animal más grande del planeta y que si buscábamos información sobre ella nos encontraríamos con datos de zoología. Hoy en día, un buscador nos mostrará también, numerosos sitios en los que la ballena azul es el nombre de un juego en línea, que se viralizó con rapidez, potencialmente peligroso para adolescentes que lo interpretan como un “reto suicida”.

Si nos mencionaban “inversión de la tasa de crecimiento en base a las generaciones”, podíamos imaginar diversos datos, pero no surgía el valorar el alarmante índice de suicidio en los jóvenes uruguayos, que supone una tasa de crecimiento de las más elevadas de América.

La era de la información implica el avance y expansión de la digitalización. Pero ¿cómo comprender los vínculos que se construyen en el entramado de nuevos espacios como son las redes sociales? Los jóvenes y la compulsión al uso de las redes sociales y el “ser” en las redes que produce la identidad digital. Redes que sostienen, pero también alienan.

La intensidad, naturaleza y celeridad en que se dan acontecimientos, ha llevado en cierta forma a la banalización de las experiencias y del sufrimiento que las mismas conllevan.

Desde el lugar de clínicos, ¿cómo impacta esta realidad? A modo de ejemplo cabe pensar como hace algunos años era improbable considerar una comunicación con pacientes por whatsapp o procesos terapéuticos a kilómetros de distancia.

Sabemos que la producción de subjetividad se modifica en los diferentes tiempos y espacios sociales, es impensable considerarla ajena al contexto social e histórico. En esta línea Raquel Bozzolo, profesora de la Universidad de La Plata, plantea que hoy hay una multiplicidad de formas de habitar el mundo que no se incluyen en la noción de subjetividad que teníamos y que estaban implícitas en nuestra formación como psicólogos y psicólogas. Estamos ante “formas de ser en el mundo que interpelan nuestros saberes, nos obligan a pensar, más que aplicar saberes, subjetividades que nos resultan ajenas. (...) Se torna imprescindible entonces intervenir sobre las condiciones en que se producen las subjetividades que mueven-producen-habitan nuestros cuerpos, nuestras formas de estar allí”.

En consecuencia, hoy los convocamos a darnos un tiempo, en diferentes espacios como las mesas de trabajos libres, los simposios y conversatorios, para intercambiar y pensar acerca del sufrimiento en la actualidad y su impacto en la producción de subjetividad.

Es impostergable reflexionar acerca del suicidio o la automutilación en los jóvenes; lo que supone ser el diferente, excluido, rechazado, marginado; el bullying en el ámbito escolar; la violencia de género; el consumo de alcohol, que en los jóvenes se naturaliza en las “previas”; la medicalización de la angustia; las pastillas de colores que tienen nombre de superhéroes; experiencias migratorias, entre otros temas que se imponen en el campo de la clínica.

---

A lo largo de estos días contaremos con la presencia de la Dra. María Inés Sotelo, profesora de la Universidad de Buenos Aires que compartirá con nosotros su amplia experiencia en servicios de salud de la ciudad de Buenos Aires y sus aportes invaluable en el campo de la Clínica de la Urgencia.

También estarán participando representantes de organizaciones y grupos de trabajo como el Equipo comunitario de Salud Mental de Salto y el Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida del RAP.

Quisiéramos transmitir que es una satisfacción para el comité organizador y el Instituto de Psicología Clínica la convocatoria que han tenido estas 2da jornadas. Tengamos presente que se tratan de Jornadas Universitarias lo que supone un doble compromiso, con la sociedad y con la enseñanza. En este sentido nos congratula la amplia participación de estudiantes.

Para finalizar en nombre del comité organizador y los y las integrantes del Instituto de Psicología Clínica les damos la bienvenida y esperamos que disfruten las distintas instancias que se desarrollaran en los días venideros.

*Prof. Adj. Mag. Patricia Domínguez  
Directora del Instituto de Psicología Clínica*

The background features a complex network of green and white lines. A prominent horizontal line with a white segment is positioned across the middle. Other lines form loops and curves, some with white segments. Small white symbols, including a stylized 'S' and a 'U', are scattered throughout the design.

**01**

**Conferencia**

**“Clínica de la urgencia”**

Inés Sotelo

## Conferencia “Clínica de la urgencia”

**Autora: Inés Sotelo <sup>1</sup>**

El objetivo de esta conferencia es el de plantear cómo entiendo la clínica de la urgencia y cómo está absolutamente entramada en la época, porque me parece que es un tema que concierne al psicoanálisis.

En principio, pensaba en una referencia interesante de un psicoanalista francés, Eric Laurent, que dice que los psicoanalistas todos tenemos un desafío en el siglo XXI, que es dar respuestas a nuestros *partner* que es la civilización. Entonces, el compromiso para el psicoanalista en el siglo XXI es tomar una posición, transformarse en un lector de los acontecimientos que la época presenta y poder dar una respuesta. Ese es el gran desafío.

Cuando me invitaron a estas Jornadas, tituladas “Sufrimiento subjetivo actual”, pensé en cómo se entramaba con esta indicación. Si hablamos sobre el sufrimiento subjetivo, los psicoanalistas pensamos en la particularidad y singularidad del sufrimiento, pero acá se le agrega lo actual. La época va presentando el gran desafío de darle respuestas a una civilización que presentará problemáticas absolutamente desconocidas para mi generación, por ejemplo ciertos temas que tiene que ver con el género, con los temas de las nuevas familias, sexualidades, que son temas que mi generación cuando se formó desconocía. Digamos los psicoanalistas vamos por detrás, la época no nos espera para decir que opinamos para adoptar niños, para

matrimonios igualitario. Los matrimonios igualitarios existen, se arman las parejas, se arman los matrimonios, tienen hijos. Luego, el psicoanálisis podrá pensar en cuáles son las consecuencias sin hacer ningún juicio de valor, no somos maestros para decir si algo va a hacer bueno o malo, sino que justamente nosotros vamos a alojar las urgencias que, como siempre, la civilización presente.

Desde la prospectiva que me propongo pensar la clínica, la de la urgencia es una clínica separada de la guardia, del riesgo suicida. La clínica de la urgencia es la clínica del psicoanálisis, la clínica de la consulta, de todo sujeto que llega. Freud habló del quiebre, de la homeostasis con que la vida transcurría. La gente que llega a nuestra consulta, llega porque sufre de algo, se ha producido un quiebre en su vida, ese reencuentro con algo que no entra dentro del universo de respuesta, de lo que tiene disponible.

Cada uno de nosotros se dispone para levantarse cada mañana y sostener la vida con todas sus dificultades, con los amores y desamores, con un bagaje simbólico y una estructura que nos permite ponernos el traje que nos ponemos cada día, armar este personaje y sostenerlo. En cada consulta hay un punto de urgencia para descifrar, esa es la clave por lo que nos interesa la clínica de la urgencia. La otra es la clínica de la emergencia médica, para la cual los médicos están más preparados. Para nosotros es la clínica de la respuesta inmediata, la clínica de lo que no puede esperar.

La relación entre la urgencia y la temporalidad es muy interesante. La urgencia cuando el paciente llega y dice, llega en urgencia (e insisto, no es que llega por que se corto las venas), ahí es necesaria una intervención, distinta a modo semántico el tema de la emergencia, en la cual hay que desintoxicar, suturar e intervenir desde lo médico por el riesgo.

<sup>1</sup> Inés Sotelo: Psicoanalista argentina Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL) y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP). Profesora en la Universidad de Buenos Aires, Investigadora UBACyT.

Cualquier sujeto que llega a la consulta tiene un punto de urgencia. Freud decía que los pacientes no quieren saber nada de los que le pasa, lo que quiere es que se les pase, “sácame pronto de esto, no me interesa si mi papá o mi mamá, no quiero remover la infancia”. “Está bien, no se preocupe, no va a tener que hablar de sus padres”; vamos a alojar ese pedido tal como llega y a los 3 minutos el paciente se encontrará contándonos cómo la mamá lo llevaba al jardín de infantes y esto produjo una marca tremenda en su vida.

Los sujetos llegan y uno los aloja con esto que llegan, pero entendiendo que se han encontrado con algo del orden del sin sentido, con algo que quedó por fuera de esa estructura más o menos armada que sostenía su vida. Entonces esta ruptura con algo indecible, con algo que desde el psicoanálisis lacaniano llamamos “lo real”, con algo que se van a encontrar todo el tiempo en las psicosis la experiencia cercana a la perplejidad, ese instante donde hay una pérdida de referencias. Una paciente psicótica decía: “ustedes imaginen ese instante en el que es como si ustedes estuvieran encerrados en una habitación a oscuras y de golpe abran la ventana y el sol le encandila”. Eso era lo que ella traía como el momento de perplejidad. Es la pérdida de referencia en la ruta, es el momento cuando lo simbólico, los carteles pierden todo de nuestra perspectiva, el punto de ruptura que para el neurótico lo acerca a la angustia, esa vivencia que toma el cuerpo, el pecho nos angustia en un instante. Luego, tenemos el recurso de pensar, de ponerle palabras. Otro psicoanalista, J.A Miller, dice que en ese momento de toma en referencia de la urgencia del sujeto está más cerca del grito para el llamado, y que para el grito se transforme en llamado debe de haber alguien que acuse recibo, que esté dispuesto a alojar esto.

Serán los psicoanalistas quienes alojarán eso que llegue, a veces inesperadamente. Con ellos se armará un lazo particular, tal como Freud enseñó, el concepto de transferencia, ese lazo singular que posibilita que el grito se haga llamado, que empiece a producirse algo del orden del sentido. Porque, si bien sabemos que este sentido está destinado a perderse (no es porque la mamá no lo llevaba al jardín, sino que lo que nos pasa a los humanos es que estamos traumatizados desde el vamos), no podría existir, porque ahí empezamos a dividir las aguas, lo normal y lo patológico, todos nosotros somos finalmente anormales, porque cada uno tiene una marca particular indistinta, ninguno de nosotros, aunque nos ubiquemos en alguna estructura más que en otra. De todas maneras, siempre es del orden de lo singular, lo traumático, la marca y la marca que está en el lenguaje, la marca que está en la cultura, la marca que, justamente, está en la civilización. Es el pasaje que está bañado por el lenguaje, ser nombrado de un modo particular, amados o no amados, deseados o no, elegi-

dos, preferidos, rechazados. Todo esto que nos ha bañado de lenguaje, nosotros creemos que no es un destino, que hay una posibilidad que el sujeto aún desde la estructura psicótica o autista. Guerra explicó anteriormente que aún desde esas estructuras es posible trabajar con los sujetos y hacer que el grito se haga llamado, en tanto nosotros estemos dispuestos a leer esto y alojar el tratamiento que cada sujeto esté dispuesto a darle a su padecimiento, siempre único y singular.

Entonces es un tema de la época, pero es una época, a mi me gusta pensar a partir de Paul Pierilio, que es un arquitecto francés, que aborda el tema de la ciudad en un libro que se llama “Ciudad y pánico”. Él explica en su libro cómo las ciudades, sobre todo las grandes ciudades y las megalópolis se han transformado, han dejado de ser el concepto de ciudad, en la cual la muralla protegía quienes estaban adentro de la ciudad. Donde seguramente la gente se robaba y se violaba y pasaban cosas, se pegarían dentro de las casas. Seguramente eso ocurría porque está en la cultura y en el malestar de la cultura, en los desencuentros siempre con el *partner* que tampoco nunca es el encaje perfecto, ni con los amigos, ni con el hijo, ni con el novio, ni la pareja. Siempre la cosa se desajusta, pero la idea de esa ciudad era que el peligro estaba afuera. Lo que él dice es que la caída de estos muros es lo que hace que el peligro nos rodee. Entonces hoy, como incertidumbre fabricada, de la mano de las tecnociencias van a explotar la bomba, pueden hacer volar Corea, o lo que sea.

La peligrosidad se instala dentro de la casa, el compañero es peligroso, pero no solo en relación a la violencia, sino en relación a los abusos, como se ve en muchos casos es así y en muchos otros no, hay algo de esa incertidumbre fabricada y que eso se instale. Entonces, el vecino pasa a ser peligroso, el portero de la escuela, la escuela es un lugar peligroso. Hay jardines de infantes en EE.UU donde no le cambian los pañales a los bebés para que no haya riesgo de abuso, un disparate absolutamente impensado, que además se instala y entonces, la peligrosidad tiene consecuencias en la clínica. Podrían decir que eso es un lectura sociológica o antropológica, el asunto es qué consecuencias tiene en los sujetos esta peligrosidad instalada. Si se piensa, por ejemplo, que el síndrome más frecuente en las guardias es el ataque de pánico, que reúne seguramente desde la época de Sócrates la angustia, palpitación, sudoración, miedo a transitar por situaciones, pero es en el siglo XXI, entre las dos guerras, que aparece el nombre de este síndrome como ataque de pánico. Son las noticias más frecuentes en los noticieros el ataque y el pánico. Esto se eleva en una categoría que diagnóstica algo que está instalado en la época (y cada uno podrá de hacer una lectura política), digamos que tiene que ver con el poder y el poder instala el miedo. En el sentido de que el miedo produce efectos,

produce efectos en los objetos, en la vida cotidiana de cuidarse, de armarse, de esconderse, de protegerse y también, el modo de padecer, en el modo de que se construyen los síntomas, que es lo que a nosotros nos interesa.

Me resulta crucial crear espacios de producción de saberes que se puedan articular con la práctica clínica y hospitalaria en la universidad. Desde la universidad tenemos la responsabilidad de investigar, producir saberes y también pronunciarlos. Eso es lo que decíamos al principio: la responsabilidad con el *partner* que es la civilización. No es lo mismo hablar desde la legitimidad que tiene la universidad, que tienen las instituciones, que es simbólica, institucional, que tiene sus efectos.

Mi tesis de doctorado sobre este tema de la urgencia surge como producto de esa investigación. De los rasgos más importantes en entender cuál es el problema, por un lado, está la urgencia que es la clínica de la ruptura, del quiebre en la homeostasis, la ruptura que provoca esa pérdida de referencias. Ahí está el sujeto más cerca del grito que del llamado.

Sobre la época, Marc Augé, un antropólogo francés, hace un desarrollo interesante sobre los lugares y dice que esta es una época en la que todos los espacios públicos son sitios que no tienen nada para el público, espacios que pierden toda singularidad, y estudia por ejemplo los aeropuertos o los shopping que son todos iguales. Dice que los espacios públicos están justamente diseñados cada vez más como no lugares, habla de la “no lugarización”, del desalojo de los sujetos. Del grito al llamado. ¿Qué lugar ocuparán los psicólogos cuando justamente alojen esa transferencia que se deposita sobre ellos? Esto es, justamente, ofrecer un lugar en el otro, ofrecerse como un otro que le va a dar un lugar a ese sufrimiento, dejando de lado todo prejuicio, todo juicio de valor sobre ese sujeto y va a alojar eso que allí comienza a ser dicho, que no podrá ser dicho del todo, sino que comienza a ser balbuceado. Se empieza a construir su relato que aloje ese sufrimiento, relato que luego si uno se analiza muchos años, se verá cómo ese relato del inicio adquiere otra consistencia.

La cuestión de la distribución libidinal se produjo en la familia, los padres nunca nos dan lo mismo que a nuestros hermanos y esto es así desde Caín y Abel. Entonces como siempre, los analistas tenemos que alojar algo de esto de la marca que tiene sobre los sujetos esa fallida distribución libidinal que hay en las familias por estructura, porque no hay posibilidad: se puede distribuir igual el dinero pero no el cariño, el amor, la atención, y justamente lo que se encuentra en la fraternidad que son los finales en los temas del análisis.

Entonces, en relación a la época, a los lugares, a la posición del analista y a los efectos que tiene la clínica, la clínica de la urgencia es una clínica de los ataques de pánico, de la violencia, de las autolesiones, de los intentos de suicidio, de las toxicomanías, del empuje al consumo.

La época y el mercado empuja al consumo en la producción de objetos inservibles destinados a perderse, celulares que cuestan una fortuna y se te rompen en un año. Surge un empuje a consumir, a trabajar cada vez más, y con las consecuencias que esto tiene en aquel que siente una satisfacción muy fuerte con el consumo de sustancias, al alcohol, a las drogas, en lo que encontraremos serias consecuencias. Encontramos en la clínica, su correlato con la época, con el mercado, con el consumo. Entonces, me parece otra cuestión para pensar es con qué dispositivos contamos para alojar las urgencias. Por un lado está nuestra consulta, que es en sí misma un dispositivo. Si nos dirigimos al hospital, a los distintos espacios de consulta donde el sujeto llega a la urgencia con ese quiebre, de ruptura de la homeostasis, podríamos definirla como esa consulta a la que el sujeto asiste sin cita previa.

Si tomáramos a la urgencia como el paciente que llega (no necesariamente porque vaya a matarse) sin cita previa, llega porque, en principio, tiene la vivencia de que no puede esperar, con lo cual hay una relación estrecha entre urgencia y tiempo, “quítense esto” como decíamos antes.

Es importante entender que el modo de respuesta y el diseño de los dispositivos dependen del paradigma desde el cual se lee este acontecimiento, que es el sufrimiento de alguien. Es clave entender, sobre todo para los estudiantes, que no hay modelos ideales, ni en el psicoanálisis, ni en la medicina, ni en las neurociencias. En todo caso, la clave está en poder entender cómo desde el modelo conceptual, desde el paradigma que nos atraviesa, vamos a leer este hecho del discurso (que depende del lector de cómo se lee ese acontecimiento, es decir, el sufrimiento de alguien que llega ante nosotros).

Es decir que el cómo se entienda el concepto de síntoma divide las aguas. Si yo entiendo que el síntoma, como lo entiende la medicina, el síntoma es algo que eliminar, que irrumpe, que deja al sujeto en una conducta anormal, entonces entiendo que el síntoma puede desaparecer. El psicoanálisis entiende ese síntoma primero observable como la punta de un *iceberg*, que da cuenta de algo más grande, más profundo y hasta más estructurado, relacionado con el mirar a ese sujeto aunque, en esa primer entrevista no pueda entenderlo.

Freud en la conferencia sobre el síntoma dice dos cosas que me parece vale la pena destacar: creen los legos que desaparecido el síntoma desaparece la enfermedad y en realidad cuando desaparece el síntoma lo que queda es la capacidad de formar nuevos síntomas (en ese momento llama legos a los médicos). Él viene de la medicina y establece una ruptura, dice: «usted cree que por que se le pase la angustia o la ansiedad que tiene hoy desapareció la causa».

Entonces, inventa este monumento que fue el psicoanálisis a partir de armar un nuevo paradigma, un modo de entender el síntoma, el sufrimiento. En otro momento dirá que la satisfacción tiene mucho de extraño, con lo cual si bien el sujeto llega, porque aquello es molesto porque quiere que se le pase la molestia, no quiere que se le pase la satisfacción que le produce, sino sería muy fácil dejar los malos hábitos. Sin embargo, hay ahí un punto de satisfacción, que es la otra pista con la que contamos los psicoanalistas, por eso es importante saber desde dónde tomamos el síntoma, desde dónde entiendo la subjetividad. Pensar la relación, por ejemplo del sujeto tomado por estas palabras, por el baño del lenguaje, por el modo que ha sido nombrado y amado. Entender justamente que podríamos protocolizar las intervenciones es otro paradigma, es otro modo y es otra la eficacia, pero eso no quiere decir que otros paradigmas no tengan eficacia, sino es una eficacia distinta.

Cuando la discusión se arma en relación al efecto que tienen los psicofármacos en el siglo XXI, si alguien está escuchando voces atormentado, un neuroléptico incisivo que apacigüe esto puede ser eficaz, pero los psicoanalistas sabemos, entendiéndolo desde el paradigma, que no alcanza con esto, que en todo caso puede ser un operador, un psicofármaco para bajar la ansiedad, la alucinación. Pero hay un trabajo que hacer con él, con la subjetividad de este sujeto que sufre, que el síntoma le toma el cuerpo, que lo conmueve, que tiene consecuencia en su cuerpo. Ahí encontramos otra dimensión que también divide las aguas: porque cuando los psicoanalistas pensamos en el cuerpo, pensamos en un cuerpo separado del organismo, que se soporta, que se sostiene en un organismos, y si este se enferma, se enferma. Pero sin duda sabemos que los modos de satisfacción, los modos en que uno transcurre su vida están amarrados a algo más que un organismo, están amarrados a un cuerpo bañado de lenguaje donde todo lo instintivo está perdido, no nos ha quedado nada del instinto. Freud entonces aporta el concepto de pulsión, lo pulsional que toma el cuerpo, que no cesa de moverse e intentar satisfacerse. Esta pulsión no es educable. Entonces, cuando irrumpe en la urgencia el desborde pulsional, lo incontrolable lo que no entra dentro de nuestro almacén en la cual nuestra vida transcurría, muchas veces este desborde pulsional conduce al encuentro con alguien, y contingente-

mente nos encontramos, por que excepto en algunas situaciones donde ya hay algo de lo transferencial presente, con la institución o con el nombre, ya hay un supuesto lazo del paciente con nosotros, es la contingencia, es el encuentro. Dice Eric Laurent que encontrarse con un psicoanalista en la urgencia es encontrarse con alguien que deje una marca inolvidable pero no para hacernos inolvidables nosotros, sino que el modo de escuchar, de dirigirnos, de detenernos y de alojar dejen una marca.

Y mucha veces lo que encontramos en la urgencia es una oportunidad única, es solo ese encuentro. Entonces la responsabilidad de alojar eso, de escucharlo y no de darle indicaciones de cómo tiene que vivir, sino dejarle esa marca que permanezca inolvidable.

Encontré en las investigaciones de todo el mundo que las guardias tienen un grave problema económico. Dicen que es un recurso muy caro porque, según dicen, funciona como una puerta giratoria, el paciente llega ansioso, con un típico ataque de pánico, creyendo que tiene un infarto, entonces le hacen todos los estudios, todo el protocolo para descartar el infarto. Cuando se descarta todo, le dicen al psicólogo en Buenos Aires: “no tiene nada que hable con vos un rato”. Ese es el lugar donde quedamos ubicados. No hay que despreciar, nuestro lugar siempre es extraterritorial. No vamos a tener nunca un buen lugar en las guardias, ni en el hospital, para el psicoanálisis siempre es un lugar que hay que construir.

En esa contingencia se encuentra un señor que relata que estaba en la autopista y que empezó a sentir aquello y pensó que tenía un infarto, su padre se murió de un infarto en poco días es el aniversario. Entonces invitaremos a que cuente desde hace cuanto le pasa esto, se lo invita a construir un relato y a armar coordenadas, ¿en qué coordenadas aparece este acontecimiento que parece como ajeno, de golpe en la autopista, la sensación de un infarto, un ataque de pánico? En esa conversación se le invita a hablar, habrá pasado algo en estos días a ver si puede armarse algún saber sobre esto que no tiene sentido. Hay que inventar nuevos sentidos. Es algo que tomó el cuerpo en ese sentido, que se va construyendo con un otro, que no es ingenuo.

Es necesario tener una escucha entendiendo que lo que no pasa en el organismo para el cardiólogo, le está pasando el cuerpo para el sujeto y no es lo mismo para el médico que dice que no tiene nada. Para nosotros si, el sufrimiento tiene toda la legitimidad, aunque no se muera hoy de esto.

Entonces, en el relato que comienza aparece que va a ser padre de un varón y que tiene dos nenas, con ellas todo bien pero se entero lo del varón y que esto lo tiene muy angustiado, no sabe si va a ser un buen padre de un varón porque su padre era un desastre. Se abre una historia con el padre; su vida era como una montaña rusa, estaban muy bien y de golpe perdían todo; este ir y venir de toda su vida hizo de él un hombre trabajador, al que no le pasaría lo mismo. Pero en la autopista aparece la angustia.

Esta ficción que se va armando en ese encuentro, en realidad hace que ese sentido inicial que irrumpió en su vida cobre un valor. El psicoanálisis entiende que no todo lo que le pasa en la vida tiene que ver con su padre que era un desastre, sino que este mismo sentido que es necesario para empezar a correr en el sujeto, con el deseo de ser padre y con hacerse padre. El cuerpo por fuera de la biología tiene que hacerse padre una y otra vez, y de nada vale decirle que si le fue bien con las nenas, le irá bien con el varón, sino empezar a recorrer, aunque a veces uno puede recurrir esas cosas. Lacan ha dicho que en táctica, o sea, en lo que el psicoanalista le dice, es bastante libre, pero debe tener en el horizonte la estrategia de la transferencia, porque se lo están diciendo a él, no se lo está diciendo al vecino, a la maestra o al cardiólogo, es al psicoanalista y ahí hay una responsabilidad transferencial de este lazo.

Luego, en lo que se es menos libre es la posición ética, porque justamente es la que nos orienta a las intervenciones, es decir, cómo se entiende que se trata de acompañar a ese sujeto, no en algo que efectivamente tiene que ver con lo más íntimo y que a la vez no es un cable. No se trata de que se le eduque la pulsión ni que se lo tranquilice. Se puede decir, en el caso de los ansiolítico, que no tenemos ninguna objeción. Lo que sí sabemos, por esta cuestión de la puerta giratoria, es que si frente a la ansiedad el cardiólogo diagnostica un ataque de pánico y receta ansiolítico, que la puerta giratoria volverá en el mismo puesto. Entonces para el mercado, donde el analista oportunista debe meterse, este recurso de la guardia tal como está pensada es caro, pues los pacientes vuelven una y otra vez, porque nada les ha dejado una marca.

Cuando escribí la tesis lo que propongo es, lo que se ha llamado el “Dispositivo analítico para el tratamiento las urgencias subjetivas”, y debo nombrar las investigaciones vinculadas. Una es de Ricardo Celsi, que estuvo en esta facultad y fue un precursor de la investigación que se trabajó en un hospital en la gran Buenos Aires junto a Eric Laurent. Años después fui instructora de residentes del Hospital Piñeiro

y al psicoanálisis no llegue por la universidad, sino a través de los colegas del hospital público. Ahí encontré mi gusto por el psicoanálisis y la clínica hospitalaria, el modo de leer el acontecimiento, el desencadenamiento psicótico, neurótico, a partir de los psicoanalistas que pensaban allí en caso por caso.

De estas investigaciones que se siguieron realizando en la universidad, se desprende mi tesis y describir este dispositivo, que en realidad propone una relación con el tiempo frente a la prisa, una pausa. Es decirle al paciente que tiene usted todo el tiempo, se trata de ofrecer esta ficción «estamos todos en el mundo y usted tiene todo el tiempo para contarme que le pasa», mientras golpean la puerta porque hay otros diez pacientes en la guardia.

*Datus* es la propuesta de la creación de un dispositivo en el cual lo primero que se trata es una articulación entre la guardia, que por lo menos pueda generar esta el borde entre el interior y el exterior, entre la calle y el hospital.

En general en Buenos Aires no se tiene ninguna conexión con el resto del hospital, no hay una articulación o seguimiento, si por la iniciativa de algunos profesionales que derivan a algún paciente por interés en que el psicoanalista lo atienda, pero institucionalmente no hay articulación.

Propongo abrir un segundo tiempo lógico, si uno entiende que Lacan desarrolló tres tiempos lógicos: un instante de ver, que sería el momento de la ruptura; la apertura del segundo tiempo, es un tiempo de comprender esto que decía el paciente cuando comienza contar esta historia de la paternidad, el padre, la montaña rusa; abrir un segundo tiempo lógico en la temporalidad que el profesional invente, abrir ese segundo tiempo hasta que algo en los propios dichos del sujeto se encuentre algo de su subjetividad, algo que le es propio, como por ejemplo el miedo a ser padre.

Por lo tanto, el primer instante que llega por lo que era un infarto, eso le era ajeno, no le pertenecía. Ese relato, ese encuentro lo que permite es la apertura de un segundo tiempo, en la cual la urgencia, que me gusta llamarla generalizable, es decir, sin sujeto, es la urgencia la urgencia descriptiva, es el analista que supone que ahí hay un sujeto, no el cardiólogo.

La subjetivación de la urgencia surge cuando, entre el sufrimiento y el paciente se arma un lazo y ahí se puede decir que es el momento en el que la urgencia concluye. Pero no tiene que terminar ahí, podrá consultar en consultorios externos, o por ahí nos vuelve a ver en otro momento, y lo podemos atender o nos pide una derivación.

Es decir que, cuando el sujeto esté dispuesto a tratar eso, no es el mismo que se bajó de la autopista. Entre él y el sufrimiento, se ha armado una articulación, un lazo. Mientras que la urgencia en su presentación clásica del pasaje al acto, del suicidio, ha habido tres instantes de ruptura de un tratamiento de pura conclusión anticipada, hay una conclusión anticipada frente al quiebre de la homeostasis y la conclusión.

Entonces, la invitación es la de armar un dispositivo de cada psicoanalista, alojando esto para que el grito se haga llamado, lo que es precisamente la apertura de un segundo tiempo. Para que no se produzca una conclusión anticipada sino, que la conclusión sea efecto del encuentro con un analista, que se ha transformado en lector de un hecho de discurso y lo ha alojado.

### Preguntas del público

**Asistente:** En relación al dispositivo que usted propone, me imagino tiempos predefinidos, quisiera preguntar si este lazo se produce, o cómo se reproduce en esta temporalidad abierta, tiene que responder al atravesamiento del hospital y como responde ante esto.

**Inés Sotelo:** Es eso cómo entender el tema de la temporalidad, y el tema de la temporalidad con el tema institucional, se imaginan que este dispositivo se puede aplicar en San Isidro, que el jefe de servicio es un psicoanalista en pausa, que es una institución que se desprende de otra psicoanalítica y tímidamente ahora, por esta relación con muchos residentes en los hospitales se va armando. Pero efectivamente, institucionalmente una de las investigaciones realizadas fue en el Hospital Maciel en Montevideo respecto a la urgencia desde la mirada de los profesionales, en la que psicólogos y psiquiatras decían: la guardia es el lugar más inhóspito del mundo, es un lugar expulsivo, es un no lugar por excelencia, incómodo, horrible, inhóspito para los pacientes.

No hay institucionalmente espacios para esto, lo que ocurre es que, como siempre, como los analistas no entramos muy bien en el discurso de la norma, entonces tímidamente le decimos al paciente que vaya a tomar un café y vuelva, y así se va armando uno una temporalidad lógica y por ahí le dice que vuelva mañana. O ante un caso como el de este paciente, que podía esperar, que venga la semana que viene, ya pasará si se toma el ansiolítico que le dio el cardiólogo, el hijo todavía no va a nacer así que la paternidad tiene unos cuantos años para ponerlo a prueba. Se trata de cómo abrir una temporalidad lógica más allá de la que se dispone cronológicamente.

Y a veces la institución no deja margen y ahí será necesario decirle al paciente que lo que le sucede deberá tratarlo en algún lado, o que regrese el próximo martes que uno estará de guardia, y ahí se abre a otra temporalidad a la lógica. Por ahí no vuelve, pero hay algo que dejó una marca que permanecerá inolvidable. La gracia de la transferencia va a caer en un lugar que deje una marca. Es entender la temporalidad distinta a la médica.

**Asistente:** Pensando esto de la clínica de la urgencia y de la ruptura, el quiebre y cómo armar lazo en la urgencia, cuando se instala la urgencia según cómo llega el paciente, para poder abrir un canal a algo que de apertura, que dé sentido, ¿cómo fortalecer ese tiempo? ¿cuánto tiempo tiene como experiencia subjetiva por fuera de las instituciones, cuánto tiempo según obviamente el motivo de consulta? Estoy pensando en particular en los intentos de suicidio, momento de la urgencia en el que es imperioso armar lazo.

**Inés Sotelo:** Eso es importante. El otro tema es de quién es la urgencia, si esa persona no está en una urgencia esa urgencia hay que inventarla, hay que construirla y ponerla en urgencia, que el sujeto se haga responsable, la que está desesperada es la madre, el esposo, la hermana. Los analistas somos creadores de urgencias, si uno lo piensa, nosotros en el diván con cada interpretación ponemos al sujeto en urgencia, lo sacamos del lugar en el que estaba. Justamente, para los casos muy graves, hay lazos que se han roto y ese es un trabajo muy difícil, muy arduo y muchas veces con poco resultado, porque también, a veces alojamos situaciones de pacientes que vienen con muchos años de desgaste familiar, con muchos intentos, melancolías que son muy difíciles de sobrellevar, y ahí es crucial alojar esa familia que también está en urgencia, darle todo su estatuto y su trabajo, muchas veces hay que acompañarlas, o a pacientes muy graves, esquizofrenias, melancolías, anorexias graves, y son dispositivos que lleva muchos años y en el medio del tratamiento aparecen distintas urgencias. Me refiero a esta temporalidad ligado a estos momentos de ruptura y luego algo que empieza a acomodarse a producirse, un tratamiento posible, sobre todo en casos graves de psicosis en los que el sujeto no siente que viene a un autotratamiento, del lugar de la transferencia en particular es un lugar difícil en el que no se descansa demasiado, es una transferencia muy particular, más salvaje, ligado a otro tratamiento.

**Asistente:** Usted dijo que nosotros debemos construir la urgencia, pero en el intento de autoeliminación la urgencia la tiene la familia y de pronto algún paciente, alguna persona, que tuvo un accidente automotriz grave no piensa ni siquiera en la familia.

¿Vamos a esperar que se cure del pie, que le paso esto, que le paso lo otro, y no entiendo la importancia que significa un accidente de tránsito grave?

**Inés Sotelo:** Uno ahí puede estar en la perspectiva, ahí también es necesario identificar ciertas urgencias en catástrofes, de creer que lo traumático podría evitarse, entonces desde esta perspectiva habría que pensar que no todo accidente va a producir un efecto, no necesariamente va a dejar una marca segura. Ahora, que la marca que deje pueda devenir en un síntoma analizable no es generalizable. A nosotros nos pasó con la experiencia de Cromañón, el incendio en un boliche bailable en el que murieron 117 chicos, porque habían cerrado las puertas para que no entren sin pagar, en ese momento se intentó abrir un dispositivo entre la Facultad de Psicología y la Facultad de Derecho, ya que las personas llegaban consultando por los temas legales. Fue una experiencia interesante, estábamos en una sala en la Facultad de Derecho, las personas llegaban a la consulta gratuita para los damnificados (les sacamos el nombre de víctimas, pero eso es otro tema). Comparecían al abogado y después una pequeña charla aparecían situaciones de angustia, de culpa, de tristeza, de malestar. En algunos casos le decíamos que fueran al hospital y en otros concluían ahí, porque en ese momento no iba a devenir en un síntoma analítico. Pero una marca queda. En el momento en el que un hijo tuvo ese accidente se resignifica que es lo que pasa con nuestro aparato psíquico, la temporalidad es un poco distinta.

**Asistente:** Sobre el síntoma desde la perspectiva, sobre cómo lo ve la medicina y cómo se puede pensar desde el psicoanálisis, y pensar un poco los ataques de pánico como esa angustia que es señal y está hablando de determinado padecer en el sujeto, me parece que esto de lo médico está atravesando también al usuario que llega con esa demanda y ese pedido de que le saquen esto que le pasa. Entonces, cuando usted hablaba de generar esa temporalidad lógica, tiene que estar primero acompañado de ese momento de pausa para empezar a tramitar eso. Eso es lo que veo como complejo de ese momento, en ese punto decir bueno «vamos a hablar de esto».

Inés Sotelo: Ustedes deberán ingeniárselas. Yo acá se los cuento lindo pero te las tenés que ingeniar, esa es la política que tenés que tener en la cabeza, que vas a inventar, vas a inventar seguramente algo más interesante de lo que yo te puedo decir ahora, porque si uno apuesta a que ahí hay un sujeto, seguramente le vas a ofrecer un vaso de agua, le vas a pedir que te lo cuente, vas a ver de qué forma alojar. Eso entonces será abrir esa temporalidad efectivamente, va en contra de todo sentido, en contra

del sentido común que dice que si hay un ansiolítico que le saca eso, ¿para qué se va a poner a hablar de la paternidad y todo lo demás? La única lógica por la que se lo va a invitar a hablar es por qué se entiende que el ansiolítico cuando se le acabe la caja, lo hará volver al mismo punto y no va a resolver su tema con la paternidad. Entonces, seguramente me las voy a ingeniar para que la táctica que use sea nueva, distinta, entusiasta. Si uno está en esos lugares, es porque está el deseo. Si uno no tiene ese deseo de atender pacientes graves debe dedicarse a otra cosa. Por eso las prácticas para los estudiantes son excelentes, para poner también a prueba el gusto porque no a todo el mundo le tiene que gustar. Cuando uno empieza a cuestionarse (y conviene pensarlo) que tiene que ver con la locura, alguna vuelta tiene que haber dado por su propia locura. Pero justamente, por eso estamos hoy hablando de todo esto que debe poner a prueba y trabajar la propia relación, para que esto no obture los tratamientos y pueda poner en paréntesis las propias fantasías, dificultades, miedos, pánico; y no que los ponga a jugar en el paciente, sino que hagan jugar al paciente.

# 02

## Mesa

# Consumo problemático de sustancias en la Clínica Actual

Relato de consumo de benzodiazepinas en estudiantes de la Udelar

*Lucía Alves, Martha Giménez, Lauren Pedrebon, Evelyn Pérez*

El rol de la Psicología Clínica en el Consumo de Drogas por parte de adolescentes

*Ernesto Santana*

Patologización y medicalización de los miedos y la angustia en la infancia

*Gabriela Bruno*

Consumo de alcohol en jóvenes uruguayos: epidemiología y efecto del malestar psicológico

*Paul Ruiz*

Consumo de tranquilizantes en adultos de Montevideo

*Pilar Bacci, Andrea Bielli, Gabriela Bruno, Santiago Navarro, Lauren Pedrebon*

## Mesa

# Consumo problemático de sustancias en la Clínica Actual

**Coordinador: Alfredo Parra**

Quienes trabajamos en esto sabemos que el consumo problemático de sustancias va inexorablemente de la mano con las temáticas de suicidio, de violencia y un sinnúmero de problemáticas que desde la clínica debemos enfrentar. Quizás nos falta crear herramientas conceptuales que nos permitan quéhacer efectivo. Entonces, el espectro de los consumos problemáticos, desde la torta de chocolate hasta la pasta base, nos debe preocupar a todos en la formación como factores que inciden y tienen gran impacto en lo socioeducativo, en lo familiar, en el desarrollo de niños y adolescentes. Así que agradezco a los autores y aprendamos y disfrutemos de esta instancia.

En primer lugar vamos a compartir la ponencia de Lauren Predebon: “Relatos de consumo de benzodiazepinas en estudiantes de la Udelar”.

**Trabajo: Relatos de consumo de benzodiazepinas en estudiantes de la Udelar**

**Autores: Lauren Predebon, Lucía Alves, Martha Gimenez y Evelyn Perez**

**Lauren Predebon**

Como expresa Jeanette Wick, “hechos, opiniones, controversias, curiosidades: la historia de las benzodiazepinas está llena de ellos”<sup>2</sup>. Las benzodiazepinas constituyen una clase de psicofármacos asociados a efectos ansiolítico, hipnótico, relajante muscular, entre otros. La primera benzodiazepina fue el clordiazepóxido, comercializada en 1960 por el laboratorio Roche con el nombre comercial Librium.

<sup>2</sup> Wick, J. (2013) The History of Benzodiazepines. The Consultant Pharmacist. 28(9), pp. 538-548.

En 1963, Roche lanzó al mercado el Diazepam bajo la marca “Valium”, derivada del latín valere, que significa “ser fuerte”.

El éxito fue tanto que los médicos la llamaban con intimidad por la inicial “V”, y otros laboratorios emprendieron investigaciones con moléculas similares. De la mitad al final de los años 1970, las benzodiazepinas encabezaban todas las listas de medicamentos más recetados, con alrededor de 40 mil millones de dosis consumidas por año alrededor del mundo. Las benzodiazepinas debieron su aceptación, en gran parte, a presentar mejores niveles de seguridad que sus predecesores, los barbitúricos y el meprobamato, y una expectativa de que no causarían adicción como lo hacían los otros. Sin embargo, en los años 1980 el entusiasmo disminuyó dada la preocupación de profesionales y del público general con un observado efecto de dependencia y abuso de medicación para fines recreacionales. Wick afirma que ahí tuvo inicio “el mayor y más largo episodio de mal uso de medicamento de la historia”. Entre algunos casos especialmente controversiales, están:

- El uso del Rohypnol (flunitrazepam) como droga de la violación<sup>3</sup>;
- La polémica alrededor del Halcion (triazolam), la pastilla para dormir más utilizada en los años 1980 que generó un gran debate público en los 1990 y llegó a la prohibición en el Reino Unido<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Jamieson, M. A. (2001) Rohypnol®, Gamma Hydroxybutyrate, and Drug Rape. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 23(1), pp. 38-42.

<sup>4</sup> Gabe, J.; Bury, M. (1996). Halcion Nights: A sociological account of a medical controversy. Sociology, 30(3), 447-469.

Hoy en día, en Uruguay, las benzodiazepinas son aún muy populares. Las más populares son el Diazepam, el Clonazepam, el Alprazolam, el Flunitrazepam, entre otras. Aunque faltan datos oficiales sobre el tema, se estima que el consumo está por encima de los promedios mundiales. Eso ha motivado algunos estudios como los del grupo de investigación de la Facultad de Psicología, dirigido por la Dra Andrea Bielli, y también otros grupos de investigadores vinculados a la Facultad de Medicina y a servicios de ASSE.

Nuestro grupo de investigación, conformado en el marco del Programa de Apoyo a la Investigación Estudiantil (PAIE) de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) por Lauren Predebon, Lucía Alves, Martha Gimenez y Evelyn Perez; y las tutoras Prof. Adj. Pilar Bacci y Prof. Adj. Gabriela Bruno, buscó abordar el tema del consumo de benzodiazepinas por estudiantes de la Udelar.

Teniendo en cuenta la historia de controversias y los estudios anteriores que sugieren un gran uso de benzodiazepinas en Montevideo, surgió la pregunta sobre si y cómo ese fenómeno se presenta entre estudiantes universitarios de la Udelar. Vale decir que, antes que nosotras, otros se indagaron sobre la relación universidad y benzodiazepinas: existen antecedentes en Argentina, Ecuador, Brasil, Chile, Colombia. Pensamos que sería interesante escuchar y aprender de la experiencia de esa población, que tiene como característica un nivel intelectual avanzado y que se enfrenta con grandes desafíos durante la carrera.

## Metodología

Para llevar a cabo el estudio, que actualmente está en la etapa de análisis de datos, se utilizó una metodología cualitativa, a modo de poder profundizar en las experiencias de los participantes. El estudio también tiene un carácter exploratorio, una vez que ese tema no había sido estudiado en estudiantes de grado de la Udelar.

Para el trabajo de campo, fueron realizadas 16 entrevistas en profundidad semi-dirigidas, divididas de acuerdo a las áreas administrativas de la Udelar, que son área salud (6 entrevistas), área social (4 entrevistas) y área ciencia y tecnología (6 entrevistas). Todos los entrevistados firmaron un documento de consentimiento informado antes de empezar. Luego, las entrevistas fueron desgrabadas e ingresadas a un software de análisis cualitativo.

## Resultados preliminares

Los estudiantes entrevistados están actualmente cursando carreras de grado en las facultades de Psicología, Medicina, Ciencias Sociales, Ciencias, Ingeniería, Arquitectura, Derecho y Química. De ellos, 12 son del sexo femenino y 4 del sexo masculino. La franja etaria varió entre 19 y 41 años, siendo que la mayoría (11) se encontraban entre 20 y 30 años. Cuatro participantes tenían más de 30 años en el momento de la entrevista. Seis de los entrevistados relataron sus experiencias con benzodiazepinas de venta libre como el Digeprax y Alplacin Digest, que contienen alprazolam; Glorix y Plidex, que contienen diazepam. Los otros diez consumían benzodiazepinas vendidas bajo prescripción médica. De ellos, cinco consumían solo Clonazepam, tres consumían Clonazepam combinado con Alprazolam, uno consumía solo Alprazolam y uno consumía Clobazam combinado con Diazepam. En siete casos, los entrevistados combinaban el uso de benzodiazepinas con antidepresivos. De los dieciséis entrevistados, nueve relataron tomar la benzodiazepina diariamente, mientras siete las tomaban cuando juzgaban necesario.

A seguir, presentaremos algunos resultados de análisis preliminares de las entrevistas, ya que esta fase del proyecto aún no ha finalizado. Para este trabajo, nos vamos a centrar en lo que dice respecto a los relatos de consumo: motivos, significaciones y metáforas sobre el acto de consumir.

Según los relatos, los motivos para el consumo de benzodiazepinas en la población estudiada son variados. Por un lado, se observó que, al delimitar el motivo, muchos entrevistados utilizaron términos que pertenecen, o gozan de proximidad con el ámbito médico: ansiedad, insomnio, ataque de pánico, depresión, fibromialgia, migrañas, trastorno de alimentación. A la vez, también se atribuyó el consumo a problemas de la vida cotidiana de la órbita familiar, de pareja, escolar y/o laboral. Algunos relacionaron el inicio del consumo a una situación crítica, en contraste con otros que relataron consumir por motivo recreativo, o simplemente porque la benzodiazepina se encontraba disponible en el hogar.

De los dieciséis entrevistados, nueve iniciaron el consumo después de ingresar a la universidad y siete empezaron antes. Muy pocos indicaron como motivo de consumo la vida universitaria en sí, aunque algunos que empezaron tomando la medicación por otro motivo, asumieron haber tomado previamente a un examen, o para poder descansar para estudiar.

En las entrevistas, se observaron diferentes significaciones asociadas al consumo. Para empezar, una fuerte asociación del consumo como una dependencia, y el reconocimiento de ser dependiente o temer ser dependiente de la medicación. Esa dependencia tiene varios matices. Por ejemplo, una entrevistada la relaciona a una dependencia general de medicamentos y a una baja tolerancia al sufrimiento:

Entrevistado: (...) Yo tengo un problema real con el consumo de fármacos pero no solo benzodiazepinas, a nivel general. Consumo muchos fármacos y como soy muy dependiente de eso (...) consumo fármacos para, yo qué sé, cualquier dolor que tengo. Es como que no puedo tolerar el sufrimiento, por ese lado.

A la vez, la dependencia también fue relacionada a factores como una sensación de seguridad provocada por el consumo:

**Entrevistado:** La desventaja (es) que uno quiera o no quiera, tomes poco o mucho, algo adicto te hacés. (...) como que si no tomás eso te sentís inseguro, de que no vas a poder dormir o de que tu carácter se va a ver afectado.

En ese sentido, el acto de consumir también recibió la connotación de tomar el control de una situación, solucionarla en cierta medida:

**Entrevistado:** No está muy bueno (consumir), pero ta. Por lo menos me soluciona el problema. Y como no las tomo muy seguido, tampoco las siento como algo horrible. Pero ta, sé que está mal, pero bueno, a veces no sé como controlar esa situación en el momento y necesito que esté controlada.

Asimismo, otros refirieron que esa solución que provee el consumo de benzodiazepinas es una solución rápida, para una vida en que lo que falta es tiempo:

E- Creo que hay mucha gente medicada hoy en día y que por ahí, desde lo inconsciente también de la persona, que por no informarse o no buscar por ahí otra estrategia, porque por ahí se envuelve una falta de tiempo, y que ellos en cierto punto creo que a mí lo que me lleva a tomar es la falta de tiempo. (...) Pienso que a mucha gente le pasa eso, que por el hecho de decir “no, no me voy a hacer una hora en el día para salir a correr (...) o lo que sea, tomo la pastilla, sé que me soluciona y listo”.

A la vez, la cuestión del tiempo aparece también en la metáfora de la benzodiazepina como un “matafuego”, que permite no perder etapas importantes de la vida:

E- Yo creo que el remedio es un matafuego al que nos hacemos adictos. Sin el matafuego ya ahí no podemos dormir, ya no estamos de buen humor (...) Ahora ya no me resisto tanto, a decir “no, no quiero tomar nada, no a esto, no a lo otro”... Porque sé que cuando llegás mal, te agarra un carnicero. Cuando vos llegás a la puerta de la emergencia, llegás en una mala, en una crisis de esto, de lo otro, te agarra uno que no sabe ni quien sos, que no sabe ni que propósito tenés en la vida, te empastilla hasta la manija porque tenés que descansar, y en ese descanso perdés periodos de exámenes, perdés familia, perdés pareja, perdés esto, perdés... Perdés la vida, porque después salir de cinco remedios no es lo mismo que salir de uno, entonces ta. Yo pude, tuve la desgracia y la suerte de verlo. Y bueno, y me ayudó a entender que lamentablemente hay cosas que no la podés manejar.

Así como un matafuego, el consumo apareció también retratado como una muleta, un recurso que ayuda a estar más lúcido, no llegar a extremos:

E- Bueno, (empezar a consumir) fue hacer un click, ¿no? Entender los problemas que tenía, que no eran míos, que eran de los que vivían conmigo (...) es aceptar que uno necesita de esa muleta para vivir sin ir a extremos ¿no? Poder estar un poco más lúcido para no llegar a eso, porque la resistencia... “No, estoy bien, no, no”... Es un problema más, terminamos peor. Para mí ha sido una muleta que me ha ayudado a sobrevivir los fracasos, y en lo que me tocó en la vida ¿entendés?

Finalmente, el consumo recibió significaciones relativas al estigma. Si bien se identificaron posturas diferentes respecto a contar o no contar a los compañeros de facultad sobre el uso, en algunos casos se reveló que se sabe sobre el consumo, pero de forma velada. En otro caso, se optó por contar y hacerse cargo de las consecuencias, no siempre positivas:

E: Al principio es como que te ven así como diciendo, “tiene problemitas”. Problemitas me refiero a psiquiátricos, no psicológicos, porque lo ven más como algunos, como un tema tabú, porque sí, es muy tabú. Yo cuando empecé dije «no, si lo tengo que asimilar, yo se lo tengo que contar a todo el mundo porque es la única forma que a mí se me asimile». Tengo un amigo que hasta el día de hoy dice «sí, porque ustedes toman esas cosas, porque bueno, ta». Y ta, es horrible que te lo diga él.

En otras entrevistas, se dijo que el consumo no molesta, que es normal. Para una entrevistada, eso se debe a que la benzodiazepina es ya una vieja compañera:

E- Llevo más tiempo viviendo con la benzodiazepina que sin la benzodiazepina, así que básicamente lo mismo de siempre, nada más que... Comparada con personas normales, podrías decir que no puedo tomar tanto café o tanto alcohol, o no puedo pasar tantas horas sin estar sin sueño. El resto es una vida normal.

## Consideraciones Finales

El trabajo de campo realizado, si bien no agota todas las posibilidades del tema, permite conocer experiencias y opiniones respecto al uso de benzodiazepinas que dialoga con trabajos realizados por investigadores alrededor del mundo desde hace más de 50 años, cuando se sintetizaron las primeras moléculas.

En lo que dice respecto a los estudiantes de la Udelar, se nota una variedad de motivos de consumo que hace a la versatilidad de esa medicación, directamente conectada a su amplia utilización mundial a pesar de sus controversias. Se observa que el consumo está colmado de ambivalencias; por un lado, se destaca lo adictiva y estigmatizantes que son. Por otro, metáforas como el “matafuego” y la “muleta” ilustran las formas cómo participan de momentos críticos de la vida contemporánea, pautada además por factores como la falta de tiempo y la necesidad de seguridad, de garantías. De esa forma, las benzodiazepinas hacen carne en las experiencias cotidianas de los sujetos.

Conocer esas experiencias echa luces sobre un fenómeno que convive con la práctica de la psicología clínica y que opera sobre el mismo objeto. ¿Cómo podemos acogerlas en nuestras prácticas? Ya diría Freud sobre el malestar en la cultura: no existe consejo válido para todos; cada quien tiene que ensayar por sí mismo la manera en que puede alcanzar la bienaventuranza<sup>5</sup>.

Finalizamos con un último testimonio, a título de reflexión:

E- Pero también sé que solo con la medicación no hacés mucho. La vi a mi madre diez años tomar toda la medicación que te puedas imaginar y la tipa recién se mejoró cuando mezcló medicación con terapia, ahí fueron los mejores años de ella. Porque claro, tenía la muleta, pero a su vez entendía y estaba haciendo cambios por ella, y ta.

5 Freud, S. (1986) El Malestar en la Cultura. En Obras Completas, Tomo XXI, pp. 57-140. Buenos Aires: Amorrortu.

Cuando tomó solo la medicación, era un zombi, que no molestaba y que no tenía fuerza para matarse, nada más. Bueno, es algo que a veces es necesario. Para tu seguridad y la del otro.

**Alfredo Parra:** Ahora presentará Ernesto Santana el trabajo titulado “Rol de la Psicología Clínica en el Consumo de Drogas por parte de adolescentes”.

## Trabajo: Rol de la Psicología Clínica en el Consumo de Drogas por parte de adolescentes

**Autor: Ernesto Santana**

Expondré sobre la particularidad del rol de la psicología clínica en el abordaje del consumo de drogas por parte de adolescentes. Sobre todo, me voy a centrar en lo que es el rol de la palabra y la información. Esta temática surge a partir de una línea de estudio personal que me llevó a buscar caracterizar el rol de la psicología en este tema, y lo que fui encontrando, leyendo trabajos sobre el consumo en general, fue el papel de la palabra y la importancia, sobre todo, de la información. Cuando empecé a leer sobre adolescencia me di cuenta de que esto se volvía a repetir de otra forma pero estaba presente. Y al analizar investigaciones hechas en Brasil, en Argentina y en particular en Uruguay, encontré que este concepto de la idea de la palabra tomaba mucha más fuerza. Obviamente esto tiene cierto sesgo psicoanalítico, la idea de la palabra, pero sirve para reflexionar.

Para comenzar, elegí una frase que está parafraseada de una investigación hecha en Brasil, que dice que la psicología clínica debe abrir brechas para permitir que los adolescentes puedan tomar la palabra y se responsabilicen, sin culpabilizar y sin culpabilizarse. Me pareció una frase interesante para pensarla. Leyendo sobre el consumo me di cuenta que esta misma idea, si cambiamos la palabra adolescentes por consumidores problemáticos o personas con consumo problemático, seguía teniendo cierto sentido. Simplemente quisiera señalar eso como algo interesante.

Pasando un poco más a esto de la palabra, me di cuenta que no solamente era el consumo problemático el que tenía relevancia. Es necesario no solamente ir al consumo problemático, sino ir abordando el consumo en general. En particular en los adolescentes, esto del consumo es el lugar en el que puede tomar la palabra sobre sus propias actitudes. Digamos que el uso de sustancias durante esta etapa puede desencadenar, o no, malestares futuros. El consumo problemático nos muestra claramente situaciones de sufrimiento subjetivo. Y ante estas situaciones, lo más im-

portante de la psicología clínica es atender. Antes de atender, lo clásico es escuchar. Pero antes de escuchar incluso, creo que lo primero es poder dar la palabra.

En relación a dar la palabra, leyendo algunas definiciones que hacían adolescentes sobre cómo consideraban ellos mismos qué era la adolescencia, y desarmando estas definiciones que traían, se destacan ciertos aspectos. Por un lado está la cuestión de vivir, de probar, de tener ganas de vivir, de decidir, de novedades, y también aparecen cosas como descubrir y probar cosas nuevas. Y muchas veces lo que traían era ¿cómo no pensar en peligros? Ante eso, uno podría empezar a pensar ya en un consumo problemático en la adolescencia, cuando en realidad, quizás con la información adecuada y con el apropiado desarrollo de habilidades ( y quiero destacar sobre todo esto de información adecuada), se puede desarrollar el consumo experimental, en el que la mayoría de los adolescentes incurren sin llegar a un consumo problemático. Incluso, que se desarrolle un consumo placentero en el futuro.

Específicamente con respecto al consumo problemático, se ve en todas las edades pero principalmente en adolescencia esta propuesta desde lo institucional y lo social sobre formas de enfrentar el sufrimiento; que a su vez son consecuencia, quizá, de ciertos mecanismos institucionales. Lo que provocan es este círculo de formas de sufrimiento subjetivo y formas de afrontarlo (porque el consumo aparece como una forma de afrontarlo). Entonces entramos en esto de «sufro, consumo; y consumo, sufro», y no es por casualidad que estas situaciones se llaman círculos viciosos. No necesariamente es algo tan circular, quizá sea algo espiral, pero no voy a entrar mucho en eso. Lo destacable de las palabras anteriores que quería rescatar es que fueron dichas por los propios adolescentes, y esa es la idea de por qué es importante de que tomen la palabra.

La palabra se puede conceptualizar como el medio para poder transmitir nuestros sentimientos e ideas al otro o lograr evocarlos, y está sustentada en un conjunto de signos que es el lenguaje. La palabra le permitiría a los adolescentes enfrentar la realidad. Creo que tampoco es cualquier forma de tomar la palabra, sino que hay ciertas formas particulares. Lo que hay que destacar es la intersubjetividad, donde tomar la palabra y evocar al otro es lo que tiene sentido. Cuando a la intersubjetividad, quiero destacar la toma de la palabra en nombre del sufrimiento, que los adolescentes puedan hablar de su sufrimiento. Lo que con ello se consigue es lo que se podría llamar existencia y competencia social. Es decir, hablo, me escuchan, y entonces ahí estoy presente. Lo que permite poder hablar es una nueva relación con el otro, que a su vez permite una nueva relación consigo mismo. Y en la

clínica, lo que permite es que la dimensión subjetiva del sufrimiento se haga presente, porque lo que se rescatan son las significaciones de ese consumo para el propio adolescente, que creo que, leyendo los resúmenes de las investigaciones de hoy, traen eso: las significaciones propias de la persona, más allá de lo que implica el consumo en general.

Si bien la palabra sería nuestra herramienta en cuanto a lo que traía, no se cambia las modalidades de actuación de un momento para el otro, ni se logra simplemente que la persona tome la palabra. En cuanto a modalidades de actuación, pensaba por una parte en las modalidades de actuación con las que viene un adolescente, o sea, cuando uno es niño actúa más de lo que habla, a pesar de que hable mucho, la actuación es un excelente medio de comunicación. A la vez, pensaba en el consumo como forma de actuar sin tomar la palabra. Creo que eso hay que destacar. Para poder cambiar esta modalidad, lo que se necesita es mucho tiempo, no en cantidad necesariamente, sino más bien tiempo de calidad. Mucha paciencia y creatividad también para que, en lugar de esta actuación, se puedan desarrollar temas, entendidos como textos que a su vez tienen ciertos contextos, ciertos lenguajes. En relación a los lenguajes, el institucional es un lenguaje que imprime marcas de sentido en los sujetos. Pero tampoco hay que olvidar que el consumo en sí lo que hace es fomentar ciertos cambios en la subjetividad que tiene la persona, que también los conceptualiza a través de la palabra. Y estas palabras lo que hacen es, en esta búsqueda de la construcción de la identidad del adolescente, construir identidad. Y muchas veces construyen identidad en relación al consumo.

Hasta ahora me he remitido solamente a la idea de la palabra. Pero pasando al lado de la información, en primer lugar es indispensable que uno esté informado sobre el ámbito en el que actúa, pero también permitir el flujo de información. Del lado del psicólogo sería como alejarnos, con el lenguaje, de las palabras, para permitir que el otro tome la palabra. Pero no es algo cortante, sino que la información puede seguir fluyendo.

¿Por qué esta importancia de la información? Al consumo se le asignan ciertas significaciones que muchas veces están basadas en información errónea o sesgada, incluso mitificada sobre ciertos consumos. Y aunque la información objetiva en la práctica no existe, no se puede mirar para el otro lado cuando en la clínica misma se le presentan consumos que están basados en esta información que puede ser errónea. Analizar esta información lo que nos permite es rever las bases subjetivas del consumo. Creo que en la investigación anterior, justamente desarmando esas

entrevistas que habían tenido y lo que decían las personas, es que se logra ver por qué consumen, cuál era la base, singular en cada caso. En cuanto a la información, ha habido un cambio. Si bien no son trabajos específicamente de la Psicología Clínica, sí nos permiten ver cómo se posiciona la información en relación al consumo.

En este caso, Doltó en 1992 escribía para referirse a los adolescentes desde una perspectiva interesante que decía que no se trataba de hacer moral, pero sí había que decirle a los adolescentes que o estaban entre los que querían irse a pique, que eran los que consumían drogas, o entre los que podían resistir, que a pesar de todo seguían resistiendo. En esto de resistir, no eran los que no consumían, sino los que consumían drogas legales.

Ante la imposibilidad que ya se señalaba en ese momento de que los adolescentes estuvieran alejados permanentemente de las sustancias, y ante la obviedad de que iba a haber algún contacto, se proponía que la información objetiva estuviera presente en la educación formal. En el mismo texto se discutía un poco de los beneficios o lo contraproducente que podía ser esto, de que a lo mejor si uno hablaba lo que terminaba haciendo era propiciando ciertos consumos.

Viniendo 20 años más acá, la Junta Nacional de Drogas en el 2011 creó una guía llamada “Más información, menos riesgo”, que lo que hace es poner en relación directa la información y el riesgo. «Más informado estoy, en menos riesgo me meto», esa sería la idea. Esa es la información. Como la droga es un problema de todos, creo que la idea es comprometernos a todos, y la información debe estar presente en todos los ámbitos. En este caso, esta guía trata de ser lo más objetiva posible para que uno pueda decidir basándose en el saber científico. En los saberes y de la evolución de la información, es clave la reflexión sobre nuestro lenguaje, sobre el lenguaje que utilizamos los adultos, que utilizamos propiamente en la Psicología Clínica, que no debe ser de aprobación, pero tampoco de condena moral y reprobación, o ser culpógeno, sino que la idea es dar lugar a la palabra. Doltó decía que en realidad era inútil la condena, que ya no daba resultados. Esto no quiere decir que ante situaciones excepcionales, en las que hay carencias ineludibles de interiorización de pautas de comportamiento, y que incluso falta un referente para interiorizar, el psicólogo no pueda ocupar un lugar más activo. Con esto, pienso en algunos trabajos que hay, fundamentalmente en Brasil y Argentina, sobre adolescentes en situación de calle, que realmente le hayan dicho que su consumo se basaba en información errónea. Esto no quiere decir que uno tome la palabra y le entre a decir

al otro todo lo que piensa, sino que justamente, la palabra sigue estando en el adolescente.

Cuando uno toma la palabra, la idea es que se escuche a sí mismo. Esta es una particularidad de la Psicología Clínica, de darle el lugar al hablante de poder contar con un otro que lo escucha, que es diferente a la auto reflexión, sino que uno, al transmitirle las ideas propias al otro, puede escucharse.

En lo que respecta a mi formación, puede darse en ciertas intervenciones que involucran a la clínica, la idea de que en etapas iniciales se dé la aprehensión del conocimiento, es decir, aprendizaje y aprehensión del conocimiento, para, a través de una modalidad de actuación activa del adolescente, este pueda tomar una postura personal y basar sus acciones en la autonomía. Ahí entra la autonomía progresivamente.

Para ir cerrando, la idea es señalar que la psicología en general y en particular la psicología clínica, puede y debe explicar estas conductas, pero también abordarlas desde la práctica a través de la prevención y el tratamiento. En relación a la prevención, no hay que esperar necesariamente a que el consumo sea problemático, porque el consumo en general es un buen lugar para poder hablar. Con esto quiero decir que la idea es que la psicología pueda hacer que los adolescentes tomen la palabra y que también reconsideren su relación con la palabra, desplazando un poco mecanismos institucionales y sociales que causan ciertos sufrimientos, y proponiendo formas de afrontar. Y vuelvo a los círculos viciosos. Solamente se puede tomar decisiones autónomas si la información es adecuada. Debemos escuchar, pero antes hay que dar la palabra, que son procesos muy relacionados pero diferentes, y no olvidarnos de permitir este flujo de información.

**Alfredo Parra:** Ahora seguimos con el trabajo de Gabriela Bruno, Patologización y medicalización de los miedos y la angustia en la infancia.

### **Trabajo: Patologización y medicalización de los miedos y la angustia en la infancia**

**Autora: Gabriela Bruno**

Este trabajo fue incluido en la mesa “Consumo problemático de sustancias en la clínica actual”, lo que me llevó a interrogar y dar un breve giro sobre la temática de la medicalización de la infancia.

Recordé que hace años leí un libro del psicoanalista argentino Esteban Levin (2006) que ya advertía que el niño se había convertido en un consumidor en relación a la oferta del mercado que se dirigía cada vez más a conquistarlo como comprador. Pero también señalaba que el niño era consumido como objeto, en tanto era sometido a una serie de requerimientos académicos y deportivos en pro de cumplir con los ideales paternos.

Paralelamente las primeras voces que se hacían oír en torno a la medicalización de la infancia y a la dificultad de atención, señalaban que el uso prolongado en la infancia de ritalina podía generar en la adolescencia una continuidad con el consumo problemático de sustancias. Esta relación de continuidad se confirmaba en mi práctica clínica, a través de las palabras de un joven, quien relataba cómo había sustituido la pastilla (ritalina) que su madre le daba diariamente por la marihuana y la cocaína para manejar su estado de ánimo según quisiera relajarse o estar más activo.

Pero no es del consumo que vengo a hablar hoy sino de la angustia, del síntoma en el niño y de alguna propuesta discursiva al respecto.

Reflexionar sobre los síntomas que los niños y adolescentes presentan en la actualidad remite a una concepción de la clínica psicoanalítica, interrogada por las formas de malestar y de lazo social que una época produce. Al respecto se razonará sobre las prácticas clínicas con niños que presentan miedos y ansiedad, dado que desde hace unos años se menciona la frecuencia cada vez mayor de los trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes y los riesgos en la salud mental que eso traería al niño y luego al adulto.

Con frecuencia se advierte la gravedad de las consecuencias futuras si el niño no recibe el tratamiento adecuado, este sería la psicoterapia cognitivo conductual, acompañada de tratamiento farmacológico.

En noviembre de 2016, Búsqueda titulaba un artículo de prensa con un inquietante: “Quédate a mi lado”, que versaba sobre la ansiedad de separación en niños uruguayos y anunciaba que entre 9000 y 17000 niños uruguayos tienen trastornos de ansiedad por separación. Allí se advertía sobre la mayor presencia de esta particular manifestación del miedo entre los niños uruguayos. Estos datos parecerían dar cuenta de un fenómeno sintomático novedoso en la infancia uruguaya.

Desde mi práctica clínica psicoanalítica con niños puedo dar cuenta de consultas reiteradas en torno a miedos nocturnos, dificultades de separación y fobias escolares. Sin embargo, me interrogo si ha habido un cambio en los discursos desde la medicina (la psiquiatría en particular), pero también en lo social, que dé cuenta de que la angustia del niño, expresada en formas diversas, que es cada vez menos tolerada por los adultos referentes que reclaman que eso cese rápidamente.

El titular en Brecha apareció 10 años después de que Ariel Gold (2006) advirtiera que respecto de los trastornos de ansiedad en niños había un nivel menor de consulta que el esperado. El psiquiatra de niños, Dr. Gold, aseveró que los trastornos de ansiedad son “el grupo de enfermedades de mayor prevalencia en la niñez” y que sin embargo es “el de menor consulta” (pág. 34). Comentaba que el padecimiento para el paciente es en silencio y que tiene repercusiones a nivel emocional, social y educativo, y produce consecuencias negativas al no recibir el tratamiento necesario a tiempo. Describía como característica central de los trastornos de ansiedad el pensamiento catastrófico reverberante, que es un pensamiento: “exagerado, irracional, negativo, difícil de controlar, casi parásito (...) que podrá dar lugar a cierto tipo de sentimiento básicos, a saber: excesivo miedo, excesiva vergüenza, excesiva preocupación” (pág. 34). Para Gold, lo que determina el diagnóstico es la intensidad y la frecuencia del miedo. El diagnóstico debe realizarlo un psiquiatra de niños pues, según el autor, aún en su formación los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Exponía como factores etiológicos: alteraciones en el sistema nervioso y un ambiente familiar sobreprotector, y presenta brevemente estudios sobre otras condiciones biológicas. Proponía para el tratamiento la psicoeducación, los psicofármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS y las benzodiazepinas en casos concretos, y terapia cognitivo conductual pues aseguraba que es el más eficaz.

La complejidad del diagnóstico en los casos de ansiedad y la delimitación respecto de un temor esperable es señalada por otros autores que dan cuenta de que para el psiquiatra puede ser difícil delimitar si se trata de un trastorno de ansiedad tal como se define de acuerdo a los manuales diagnósticos, o si es una situación cotidiana de miedo o angustia que sería parte del desarrollo cognitivo y de la evolución emocional del niño. Pero al mismo tiempo, ante estas dudas a la hora de delimitar si es un trastorno o algo esperable en la constitución psíquica del niño, los lleva a afirmar que estos cuadros estarían subdiagnosticados. Dado que entienden que los síntomas de ansiedad producen efectos negativos en el ámbito familiar, social y altera el rendimiento académico, se promueve ser más certeros y diagnosticar.

En la región esta idea de la prevalencia de trastornos de ansiedad también se impone. Como resultado de un estudio en Chile, el año pasado se afirmaba que hay una frecuencia elevada de trastornos de ansiedad en niños, se asevera que, en niños y adolescentes, la prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico es de 22,5% (19,3% para niños y 25,8% para niñas). Estos trastornos son principalmente de ansiedad y disruptivos (Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P., De la barra, F., Valdivia, M., Melipillan, R., Zuniga, M., Escobar, B. & Pihan, R. ,2010).

El miedo devenido síntoma sigue siendo un punto de interrogación desde el psicoanálisis, y el lugar una función que ocupa el miedo en la constitución del psiquismo. (Mundiñano, 2014). También desde otras líneas teóricas (Pérez Grande, 2000) se plantea que los miedos en tanto procesos del desarrollo evolutivo son un factor protector y aportan a la supervivencia de la especie y desaparecen si la intervención de los adultos es la acertada.

Cómo es abordado el síntoma de un niño da cuenta de cierta posición ante el sufrimiento psíquico del niño y la manera de alojar a los padres y los discursos que portan al traer a un hijo a consulta, los discursos disciplinares, mediáticos, de otros familiares que promueven en ocasiones la realización de la consulta.

El síntoma del niño responde a lo singular de una historia personal y familiar a la vez que se enmarca en diversas lecturas que proponen a la vez diversos abordajes y terapéuticos. El psicoanalista Pablo Peusner da cuenta de un fenómeno que es claro en la clínica con niños, dice que: “Si bien ha sido un síntoma lo que condujo a ese niño al análisis, quienes lo sancionaron como tal fueron sus padres y/o parientes, su médico o educadores. Incluso es posible que eso que sus otros leen como un síntoma no tenga el mismo valor para él”. (2015, pág.17).

El autor comenta que Colette Soler ha ideado una noción de síntoma específica para nominar aquello que ocurre en las consultas por un niño. Soler sentencia que es una “definición externa” del síntoma, definición que ella entiende es la que corresponde a una definición “psiquiátrica” del síntoma. Diferencias que ya enunciaba Freud (1926/1995) en sus conferencias al plantear el sentido de los síntomas y lo poco que se escucha lo que los pacientes dicen.

Desde el psicoanálisis uno puede interrogarse por la tensión entre lo social y el mal-estar que cada cultura produce - también en los niños - y arriesgar a afirmar que lo que la sociedad le demanda al niño produce cierto tipo de síntomas. Es posible

sostener que el síntoma del niño podrá ser respuesta a lo que se le propone desde el discurso parental y que éste está influido por el Otro social. ¿Algo inédito del discurso social promueve la irrupción de miedos en niños, desencadenando cierta predominio de la angustia asimilada a la ansiedad? O es que la lectura que se hace de lo que se nombra como ansiedad en los niños sitúa en escena algo que siempre se ha dado, cobrando hoy en día ribetes de peligro y riesgo en salud mental en la infancia.

El lugar de ideal, las exigencias parentales que esperan su gratificación narcisista los colocan al menos en un lugar de atrapamiento. El síntoma del niño muestra en forma descarnada a veces el dolor, como un ruido molesto, a pesar de que pueda ser silenciado. ¿Hay un reclamo de presencia del otro cuando los niños no pueden separarse, cuando no pueden ir a la escuela?, ¿aferrarse al adulto referente es estar pidiendo otra forma de ser sostenido? La angustia ¿es la forma en que pueden manifestar lo que no pueden inscribir, la atadura a un Otro?

Se lee mal lo que el niño dice con su cuerpo y su llanto. ¿Cuántas herencias de separaciones y ligaduras previas se juegan en el no poder separarse? Eso que es nombrado ansiedad de separación, ¿en qué relación se anuda a lo escolar ?. El pide a gritos no ir, no entrar, no quedarse en la escuela. Una vía posible de análisis sería interrogarse también sobre las respuestas que la institución educativa propone, sobre la relación de los padres con ese espacio. Los padres suelen formular inmediatamente la pregunta por los acontecimientos que puedan haber sucedido en la escuela, buscando desencadenantes fuera del ámbito familiar y dotando de cualidades “fobígenas” al espacio educativo.

Tomo las palabras de Velázquez (2013) que hago mías: “El psicoanalista reconoce que la angustia del niño implica un llamado (...) el psicoanalista oferta un encuentro con el niño, donde el mismo niño pueda exponer su síntoma articulado a su decir (...) bajo transferencia (...) permite relativizar pseudo (soluciones inmediatas y riesgosas, como son en el mundo de hoy) la cultura del riesgo y la transgresión, el consumismo, lo efímero y la evasión (...) la reubicación que se le da al sujeto (niño o adolescente) frente a su propia existencia, además de un saber arreglárselas con su ser, en cuanto a las dimensiones de ser un ser hablante y un ser de goce”.

En la actualidad la angustia aparece como trastorno, es nombrada como ansiedad y poco parece dar cuenta de que allí se sitúa algo que el un niño no puede tramitar, y que toca por cuestiones de lazos a los que están cerca. La angustia es un afecto, es una señal de alarma en Freud. Ya en 1926 mencionaba que “Las fobias a la soledad,

a la oscuridad y a los extraños, de los niños más pequeños, fobias que han de llamarse casi normales, se disipan las más de las veces a poco que ellos crezcan; “pasan” (1926/1995). Estos miedos y angustias normales en la infancia pasan, dice Freud. ¿Será que se disipan sin intervención alguna?

Para Lacan, “la angustia yace en esa relación fundamental donde el sujeto se encuentra con el deseo del Otro”, la angustia es signo del lazo del Otro y surge cuando no sé qué objeto soy para el deseo del Otro” (2012/1962).

Coincido con Flesler cuando señala que “Si las fobias en la infancia son episodios regulares, forman parte de la estructuración de la estructura, pero ellas pasan si es que pasan. Lejos de ser natural, no siempre ocurre que una fobia pase. En muchas ocasiones he tenido que intervenir apostando a estructurar el síntoma fóbico cuando sólo se producían desbordes de angustia, llanto inespecífico y desorientado, sobresalto inesperado, desvelos nocturnos y despertares inmotivados” (pág.86).

Desde el psicoanálisis la angustia y los miedos infantiles dan cuenta de tiempos de constitución subjetiva, si bien pueden devenir síntomas que enuncian cierta detención en ese proceso. En la clínica psicoanalítica con niños y adolescentes asistimos a las consultas por niños que llegan muchas veces ya medicados por “ataques de pánico” o “fobia escolar”, con la urgencia de intervenir suprimiendo un malestar que no le permite funcionar socialmente.

En estos casos, apelar a la singularidad, a la construcción de nuevos sentidos y una historia entroncada con lo familiar es un desafío al que nos vemos convocados. Trabajar con niños implica la apuesta a dejar de lado al sentido común, pues como lo recuerda Peusner, “el juego, el dibujo y el lenguaje infantil no están sometidos a tal exigencia (...) la experiencia psicoanalítica no es una experiencia de sentido común, sino más bien todo lo contrario” (2015, pág 66).

Los adultos que rodean al niño apelan en general al sentido común para argumentar sobre la irracionalidad del miedo del niño ante ciertos objetos o situaciones, apelan al sentido común para fundamentar por qué debe concurrir a la escuela o subir al segundo piso de la casa sin compañía del adulto. Pero algunos técnicos también apelan al sentido común, a obligar o al menos insistir en que a la escuela hay que concurrir y que no hay nada que temer allí, o que no hay nada que temer cuando una madre está en otra habitación de la casa.

En esta ponencia la apuesta fue favorecer la interrogación y acercamiento a una de las formas de sufrimiento psíquico en los niños que en estos tiempos se propone sea anulada, farmacologizada.

Me interrogo sobre la posibilidad de que la angustia nombrada como ansiedad sea un nuevo foco para la medicalización de la infancia. Me interrogo también por si este síntoma, el miedo cuando deviene fobia, siempre singular, ¿es una forma privilegiada en la que los niños de estos tiempos expresan su malestar? La angustia que se manifiesta en forma descarnada, llantos sin aparente motivos, o fobia situada específicamente en el ámbito escolar.

Allen Frances (2014) en su libro *Somos todos enfermos mentales* comenta que “Durante los últimos quince años, ha habido cuatro epidemias fulminantes de trastornos mentales. El trastorno bipolar infantil aumentó increíblemente 40 veces, el autismo la friolera de 20 veces, el déficit de atención con hiperactividad se ha triplicado y el trastorno bipolar adulto se ha multiplicado por dos. (...) una diagnosis más precisa no explica por qué tanta gente, especialmente niños, parece enfermar de repente (2014, pág. 134).

¿Los niños enferman más?¿ Los adultos toleramos menos a los niños? Frances se refiere a la mercantilización de la enfermedad por parte de la industria farmacéutica y señala agudamente: “cuando el mercado adulto parece saturado, las empresas farmacéuticas expanden el perfil demográfico de sus clientes dirigiendo el producto a los niños (...) cáptalos pronto y los tendrás de por vida”(pág. 122-123).

Algunos discursos sobre el miedo y la ansiedad en los niños como trastornos, señalan la importancia de prevenir y recurrir a tratamientos farmacológicos, en oposición a la idea de los miedos como estructurantes. Estas manifestaciones sintomáticas parecen ser un nuevo foco de medicalización de la infancia en pro de prevenir males que se anuncian como mayores en la adultez. Cuando el miedo se hace fobia e impide la realización de tareas cotidianas el tratamiento farmacológico es una de las vías propuestas. Desde una concepción de clínica psicoanalítica, nuestra posición ética es dar lugar a la palabra y rescatar la dimensión de fenómeno sintomático en su expresión clínica y como parte de un discurso social.

**Alfredo Parra:** Ahora Paul Ruiz presenta el trabajo “Consumo de alcohol en jóvenes uruguayos: epidemiología y efecto del malestar psicológico”.

## Trabajo “Consumo de alcohol en jóvenes uruguayos: epidemiología y efecto del malestar psicológico”

**Autores: Paul Ruiz, Ricardo Pautassi**

### Paul Ruiz

Soy ex docente de esta casa de estudios, actual investigador del Centro de Investigación Clínica en Psicología. Esta presentación va a ser sustancialmente diferente de las anteriores, será una bastante cuantitativa, donde vamos a apuntar a discutir algunas cosas.

Antes que nada, no quiero dejar pasar la oportunidad de agradecer a la organización y al público, entre el en este momento hay personas que fueron mis estudiantes, mis colegas, mi primera generación y personas que fueron docentes míos. Así que muchas gracias por la oportunidad de estar acá.

Junto conmigo en este trabajo están ... y Ricardo Pautasi, cordobeses, pioneros en Argentina con investigación en consumo de alcohol en humanos y animales, y ambos compañeros. Ricardo Pautasi es además mi tutor de doctorado.

Este trabajo surge como mi tesis de doctorado, que tiene dos patas. Una pata básica, que abordaré después, de ratas, que a los psicólogos les encanta. Y una pata de humanos, que es sobre lo que hablaré. La idea de esa tesis originalmente fue intentar reproducir algo en animales que se veía en humanos para tratar de entender el fundamento básico. Lo que voy a presentar es una partecita de lo que encontré en humanos. Nosotros logramos hacer la primer encuesta nacional de consumo de alcohol de jóvenes uruguayos. La Junta Nacional de Drogas tiene un montón de encuestas hechas. Nosotros logramos hacer una encuesta a 1600 jóvenes entre 18 y 30 años, que les aplicamos específicamente tres escalas de consumo de alcohol, además de preguntas demográficas y una escala de malestar psicológico. Mostraré solamente la correlación que encontramos entre las escalas de consumo de alcohol y el malestar psicológico, y cómo intentar generar un modelo predictor de consumo de alcohol según el malestar.

Algo que puedo dar ya como entendido es que hasta esto no había una encuesta específica en jóvenes sobre consumo de alcohol. Entonces, casi toda la información que generemos a partir de ahí es novedosa. Alguna de esa información iba a ser

contrastable con lo que muestran las encuestas de la Junta Nacional de Drogas, como voy a hablar después.

Aplicamos escalas donde veíamos consumo de alcohol y una escala específica, llamada “el malestar de Kessler”, que es una escala que sirve para medir malestar psicológico. Ahí empieza la metodología. Entonces, 1527 jóvenes de todo el país completaron un sistema de encuesta online, donde subimos digitalizadas todas las escalas, y eso nos permitía ver en planillas, las respuestas de todos los que lo hicieron. El criterio de inclusión: son jóvenes de entre 18 y 30 nacidos y residentes en Uruguay que no consumieran psicofármacos. El promedio de edad terminó siendo  $23,5 \pm 3,5$  años y el 30% casi fueron hombres. Voy a hablar solamente sobre una escala que mide daño y patrones perjudiciales de consumo. En esa escala se les preguntaba, por ejemplo, si el último año o el último mes o la última semana habían consumido alcohol, qué alcohol habían consumido y cuánto. Y si además de una bebida habían consumido más de una. Si yo sé cuándo fue la última vez que ustedes tomaron, sé qué fue lo que tomaron y cuánto tomaron, puedo sacar la cantidad de gramos de alcohol que consumieron en ese episodio. Si sé cuánto toman puedo sacar cuántos gramos de alcohol hay. Esa información de cuántos gramos de alcohol se tomaba no se manejaba hasta el momento. De ahí, al menos en mi criterio, fue de donde salió la gran originalidad del trabajo.

Yendo específicamente a algunos de los resultados, voy a hablar un poco de epidemiología, abordando solamente algunos de los datos epidemiológicos que encontramos. Hallamos un montón de información. Voy a hablar de los datos más llamativos, quizás, para las escalas que de la estuve hablando.

Primero, el 91% de los individuos reporta haber tomado alcohol el último año. Eso es un montón. El 46% reportó consumo episódico elevado. ¿Qué es el consumo episódico elevado? ¿Y qué es el consumo intensivo de alcohol? Dentro de los tipos de consumo de alcohol, están esos dos que están bastante clasificados por los daños que generan. El consumo episódico elevado es cuatro o cinco bebidas por ocasión de consumo. Pasado a gramos, son 70 gramos de alcohol en el hombre y 56 gramos de alcohol en la mujer por episodio. Pasado a volúmenes, 70 gramos equivale a ocho vasos de cerveza. A partir de aquí, estamos hablando de un consumo elevado. Y cuando se habla de consumo intensivo hay que sumarle a esa cantidad el tiempo. Porque en el consumo de alcohol no solo es importante la cantidad, sino el tiempo. En el intensivo se toman esas cantidades en menos de dos horas. Ese es el famoso consumo vinge, que está bastante de moda ahora. También sacamos información

que no estaba hasta ese momento de cuál es el consumo vinge que se da en los jóvenes uruguayos. Entonces, el 46% reporta consumo episódico y el 70% de esos consumos son vinge, o sea son intensivos, o sea ocurren en menos de dos horas. Eso quiere decir que la gran mayoría de las veces que los jóvenes ingieren alcohol, toman en previas, porque el consumo vinge es el consumo clásico de las previas. Ahora hay mucha bibliografía sobre consumo de alcohol que del efecto de las previas. En Uruguay los jóvenes toman, en promedio, dos veces por semana alcohol. De esas dos veces que toman, una suele ser vinge, donde se pasan del límite de 70 gramos en menos de dos horas. Eso es un valor bastante alto.

A hechos de datos anecdóticos, como dicen los encargados de las industrias cerveceras, Uruguay es un país cervecero. Lo que más consumen los jóvenes es cerveza, a pesar de la mala relación que hay entre alcohol y volumen, es lo que prefieren.

Al igual que en las encuestas de la Junta Nacional de Drogas, se registró que a los 14 años es la principal edad de inicio de consumo de alcohol y los 16 años es la edad de la primer borrachera. En nuestra encuesta tenemos registro de inicio de consumo desde los 11 años. El más repetido es 14 pero hay registro desde los 11 años. Eso para la Salud Pública es un factor muy relevante, porque la edad de inicio de consumo es uno de los principales factores o variables que van a incidir en la dependencia del alcohol en la adultez. Para las políticas públicas y para los tutores, uno de los principales lugares en donde se puede incidir para bajar el consumo en el futuro es retrasar todo lo posible la edad de inicio. Nosotros estamos en torno de los 14 años. No es nada raro para la región, sí es complicado para las probabilidades de desencadenar dependencia al consumo de alcohol en el futuro. Es una edad muy baja, y más todavía estar hablando que a los 16 ya saben qué se siente cuando se emborrachan. Eso sí es mucho más bajo todavía.

Eso son solo algunos de los resultados. Indagamos en un montón de aspectos, está separado por departamentos, por ejemplo. Sabemos si se consume más en Montevideo o en el interior, sabemos si consumen más las mujeres o los hombres, sabemos si consumen más según el departamento de procedencia, tenemos mucha información con esto. Con toda la información que hemos ido generando, una de las acciones tomadas fue un sistema de talleres que estamos dando en varias instituciones relacionadas con los adolescentes, como en el INAU, en Secundaria, en barrios y liceos, para poder tener una foto y que los jóvenes además sepan cuánto alcohol toman y las consecuencias que tiene seguir tomando esos niveles de alcohol en su adultez.

Sobre la vedette de la presentación, supuestamente, que era relación entre malestar psicológico y el consumo de alcohol, lo que tengo para mostrarle es lo que está en las gráficas. Hay una correlación, eso quiere decir que, por lo menos para nuestra medida, el malestar puede ser un predictor en torno a la probabilidad de consumir más alcohol. Cuanto más malestar, más consumo de alcohol. Puse dos escalas para que se vea que no es una correlación espúrea sino que en dos escalas nos da una correlación entre más consecuencia y más consumo cuanto más malestar.

En conclusión, hubo una correlación significativa entre malestar psicológico de consumo de alcohol en más de una escala. Eso es relevante. Funciona como un modelo predictor, que es lo que estamos publicando ahora, de cómo yo puedo predecir, con el malestar psicológico o con la depresión, estrictamente, consumo de alcohol. Tenemos problemas, o al menos algunos inconvenientes con la edad de inicio de consumo del país y con los niveles de alcohol que se consumen en Uruguay. Para que tengan una idea, si digo que los adolescentes consumen más de 70 gramos de alcohol, con 70 gramos (si hago la matemática del alcohol) en un hombre de 70 kilos me da una cantidad de alcohol en sangre equivalente a la embriaguez. Eso quiere decir que los jóvenes uruguayos no están tomando alcohol por términos recreativos, sino que están tomando alcohol para darse vuelta. Esa es la parte más complicada para la política pública y es la parte que se está incluyendo en el nuevo proyecto de ley para regular el consumo de alcohol.

**Alfredo Parra:** Ahora vamos a escuchar a Andrea Bielli con su trabajo de Consumo de tranquilizantes en adultos de Montevideo. Significaciones y experiencia de uso.

### **Trabajo: Consumo de tranquilizantes en adultos de Montevideo. Significaciones y experiencia de uso**

**Autores: Andrea Bielli, Pilar Bacci, Lauren Predebon, Gabriela Bruno, Santiago Navarro.**

#### **No sé quién expone**

Lo que vamos a presentar son los resultados de una investigación, de un proyecto de investigación y desarrollo financiado con la Comisión Sectorial de Investigación Científica, que tuvo lugar entre 2015 y 2016.

Nosotros teníamos tres propósitos con respecto a esta investigación, que están asociados a los enfoques teóricos acerca de las experiencias y los usos de benzodiazepinas. Lauren ya presentó qué son las benzodiazepinas. Lo que nos interesaba era poder explorar, a partir de nuestro proyecto, la llamada cultura de los tranquilizantes. Es decir, qué es lo que sucede en Montevideo con esta gran popularidad que tienen las benzodiazepinas, que fue sobre lo que Lauren habló al inicio. ¿Qué queríamos buscar con esto? Saber cuáles eran los argumentos, las significaciones, las justificaciones, las explicaciones que los usuarios de benzodiazepinas le dan a su consumo, y también saber cuáles eran sus experiencias, qué podían relatar acerca de eso. ¿Por qué? Porque nosotros teníamos, quizá, una visión teórica acerca de esto, de que las benzodiazepinas son en sí mismas medios para regular procesos subjetivos de deficiencia, de exceso de deseo o de éxito. Con esto queremos decir que, de algún modo, en la contemporaneidad los sujetos están farmacéuticamente orientados y podemos hablar de la farmacéuticalización del psiquismo. Eso era lo que nos interesaba poder rastrear, es decir, cuáles eran las experiencias subjetivas relacionadas con el consumo de las benzodiazepinas. Para ello también nos detuvimos en ver cuáles eran las nociones de sufrimiento psíquico o de enfermedad mental asociadas a este consumo y las opiniones sobre las benzodiazepinas en sí mismas.

Nos planteamos una investigación de carácter cualitativo, en la cual entrevistamos a 85 personas, 42 eran usuarios de los Servicios de Salud del Estado y 43 del sector privado de la Salud, y a su vez implementamos un grupo de ejecución con mujeres de 60 años o más, enfocado sobre todo en residentes en Montevideo, que tuvieran entre 18 y 80 años y hubiesen consumido en los últimos 12 meses, al menos una vez, benzodiazepina. Eso nos daba la posibilidad de poder captar diferentes experiencias de consumo, desde aquellas que eran habituales hasta consumos esporádicos. Con eso obtuvimos una gran variedad de situaciones. También realizamos una revisión de anuncios publicitarios de benzodiazepinas. Quizá no todos lo sepan, pero los anuncios de psicofármacos, en nuestro país, no circulan por los grandes medios de comunicación (eso está prohibido por ley), sino que aparecen en revistas especializadas. Entonces nuestras fuentes fueron las revistas médicas, donde allí sí hay un gran número de avisos sobre psicofármacos. El período relevado fue de 2005 a 2014.

¿Qué fue lo que encontramos? Bueno, muchas cosas. Algunas asociadas a las significaciones vinculadas al consumo de benzodiazepinas y otras más concretas, acerca de los perfiles de consumidores y de las experiencias que han desarrollado.

Ahora, en lo que nos vamos a centrar van a ser en tres aspectos que nos parecían eran los que más daban la idea de qué es lo que sucede con este consumo para el sujeto, en qué posición lo coloca. Tenemos más resultados, pero nos vamos a enfocar en estos.

Hallamos las razones del consumo. Estaban asociadas a dificultades de la vida cotidiana, a eventos biográficos específicos, generalmente relacionados con sufrimiento psíquico, y patologías físicas con problemas del corazón e hipertensión. Lo que encontrábamos era que, cuando ellos estaban relatando acerca de estas razones, salían numerosas veces mencionadas las palabras nerviosismo y ansiedad. Lo interesante es que cuando nosotros indagábamos “qué es para usted ser nervioso, o qué es la ansiedad para usted”, no había mucho más para decir. Es decir, ahí nos enfrentábamos frente a un enigma que se sostuvo durante toda la investigación: qué es ser ansioso, qué es ser nervioso para aquellos que consumen benzodiazepinas. Esto está asociado entonces a cuál es el alcance que tienen las benzodiazepinas como tratamiento y como cura. Ahí encontrábamos tres perspectivas que los diferentes entrevistados transmitían.

Por ejemplo, la primera de ellas es la idea de que no existe una cura para el padecimiento que hace que ellos consuman la benzodiazepina y que, por lo tanto, estos medicamentos los van a acompañar en un consumo de por vida. Entonces las expectativas de abandono se ven reducidas. Mientras algunos decían no tener cura y por lo tanto tener que tomarlo, algunos otros decían no saber por qué estaban tomando el medicamento. No sabían ni por qué, ni por qué era que se los habían recetado, ni tampoco por qué no podían distinguir exactamente cuál era el efecto que la benzodiazepina realizaba sobre sí mismos. Esto es algo como para retener. Por último, encontrábamos algunos otros que señalaban que las benzodiazepinas podían servir para algunas cuestiones puntuales, por ejemplo, los que sufrían de insomnio para poder dormir, pero que en realidad tenían una limitante como terapéutica. Es decir, servían para controlar determinados síntomas, pero tampoco era una terapéutica completa que pudiera solucionarle su problema.

Lo que nosotros encontrábamos era que habían dos posiciones con respecto al consumo. Por un lado, aquellas posiciones donde el que hablaba estaba favorablemente predisposto al consumo y tenía algunas representaciones idealizadas del medicamento. Por ejemplo, pasó en el grupo de las mujeres adultas, ellas decían que habían tenido una experiencia de diez puntos con las benzodiazepinas, lo pensaban de esa manera. Y algunas otras posiciones donde, en realidad, esta valoración del medic-

amento es ambigua, en la cual se puede decir que sí, puede haber algún beneficio en consumir la benzodiacepina pero en realidad es porque no tenemos alternativa... ¿Qué es lo que sucede? Una de las significaciones que más insistentemente salió en las entrevistas es la idea de que existe un problema con respecto al consumo de las benzodiacepinas, ya sea porque genera adicción en sí mismo, y hay experiencias concretas de tener efectos de abstinencia, pero también habían algunos relatos que hablaban de la noción de dependencia como una noción donde el sujeto en sí mismo, por el solo hecho de estar consumiendo un psicofármaco, estaba quedando dependiente de una tecnología.

Digamos que son dos niveles en ese punto.

¿Qué es entonces lo que nosotros podemos concluir de esto? En primer lugar, que una de las significaciones centrales de que el consumo, para aquellos que están en esta situación, es la idea del medicamento. El medicamento, en realidad, es una noción que no es transparente en sí misma, sino que coinciden en esta misma sustancia las dos vertientes de lo que nosotros apelamos a la noción del fármaco, en griego, esta idea de que puede ser un remedio y un veneno a la vez. Y eso se notaba, sobre todo, por las metáforas que utilizaban. Habían metáforas con connotaciones claramente negativas, como que el consumo de las benzodiacepinas es un vicio, la benzodiacepina es una droga, es una pichicata. Y algunas metáforas con connotaciones positivas de apoyo, ayuda y herramienta. Encontrábamos, entonces, posiciones pro medicamentos psicofarmacológicos y posiciones anti medicamentos psicofarmacológicos. El asunto es que, justamente, lo que queda en juego con respecto a estas dos posiciones es la autonomía del sujeto.

Es decir, ¿qué le sucede a un sujeto cuando consume benzodiacepinas? ¿Es un sujeto realmente dependiente, o está entrando en una dependencia de una tecnología como el psicofármaco? Y además esta cuestión de la dependencia se traducía también por la duda acerca de si existía realmente un sufrimiento real o un placer artificial en juego. Lo que está pasando allí, ¿es placer artificial o es un sufrimiento real? Sucede que para algunos usuarios la verdadera solución provenía de una idea de que el sujeto tiene que poder solucionar sus problemas por sí mismo y que, por lo tanto, debe padecer o experimentar una cierta cuota de sufrimiento. Esta es una noción emparentada a lo que un psiquiatra, a principio de los años 60, cuando se empezó a hablar de los psicofármacos y del éxito que estaban teniendo, acuñó como la idea del calvinismo farmacológico.

Es decir, tenemos que sufrir para poder superar nuestros problemas y además debemos hacerlo por nosotros mismos sin ninguna ayuda artificial.

Por lo tanto, el consumo con psicofármacos aparecía, muchas veces, como una debilidad moral. Es decir, el sujeto es débil por la necesidad de tener que recurrir a una herramienta externa para resolver sus problemas. Esta debilidad hace que para muchos la situación del consumo sea una situación vergonzosa y deba ocultar que está consumiendo benzodiacepinas. Hay algún punto de contacto con lo que Lauren traía hoy acerca de los relatos de los estudiantes. Pero al mismo tiempo, y para que vean que las cosas no son simples, mientras encontrábamos esta posición, también encontrábamos la posición que podríamos llamar opuesta, la del hedonismo psicofarmacológico. La idea de que existe un plus y un efecto agradable del consumo de las benzodiacepinas al cual no se está dispuesto a renunciar. La sensación que produce rápidamente es uno de los grandes argumentos por los cuales se sostiene a lo largo del tiempo el consumo de las benzodiacepinas aun cuando se diga mejor sería no consumirlas.

La paradoja, a su vez, es que el efecto tampoco es transparente. Cuando nosotros les preguntábamos a los entrevistados si podían describir el efecto que produce la benzodiacepina, más allá de que algunos rápidamente decían dormir, había escasez de palabras que pudieran transmitir qué era lo que sucedía allí con el efecto. Estas dificultades reintroducen la cuestión de la autonomía, porque muchos de los entrevistados dudaban de que si ese, por ejemplo, dormirse fuera ocasionado por el mismo uso de la benzodiacepina o se trataba de un efecto placebo. «¿Soy yo? ¿Será psicológico?» «En realidad nunca probé dejar de consumir la benzodiacepina y probar si yo puedo dormir por mis propias cuentas». Eso también pone en juego la relación de la autonomía. Porque en la medida en que el sujeto pueda relativizar el poder de la sustancia está recayendo sobre sus propios actos y sus propias sensaciones la responsabilidad de sujeto autónomo.

Cuanto a la interpretación del efecto, por otra parte, ocurre en dos niveles. Una ceñida específicamente a la sensación lograda. Dormir, estar más tranquilo, obtener relajación muscular. Pero hay otra lectura ampliada a ese efecto que es la sensación general de mejoras de la performance del sujeto. Y esto nos resultó bastante interesante, porque coincide con muchas de las significaciones encontradas en los anuncios de benzodiacepinas.

Volviendo a la autonomía, otra de las paradojas de la misma que está en juego en este consumo, es que parecería que el propio consumo, incluso las medidas de las dosis y de cuándo utilizarlas, está también a cargo del usuario. Y esto por dos situaciones. Algunas de ellas, porque es el propio usuario que dice «yo me voy a dar cuenta cuándo voy a estar nervioso o si tengo una situación particular, yo me tomo una benzodiacepina». Pero, a su vez, eso está promocionado por el propio médico prescriptor, que muchas veces le dice al usuario que utilice la benzodiacepina cuando la necesita. Entonces, esta autonomía es como paradójica porque, por un lado se necesita una receta verde para acceder a la medicación, pero a su vez es el usuario el que lo utiliza como un modo de controlar sus padecimientos. Por lo cual nosotros concluimos que el sujeto emerge como farmacológicamente orientado. Es decir, que debe sostener individualmente sus padecimientos y la forma de resolverse con ellos, y a través de las benzodiacepinas lo que logra es producir procesos de administración complejos acerca de sus estrategias para sobrellevar estos padecimientos.

Esto era lo que nos interesaba conversar con ustedes en el día de hoy, porque cuando pensamos en un uso problemático de las drogas, nuestra investigación no considera que en sí mismo el uso de las benzodiacepinas sea problemático pero sí que hay algo de lo dilemático que posiciona a cada uno de estos sujetos que tienen un consumo, ya sea ocasional o prolongado de estos medicamentos, que hace que verdaderamente deban repensarse a sí mismos y que muchas veces no los colocan en una situación fácil

### Preguntas del público

**Alfredo Parra:** Muy buenos trabajos, felicitaciones a los autores. Abriremos el espacio para dudas, preguntas, reflexiones. Yo voy a plantar una de las tantas que pueden quedar: ¿Qué hacer con estas cosas? ¿Cómo interpela el quehacer de la clínica? Niños que son medicados por crisis de angustia, consumidores adolescentes, adultos. ¿Qué hacer desde la clínica, qué herramientas concretas desarrollar que generen impacto, que sirvan? Están los talleres, los equipos interdisciplinarios. ¿Genera impacto eso? ¿Qué hacemos en lo concreto para operacionalizar todo esto y para atender a estas tremendas realidades? Dejo eso para pensar.

**Asistente:** Con respecto a lo que decían en la última presentación de la autoadministración del usuario con respecto a la medicación, también encontramos que en los servicios de salud muchas veces hay también ausencias de la atención en

psiquiatría. Eso es algo que también se presenta bastante cuando nosotros estamos frente al paciente, percibimos que no hay un control adecuado con respecto a la medicación que se recetó y también es preocupante. En ese caso, ¿cómo actuar? Porque también hay un otro que está atendiendo a esa persona, y de alguna forma nosotros tenemos que contener los cambios que se suscitan, ya sea por los efectos colaterales de la medicación.

**Andrea Bielli:** Me das la oportunidad de agregar algo más. Una de las cosas que también se vieron en la investigación es que las veces que los usuarios querían abandonar el consumo de benzodiacepinas, se encontraban solos en ese punto. Porque los relatos de aquellos que había logrado dejar la benzodiacepina, luego de efectos secundarios bastante jorobados, eran que lo habían hecho solos, con su propia voluntad o con la ayuda de algún cercano, pero no a través de los servicios de salud.

**Asistente:** Quería felicitar a la mesa. Me gustó la diversidad de exposiciones y la heterogeneidad. Me quedé pensando en algo que no pude concluir, en lo dilemático. En todas las presentaciones apareció algo de lo dilemático. Un lado o el otro. Entonces me gustaría preguntar qué les sugiere esto de no poder encontrar la medicación entre una posición o la otra.

**Lauren Predebon:** Sí, esa parte de lo dilemático es muy presente en los relatos. Yo participé de las dos investigaciones y entre los universitarios encontramos que, si bien todavía estamos en la etapa de análisis de datos, también ellos son influenciados por una visión muy crítica que tienen en el propio ámbito académico y que eso también hace contraste, porque por algo, en algo se sostiene ese consumo. Esto nos hace pensar en por qué razones se sostiene ese consumo, por qué siguen con eso, qué pasa en ese entremedio. Y por un lado está la experiencia también de consumo y por otro está esa inserción en todo lo que se dice sobre el tema actualmente que es un tema que está muy caliente en los medios.

**Andrea Bielli:** Quizá lo que vale la pena aclarar es que estas posiciones que nosotros encontrábamos como contrapuestas, muchas veces podían estar siendo representadas por la misma persona. Eran a lo largo de la misma entrevista. Entonces, la posición dilemática pone al sujeto en entredicho, lo interpela, pero lo que nos resultaba para seguir pensando es que no evita el consumo. O sea, se puede seguir consumiendo aún en una situación de interpelación. Y encontramos que quizás sea

este otro lado de hedonismo con el efecto, este poder que tiene el efecto concreto que a veces no se puede explicar, parece ser razón suficiente. O al menos se está cumpliendo algún deseo. En los insomnes creo que eso es más claro. El deseo de conseguir un sueño reparador de una noche entera es una cuestión para pensar. Todavía la estamos pensando.

**Alfredo Parra:** Para mí, lo dilemático está casi que en todas las producciones. Por ejemplo lo de Gabriela, me quedé pensando. Porque a veces, en mi opinión, en la clínica está lo dilemático. Y hay que pensar qué hacer con eso. Por eso, mi comentario inicial de por ahí quizá no embanderarnos a la ligera medicación sí, medicación no, sino profesionalizarnos en nuestras herramientas de intervención para que sean efectivas y eficaces.

Me quedó una preguntita para Paul. En la investigación de ustedes, el factor de malestar psicológico es un factor de riesgo para el consumo. ¿Ustedes lo que encontraron es correlación entre malestar y el consumo? No es que sea primero el huevo o la gallina.

**Paul Ruiz:** Para eso sirven las ratas. Primero las deprimimos y después les dábamos alcohol para tomar. Y las ratas deprimidas tomaban más alcohol. Entonces la segunda pregunta es ¿por qué encontramos en una rata un comportamiento igual que en el ser humano? Ahí vamos al cerebro y encontramos la teoría de la automedicación, que planteaba recién una compañera por ahí, en otro sentido de automedicación, pero algo que se sabe es que todos los seres vivos, incluyéndonos a nosotros y a las ratas, que no somos tan diferentes en el fondo, tendemos a consumir la droga que nos hace mejor para el momento en que estamos. Entonces, lo que hace a la teoría de la automedicación en este caso es que si estoy deprimido, voy a tomar alcohol. La parte que no considera la automedicación es que si uno se siente bien por un período corto de tiempo y después aparecen las consecuencias secundarias. Y ahí aparece la reacción de malestar. El malestar predice y funciona como un proceso de automedicación. Cuando me siento mal, tomo una droga que me hace sentir mejor. Igual, también por lo que decían las compañeras, no solamente se explica ahí el tema del alcohol. Cuanto al alcohol, por lo menos en la región, dentro de los principales tres factores que inciden en su consumo es la familia. O sea, los familiares que ofrecen y estimulan el consumo de alcohol, los pares, cuando yo tengo amigos que me dicen «che, vamos a tomar una» y el efecto de droga.

Algo que se sabe, que después con la marihuana nos vamos a sacar los pelos discutiendo estas cosas, es que cuantos más puntos de venta hay de una droga, más se consume. Y en el alcohol funciona así. Entonces, para el tema del alcohol, la discusión sobre qué podemos hacer es más que interesante. Se puede incidir desde la clínica, en el uno a uno, desde la clínica de la psicoeducación y el primer nivel de atención en salud, y en la clínica como pueden ser las políticas en los puntos de venta. Sobre el huevo y la gallina, hay mucho para descubrir todavía, muchísimo. Lo que sí, cuando hacés una correlación, no es explicativa, sino que lo que hace es predecir en base a la probabilidad y funciona apostando a la teoría de automedicación. Cuando estoy mal tiendo a conseguir una droga que me haga sentir mejor.

**Asistente:** Una pregunta. En el sexo, eso que dijiste de los hombre y las mujeres...

Paul Ruiz: Cuando hablamos de consumo elevado, 70 hombres y 56 mujeres. El metabolismo es diferente del alcohol en el hombre y la mujer, por una larga lista de factores biológicos. O sea que los números nunca son los mismos.

**Asistente:** Ahora que hablaste de los puntos de venta, y estabas hablando de la ley en esto de la fiscalización. Una encuesta de enseñanza media decía que los jóvenes accedían más al alcohol, ir ellos directo a comprarlo cuando no les deberían vender. Ahí debería ser donde la ley debiera trabajar más me parece...

**Paul Ruiz:** Sí. Lo que va a pasar con eso es que se van a generar bocas de venta de alcohol. Es lo que va a pasar porque en los países que se regula pasa eso. En el trabajo no había una pregunta específica de de dónde sacaban la droga porque la encuesta va de 18 a 30, entonces el factor que lo compre otro no corre. Sobre la densidad de los puntos de venta, son muchísimos los trabajos hechos y lo que se sabe es que si yo ahora quiero una cerveza y para conseguirla tengo que hacer 4 km, es más probable que tome otra cosa a que tome una cerveza, que si haya en el punto de venta lo tengo en frente a la facultad. También lo que se sabe es que si tengo una estación a 4 km, el de la esquina va, compra dos casilleros, la vende al doble y genera una boca de venta de alcohol. Que para nosotros es raro, porque el alcohol está en todos lados, se consigue. Es más, los rituales de inicio de consumo de alcohol en Uruguay son terribles. En Uruguay, hasta no hace mucho, las madres le ponían alcohol al chupete para que se durmiera el bebé. Hasta no hace mucho había una bebida que se hacía con vino, huevo y azúcar, que era para que los jóvenes crecieran más fuertes.

Hasta la principal iniciativa de consumir alcohol es cuando un tío jodón al nene de doce años le dice «tomate un whisky». Los rituales son muy importantes y están regulados por la familia y por los pares.

**Asistente:** El consumo de alcohol, ¿es más elevado acá en Montevideo o en el interior?

**Paul Ruiz:** En lo que yo hice, no encontré diferencias. Ese verso que se toma más acá, más allá, en mi encuesta no encontré diferencias.

**Alfredo Parra:** Bueno tenemos que cerrar. Interesantísima la propuesta, felicitaciones, muchas gracias.

# 03

## Simposio

### Abordajes en la prevención del Suicidio e IAE e Intervenciones clínicas con los sobrevivientes

Atención y abordajes del Intento de Suicidio desde el Sistema Nacional Integrado de Salud

*Denisse Dogmas*

Abordaje en pacientes con riesgo suicida en un Equipo de Salud

*Bartolomé Cabrera, Nis Díaz, Patricia Martínez*

Intervenciones en Crisis y postvención del suicidio con Sobrevivientes

*Susana Quagliata*

La conducta suicida desde una mirada transdisciplinar. Aportes para la clínica

*María José Torterolo*

## Simposio

### Abordajes en la prevención del Suicidio e IAE e Intervenciones clínicas con los sobrevivientes

**Coordinadora:** Mag. Ana Luz Protesoni

En este simposio se presentarán cuatro ponencias. En primer lugar la Dra. Denisse Dogmanas profesora del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología. En segundo término van a exponer integrantes del Equipo Comunitario de Salud Mental de Salto – ASSE que está coordinado por el Dr. Bartolomé Cabrera e integrado por la Lic. Psic. Nis Díaz y la Lic. Enf. Patricia Martínez, van a hablar sobre el Abordaje en pacientes con riesgo suicida en un Equipo de Salud. En tercer lugar la Mag. Susana Quagliata, docente del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología y por último la Lic. Psic. María José Torterolo.

#### **Trabajo: Atención y abordajes del Intento de Suicidio desde el Sistema Nacional Integrado de Salud**

**Autora:** Denisse Dogmanas

Comentaré desde mi experiencia trabajando en la Comisión Honoraria de Prevención del Suicidio. Como representante del Ministerio de Salud Pública, trabajo en el Programa de Salud Mental del MSP, además de ser docente; abordaré algunos avances en este aspecto y algunos de los desafíos que podemos ir planteando.

Ha habido un aumento en las cifras de suicidio en nuestro país, así como a nivel mundial, que ha aumentado en un 45% en los últimos años. Uruguay no escapa a esa realidad. La tasa el año pasado fue 20,37 cada 100.00 habitantes y esto es un problema mayor para la Salud Pública. Ha sido tomado como un problema crítico dentro de los problemas nacionales y su disminución es uno de los objetivos sani-

tarios nacionales para el 2020. Y es un avance también que haya sido tomada desde el MSP, desde la política pública, como un objetivo sanitario nacional. Por otro lado, como país, también es importante que exista una Comisión Nacional Honoraria de la Prevención del Suicidio, integrada por cuatro Ministerios, Ministerio de Salud Pública, que lo preside, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio del Interior. Tiene una Comisión Asesora que está integrada por diferentes Facultades, Enfermería, Psicología, Medicina, ASSE y Secretaría Nacional de Deporte. Esto es una gran ventaja como una estrategia nacional porque en muchos países queda en la órbita solo de los ministerios de Salud, y en realidad la problemática es multicausal y debe ser abordada desde diferentes sectores, desde la interdisciplina y desde la intersectorialidad. Entonces, involucrar a otros actores claves es muy importante en una estrategia nacional. Y Uruguay en ese sentido logra, en el 2004, con el decreto de creación de la Comisión Honoraria de Intervención del Suicidio, constituir esta comisión. En el 2011 lanza en primer Plan Nacional de prevención del suicidio.

Este Plan Nacional se continúa luego en la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio, que es la que rige actualmente. Tiene cinco ejes estratégicos: el eje 1 tiene que ver con la organización de la atención integral en salud mental; el eje 2, la construcción de intersectorialidad y trabajo en red; el eje 3, la sensibilización a la comunidad y la educación, en lo que tiene que ver con promoción de salud mental y prevención de suicidios; el eje 4 es el eje de formación, capacitación y reorientación de recursos humanos; y el eje 5 tiene que ver con el desarrollo nacional de información tanto en intentos de autoeliminación (IAE), como suicidios. No voy a desarrollar la Estrategia Nacional, eso está disponible, solamente voy a puntualizar algunos de los avances que entiendo más importantes desde que existe esta Estrategia Nacional.

El primero de ellos tiene que ver con la incorporación de prestaciones de psicoterapia y abordajes psicosociales en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Esto fue por decreto, se estableció en el año 2011 que todos los prestadores, públicos y privados, debían tener prestaciones de psicoterapia en diversas poblaciones. Niños, adolescentes y jóvenes hasta 25 años, prácticamente pueden ingresar todos por diferentes motivos. Si bien existe una lista de problemáticas, de poblaciones objetivos, eso fue más que nada porque hubo un temor desde los prestadores de salud de que esto pudiera ser una demanda inaccesible, por lo que era necesario puntualizar cuáles son las poblaciones que iban a entrar. Y en el caso de adultos se priorizaron algunas prestaciones, algunas poblaciones. Concretamente, las personas con intento de autoeliminación y sus familiares fueron una de las poblaciones priorizadas, así como docentes y personal de la salud. En esta población lo que se incluyó fue, en el modo 1, abordaje grupal, gratuito, y grupos para familiares o referentes afectivos de personas con IAE o sobrevivientes de personas con muerte inesperada, de las cuales una de ellas podría ser por suicidio, como también homicidio, accidentes u otros tipos de muertes. En el modo 2 se incorporó el abordaje para personas con intento de autoeliminación que pueden acceder a hasta 48 sesiones. La atención es distinta que el resto de las prestaciones, en las que se establece un plazo de un mes para el comité de recepción, de un mes para iniciar la prestación. Aquí, por el nivel de urgencia, se establecen 48 horas para que las personas con IAE puedan acceder al comité de recepción y otras 48 horas para que puedan iniciar la prestación. Mientras tanto, debe existir un referente del dispositivo grupal. Además se establece, con este decreto, que debe haber un seguimiento durante 6 meses a las personas con IAE.

Otro de los avances importantes a nivel de abordaje en el Sistema tiene que ver con la ficha de registro obligatorio para los IAE. Esta ficha también se establece por decreto en el año 2012, y establece que toda persona que llegue al Sistema de Salud, no importa cuál sea la puerta de entrada, debe ser registrada y esa información debe ser notificada al MSP. Tiene un doble sentido esta ficha. Por un lado, el monitoreo epidemiológico de lo que tiene que ver con los IAE, que hasta el momento en Uruguay no existía, pues si bien había un buen registro de los suicidios, no así con los IAE por parte del MSP. Y por otro lado un sentido de poder registrar y captar a esa persona, para después hacerle el seguimiento y tener más identificadas a aquellas personas que tuvieron un intento de IAE. Esta ficha se compone de dos secciones. Una tiene que ver con datos más básicos, patronímicos, sobre si tiene intentos previos, si ya está en atención de Salud Mental, qué método utilizó, cómo fue la puerta de entrada al Sistema de Salud. Es completada por cualquier profesional de la Salud

que tenga el primer contacto con la persona. La segunda sección debe ser completada por el equipo de Salud Mental una vez que recibe al usuario. Lo que se establece en este decreto es que cuando se ingresa a una persona al Sistema de Salud con un IAE, debe hacerse una coordinación al equipo de Salud Mental y este completará la segunda parte, relacionada con los factores de riesgo, factores de protección y elementos que permitan hacer la planificación del tratamiento y del seguimiento.

Otro logro importante a nivel del Sistema de Salud es el Protocolo de Atención y Seguimiento de las personas con IAE, lanzado en mayo del 2017, sobre el que se estuvo trabajando durante unos años en generar consenso, porque pretende brindar pautas para los prestadores de salud de cómo debe atenderse a estas personas. Si bien se había dicho debe hacerse el seguimiento durante seis meses, no se había establecido aún una pauta o ciertos elementos básicos de cómo atender o qué, o por lo menos, acciones mínimas deberían tener todos los prestadores de salud cuando reciben a una persona con un IAE. Entonces, en este decreto se tiene como objetivos, por un lado asegurar la accesibilidad a la atención en Salud Mental a las personas con IAE. Es decir que, una vez que se captan, puedan acceder realmente a la atención que necesitan, una atención integral, y que se asegure una continuidad asistencial. Este protocolo está disponible en la página web del MSP. Plantea tres etapas. Una primera para el Servicio de Salud que interviene en primera instancia, el primero que lo recibe. Una segunda instancia que tiene que ver con la consulta con el equipo de Salud Mental, en la cual no debe pasar más de una semana para que se la reciba desde que se hace la coordinación. El equipo de Salud Mental debe realizar un plan individualizado de tratamiento, en el cual se debe asegurar que este plan pueda ser cumplido. Uno de los elementos más importantes es que pretende que haya un seguimiento activo por parte de las instituciones. Es decir que si las personas después no concurren, no consultan, el prestador pueda tener identificada a esa persona. La tercer etapa tiene que ver con ese seguimiento durante seis meses, es decir, que haya una responsabilidad también por parte del prestador y un compromiso distinto en cuanto a tener más captadas a estas personas y estar pendientes y poder revisar si se están asistiendo, si están cumpliendo con el plan de tratamiento, que tengan una agenda prioritaria. O sea, si se le indica un plan, ese plan pueda ser cumplido. También se plantea en el protocolo que los menores de 15 años deben mantenerse en observación, debe haber algún tipo de internación, por lo menos en algún lapso, que debe ser en sanatorios y hospitales generales, y que debe haber una coordinación con el espacio adolescente. El protocolo que plantea una serie de medidas y también están disponibles para acceder.

Otro avance ha sido la promoción del trabajo intersectorial e interinstitucional. A partir de ello ya se han instalado catorce grupos departamentales de prevención del suicidio. Se está trabajando con diversos grados de desarrollo, pero muy comprometidos e incluyendo diferentes instituciones. Están integrados por personal de la Dirección de Salud Departamental, prestadores privados, públicos, personal de Primaria, Secundaria, entre otros. Cada departamento le fue dando también su particularidad, eso es algo que también ha sido un logro en estos últimos años.

Uno de los adelantos tiene que ver con el desarrollo de guías de prevención, talleres de capacitación, es decir, en la formación de recursos humanos. Se han realizado también talleres con los medios de comunicación.

Algunos de los progresos que están en desarrollo, sobre los que hay que seguir trabajando aún, tienen que ver con la definición de rutas de acción para la referencia y contrarreferencia, en los prestadores de salud. En los grupos departamentales se está trabajando para que haya una coordinación. Qué pasa cuando un usuario llega, cuál es la ruta. Y la línea telefónica 24 horas que es una de las medidas que está en las estrategias nacionales de prevención del suicidio, en general recomendada. En nuestro país, si bien hay una línea telefónica no es de alcance nacional. Se está trabajando desde ASSE para poder implementarse a la brevedad.

Estos serían como algunos recortes de los avances en este período. Algunos de los desafíos tienen que ver con abordajes para personas con IAE, que por la experiencia han funcionado y se han utilizado, pero no se ha visto tanto el uso de la psicoterapia por parte de los sobrevivientes. Los grupos están disponibles en el Sistema de Salud, pero los abordajes grupales en general no han funcionado como se estimó, como se proyectó en su momento.

Por otro lado, está pendiente incorporar poblaciones que está demostrado que tienen un riesgo que está asociado fuertemente al suicidio, que en el caso de niños, adolescentes y jóvenes están incluidos, pero no en adultos. Hoy por hoy no están incluidos los adultos con depresión, que es otra de las poblaciones que están asociadas con prevalencias para el suicidio. Personas con enfermedades dolorosas, crónicas, incurables, que han demostrado ser poblaciones de riesgo, tampoco están incluidas. Siempre estamos hablando en los adultos, pero en los niños sí.

Y por otro lado está planteado el problema del copago, porque si bien en el caso de ASSE no hay copago, pero en el caso de los privados hay un copago asociado al uso

de los servicios (en el modo 1 es gratuito pero en el modo 2 y en el modo 3 hay un copago) que pudiera estar oficiando de barrera en el acceso para las personas con IAE. Así que está planteado evaluar la posibilidad de reducir los copagos para que esto no obture la capacidad de acceder a psicoterapia, psiquiatría y a la medicación en las personas con IAE. Por lo menos, está planeado para un período de 6 meses.

Nosotros en nuestro país no tenemos definido qué corrientes u orientaciones teórico técnicas se implementan. En realidad, el decreto de Prestaciones de Psicoterapia dice que todos los prestadores están obligados a brindar psicoterapia a personas con IAE, no qué tipo de psicoterapia. Entonces existen algunas inquietudes respecto a si todas si cualquier tipo de psicoterapia debería ser financiadas. No sabemos qué tipo de psicoterapia se está brindando en el Sistema de Salud. La última revisión sistemática que existe sobre estrategias de prevención del suicidio dice que en los últimos diez años (en realidad los estudios comparan el tratamiento usual o el mínimo tratamiento con otro tipo de terapias) muestran que las terapias más efectivas son las terapias comportamentales o la terapia dialéctica comportamental, para reducir la ideación suicida. Eso sería algo como para pensar y para discutir. Existen también intervenciones breves, por ejemplo de una a cuatro sesiones.

Entonces una pregunta sería ¿debería haber tratamientos específicos? Por ejemplo, tratar solamente en cuatro sesiones el riesgo suicida y no tratar el resto. Son cosas para pensarlas.

Por otro lado, la ficha de registro obligatorio de IAE en nuestro país, si bien ha sido un paso muy importante, existe otro subregistro muy importante. Se estima que cada un suicidio hay entre 20 y 30 IAE. En el 2016 hubo cerca de 700 suicidios, o sea que debería haber, por lo menos, 14.000 IAE. Y sin embargo al MSP le llegaron registros de 3500. Es un registro importante. Eso puede deberse a diferentes cosas. La planilla es bastante engorrosa, siempre hay un proceso para implementar una ficha nueva, los servicios de emergencia tienen miles de papeles para llenar, y demás. Entonces, pensar cómo se puede potenciar este recurso, si es necesario modificarla. Por otro lado, lo que tiene que ver con los cursos de detección y abordajes del riesgo suicida. Hay más cursos sobre eso que sobre lo que tiene que ver con habilidades para la vida, factores de protección. Hay un desafío en ese sentido, poder avanzar desde lo preventivo, desde la protección, no solo desde el riesgo suicida. Está planteado en la Estrategia nacional de Prevención del Suicidio la inclusión y profundización en la currícula de grado y posgrado de la Universidad.

En el 2017 se implementó por primera vez en una Unidad Curricular Obligatoria la temática del suicidio, pero que hasta ahora era algo optativo que podía darse o no darse, o sea que la Facultad de Psicología asumió un compromiso ese año.

Se espera que todas las Facultades del área Salud tengan un compromiso en la temática de poder tener algo básico, aunque sea, sobre el tema de prevención de suicidio dadas las altas tasas que tenemos en nuestro país. Desarrollar investigaciones, evaluar la efectividad de las intervenciones en las estrategias, porque existe la psicoterapia como forma de abordaje para las personas con IAE, pero no hay datos sobre si son efectivos, si logran bajar realmente los índices de suicidio. A su vez las estrategias del Plan Nacional de Prevención del Suicidio, que se entiende que son a largo plazo, va a llevar años para que se vea el impacto de las medidas. Pero las cifras no bajan, hay una estrategia nacional y van en aumento.

Son cosas para pensar, para ver si tiene que ver con algo de dar un tiempo a las estrategias o algo de ir incorporando nuevas estrategias.

### **Trabajo: Abordaje en pacientes con riesgo suicida en un Equipo de Salud**

**Autores: Bartolomé Cabrera, Nis Díaz, Patricia Martínez**

#### **Bartolomé Cabrera**

A nosotros nos cambió mucho el Sistema Nacional Integrado de Salud. Necesitábamos un cambio en nuestra salud y creo que este método es la solución, aunque hay que ir ajustando determinadas cosas en el transcurso del tiempo. La salud mental dentro del Sistema fue encarada como prioritaria, y dentro de la salud mental uno de los temas importantes es justamente el tema de suicidios. Las tasas son muy altas, si bien hay subregistros, incluso comparados con otros países pensamos que estamos muy lejos de lo que es la realidad. Entonces se creó el desafío de implementar un Plan Nacional de Prevención de Suicidio, llamado Compromiso con la Vida, que fue planificado a través del equipo de Dirección de Salud Mental de ASSE, donde están integradas múltiples instituciones, porque es un tema que no solamente compromete al sector Salud sino que también a la Educación, a la Facultad de Psicología, al Ministerio del Interior a través de la policía comunitaria, y además con una perspectiva territorial y regional y la coordinación institucional. Los objetivos son operativizar los lineamientos estratégicos del plan diseñar y registrar las estrategias, crear y fortalecer la figura del referente en el IAE, que es muy importante.

Porque cuando se está frente a una situación no se sabe qué hacer. Entonces tenemos que tener claros los referentes, incluso departamentales que existen en el interior y, lógicamente, acá en Montevideo.

Pero acá en Montevideo se da una realidad diferente porque hay muchas instituciones, mientras que en Salto no, por ejemplo, y en otros departamentos tampoco. Es muy importante también generar la alianza de trabajo con la institución del medio para la prevención, ya sea Udelar, MIDES, ANEP, CODICEN, Intendencia también. Es decir, hay varias instituciones que tienen que integrar este Plan. Y el marco de trabajo del MSP lo hace a través de guías, publicaciones que se han dedicado a factores de riesgo de conductas suicidas; el Programa Nacional de Salud Mental de octubre de 2007, y el Plan Nacional de Prevención del Suicidio que es de 2011 al 2015.

Hay un Plan en donde con un objetivo lo que se quiere es bajar las cifras para el 2020, y el Plan de implementación de Prestaciones de Salud Mental, de agosto de 2011.

La reglamentación sobre notificaciones obligatorias es también muy importante por el hecho de que no tenemos un diagnóstico exacto, no tenemos registrados todos los IAE y suicidios. Se han tomado, por ejemplo, las cifras del Ministerio del Interior, pero existe una diferencia, y consiste en que si bien el Ministerio es el primero en llegar por un tema de suicidio, inmediatamente se corroboraba que no era un homicidio, o sea, que se apartaba del delito se borraba, ante lo que las cifras no daban muy exactas. Por eso es importante que en la salud se lleve adelante el formulario de registro.

Acá tenemos las estrategias desarrolladas por la construcción y afianzamiento del rol del referente al IAE y suicidio y la elaboración de mapas de ruta por parte de los equipos de salud mental. Es importante la forma en que llegan estas estrategias al referente y además, a la salud. En este sentido, se destaca la alianza con Udelar en investigaciones en las que participa la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables junto con las Facultades de Medicina, Ciencias Sociales, Humanidades y Educación, Psicología, Información y Comunicación; y la participación en el equipo asesor de la Comisión Nacional para la Prevención del Suicidio; al igual que el protocolo de abordaje para poblaciones específicas, que serían adolescentes. Hay 44 referentes en Montevideo y 40 en el interior. Están más concentrados en Montevideo porque es más de la mitad de la población del Uruguay.

Acerca de los seguimientos, diseñar una agenda preferencial en el equipo de salud mental para abordar esta población de riesgo, definir rutas de acciones regionales, departamentales, locales, para operacionalizar la referencia y contrarreferencia.

En Montevideo, el usuario está atado por los sistemas sanitarios y tenemos las distintas posibilidades, aquí están los centros de salud, policlínicas barriales, instituciones zonales, no oficiales también, centros de salud con puerta de emergencia sin psiquiatra, y emergencias móviles, hospitales generales, con psiquiatra de guardia y equipo de Salud Mental y Vilardebó.

En el interior es diferente. Se cuenta siempre con un psiquiatra de guardia retén en las puertas de las instituciones, así sean públicas o privadas. Y ahí se valora el riesgo suicida, que puede ser bajo, moderado o alto. Si es bajo, son derivados a los médicos de familia, por ejemplo, y a redes sociales, entre otras. Si es moderado, al equipo de Salud Mental. Y si es algo, ya tiene que ir a una institución, como un hospital general que cuenta con salud mental u Hospital Vilardebó.

### **Patricia Martínez**

Soy licenciada en Enfermería y referente para el equipo de Salud Mental sobre suicidio e IAE, y voy a dar a conocer a grandes rasgos las rutas para los intentos desde nuestro equipo de salud, en el que hay solo una institución de salud de ASSE, por lo tanto hay dos referentes, uno que corresponde a la Red de Atención Primaria (RAP), y otro al segundo nivel de atención. Los usuarios con IAE o riesgo suicida vienen por varias vías. Algunos aún teniendo un IAE no llegan al Sistema de Salud, sino que ellos lo comunican y recién ahí comparecen a un Centro de Salud, el cual va a ir derivado dependiendo a la institución donde llegue, a la RAP o a ASSE.

Si llega a la emergencia, como normativa tenemos que todo IAE, sobre todo si es un menor, ingresa, sí o sí va a ingresar. Y en las siguientes 24 horas va a ser visto por un equipo multidisciplinario dentro del Servicio de Salud Mental. Lo ve una psicóloga, una asistente social, y por supuesto una psiquiatra.

Ahora, cuando va a una RAP, hay una referente que va a derivar, la cual va a hacer la primera valoración en cuanto al riesgo, y de acuerdo al riesgo, si es alto, elevado o moderado, va a tener una forma de derivar. Si es moderado o leve, va a ir a dar a conocer o derivar a un equipo de Salud Mental. Y si es grave, va a ir a la emergencia y a la internación.

Cuando llega al equipo comunitario, al referente de IAE a nivel comunitario, yo trabajo como nexo entre el equipo de salud, la familia, los referentes del usuario y el usuario. También hago otra valoración y lo derivó a lo que el Ministerio implementó como comité de recepción, que existe tanto para adultos como para niños. En los comité trabaja un psiquiatra, un psicólogo y un asistente social, que hacen la primera valoración integral del usuario y dependiendo del riesgo, o va a psicoterapia, los deriva a una institución, a algún referente comunitario o a la emergencia. Nosotros trabajamos con los comité de recepción como agenda prioritaria. Si el usuario necesitara de una atención más puntual iría a un psiquiatra, que también tienen una agenda prioritaria.

La otra agenda prioritaria que hay es ver qué pasa una vez que ingresa al Servicio de Salud Mental. Luego del alta tiene una agenda prioritaria para el post alta, y conjuntamente con la terapia que vaya a continuar.

Yo trabajo como referente de conexión no solo del equipo de atención en salud mental, sino también dentro del sector del salud con los otros sectores, otros servicios, porque sabemos que el usuario puede ingresar a otro sector. Y si no tiene como concientizado el médico de emergencia o del sector donde se ha derivado el usuario, ese usuario se pierde, incluso para los registros tan importantes que se han nombrado, el registro obligatorio, que por ahora se coordina también coordinado desde el equipo de Salud Mental.

Es sumamente importante que todos los actores de la salud estén involucrados en coordinar, en saber sobre los factores de riesgo, en no tener tan ritualizado lo que son los mitos, en no dejar en alto cualquier situación, ya sea leve, moderada o de riesgo, porque eso es un poco el trabajo de hormiguita que estamos haciendo. Con emergencia sabemos que tienen un montón de registros para realizar, pero desde el equipo siempre tratamos de ayudar, concientizar, que no se pierdan los usuarios en el mismo sector de salud.

El abordaje debe realizarse entre las 72 horas y con un equipo multidisciplinario. Además se hace las coordinaciones dependiendo de las iniciativas que vengan de otras instituciones, como Primaria, Secundaria. Dentro de nuestro equipo hay otro subequipo que trabaja incansablemente con todas las instituciones, que nos traen las problemáticas que hay dentro de las instituciones educativas, y podemos trabajar con ellos desde la problemática que traen los docentes de cómo abordar, de qué hacer, y el problema que a veces genera el imitar ciertas conductas.

## Nis Díaz

Yo soy referente por ASSE del convenio con Facultad de Psicología del practican-tado y residentado. En el año 2015 nos planteamos qué manera elegir para poder llegar a la mayor población posible en talleres educativos y de prevención. Así que instauramos un dispositivo para poder llegar a ellos. El objetivo que nos planteamos fue organizar y promover actividades de sensibilización con la comunidad. Y ahí estábamos pensando solamente en los docentes. Luego desde la comunidad nos pedían incorporar padres, técnicos, referentes, referentes a nivel deportivo, por ejemplo, es decir, las áreas de influencias correspondientes, facilitando la construcción de herramientas para prevención y abordaje de las situaciones.

Otro de los objetivos es promover el involucramiento y compromiso de todos los actores para las propuestas integrales.

En los talleres trabajamos con una serie de términos afines a la temática, con estadísticas oficiales, porque a la población le interesa saber cuantos intentos hay, cuántos murieron en ese año, en los años anteriores, cuántos suicidios a nivel nacional, a nivel de Salto. Trabajamos también los mitos, y consideramos que esto es sumamente importante porque estaban muy instaurados. También signos y señales de alerta, factores de riesgo y protección, y ahí nos detenemos bastante, al igual que en la reflexión y abordaje inicial de personas con riesgo, los recursos que tenemos. Siempre pensándolo desde la prevención.

Hemos trabajado con las instituciones, con Facultad de Psicología; con el centro de profesores; con inspección primaria; con maestros; liceos; escuelas; CAIFs; docentes juveniles; con la policía comunitaria últimamente, creemos que es necesario y nos pareció sumamente importante, con la Intendencia para ofrecer unos talleres, y también desde la Intendencia se nos pidió para trabajar con los guardavidas.

**Asistente:** Puntualizando un poco más la intervención clínica que hacemos después de la post alta, en Salto por ejemplo, dentro del modo 1, el abordaje de grupo a familiares se intentó implementar y no tuvo andamiaje por las características de la población. Entonces se trabaja principalmente el modo 2, en abordaje individual, el usuario, y se hace también junto a su familia. Si bien no funcionan los grupos, se trata de tener un referente familiar muy cercano y también abordar a toda la familia.

Tratamos de aceptar mucho lo interinstitucional, por ejemplo cuando se dan IAE con adolescentes (lo que es muy frecuente) con las instituciones educativas, con liceos, profesores.

Y tratamos de fomentar también no solamente el abordaje desde la prevención del IAE, que es principalmente lo que venimos haciendo en los talleres, sino que también incorporar la promoción en salud. En los talleres siempre abordamos los factores protectores, y entonces estamos como dándole una vuelta para que no sea visto desde la enfermedad y el padecimiento, sino que se pueda ver también desde el lado de cuáles son los hábitos saludables, como grupos de pares, referencia, instituciones, que hacen a que alimente al autoestima, la seguridad del adolescente y su bienestar.

## Trabajo: Intervenciones en Crisis y postvención del suicidio con Sobrevivientes

**Autora: Susana Quagliata**

Voy a presentar un fragmento de lo que fue mi tesis de maestría. Es un texto que principalmente está dirigido al suicidio en sí. Yo trabajé con sobrevivientes de suicidios, con madres de hijos fallecidos por suicidio, que son más que testigos privilegiadas para contarnos cómo se ha vivido esta situación en esas familias, conocer y comprender cómo afecta. Después voy a hablar un poco de cómo serían los abordajes desde el punto de vista clínico, apoyándome en el Sistema de Salud y toda la literatura que hay por allí escrita, así como también de la experiencia sobre lo que recibo, cómo trasladar la misma a través del trabajo en la Facultad de Psicología y en la Comisión Nacional, donde vamos formándonos todo el tiempo.

Empezar por pensar ya las cifras, pensando el impacto que generan, y la cantidad de intentos de suicidios no registrados por cada suicidio consumado; yendo un poco más allá, y lo que es el impacto a nivel colectivo. Cuando ocurre un suicidio en una familia, el entorno cercano más afectado alcanza como mínimo a seis personas, y cuando ocurre en instituciones educativas el alcance es hasta cien personas por la alta circulación del público (Pérez-Barrero, 2005).

Acá hay algunos elementos que sustentan estos conceptos. Por ejemplo, los padres dicen que se transforman en una población vulnerable por el tabú alrededor del mismo y el estigma social que no permite la expresión del dolor, y ahí me pregun-

taría qué pasa con las sociedades que no permiten expresar el dolor, y la construcción de significados en torno al suicidio. Por ende, los duelos en los padres, cuando fallece un hijo, se hace mucho más duro por la causa que ocasionó la muerte. Los estudios indican también que el suicidio de un hijo es un impacto catastrófico para los sobrevivientes. Esto es apenas una introducción de lo que ha sido la investigación, aunque no me voy a dedicar al duelo directamente hoy.

Alrededor del 20% de los padres sobrevivientes que pierden un hijo no llegan a superarlo nunca. No obstante, otros estudios revelan que los cambios en sus vidas comenzaron a partir del tercer o cuarto año de la muerte del hijo, es decir, habrá que pensar en prevenir como posvención. Una frase que me parece que representa un poco toda esta problemática: “La pérdida de un hijo es el n más solitario y desolado que una persona puede vivir. De mi propia experiencia, al haber perdido un hijo hace ya cuatro años y después de aceptar que va a ser un viaje de toda la vida el poder sanar una pena tan profunda” (Stephens, citado en Araya, 2015).

En cuanto a la relevancia social, aparte de pensar en las acciones de prevención, cómo combinar y articular los factores de riesgo para identificarlos, surge entonces la necesidad de la visibilización. Por lo tanto, también debemos pensar en que tenemos que realizar diagnósticos diferenciales, dado que por sí mismas las patologías psiquiátricas son un factor de riesgo muy importante. Por eso es necesario precisar qué hay subyaciendo detrás de lo que vemos y observamos. Generar conocimientos para estrategias terapéuticas específicas y dar seguimiento a los procesos suicidas. En términos preventivos formarnos en la clínica del duelo con los padres luego del suicidio de un hijo. También agregar la clínica con los sobrevivientes por constituir una población de riesgo de un intento de suicidio y realizar un seguimiento más cercano, lo cual implica fortalecer el dispositivo terapéutico.

Los suicidios y los intentos transgreden e interpelan las fronteras disciplinares. Esto ayuda a pensar un poco lo que quiero transmitir. El suicidio, ¿es un acto en solitario? ¿Realmente es un acto en solitario? Es importante comprender el devenir histórico singular en cada suicidio porque los efectos se multiplican exponencialmente. Cada año hay más suicidios, no solamente en Uruguay sino en el mundo. Irrumpe también la ausencia de antecedentes familiares. ¿Por qué es importante comprender el proceso del suicidio?, porque va en detrimento de la Salud Mental de la población y del desarrollo de un país, ¿y por qué?, porque la gente joven es la que se mata mayormente. Además, el suicidio emergerá como algo novedoso e inesperado en las poblaciones venideras. Acá hay algo más a interpelar.

El problema de la investigación de lo que fue mi tesis de Maestría trata de caracterizar el duelo cuando un padre sobrevive a un hijo que se suicidó y queda capturado por el estigma social. Los padres suelen no hablar de sus propias pérdidas porque sienten que no hay aceptación social. Se callan, porque la muerte de un hijo representa el peor de los temores para las otras personas. Deconstruir este estigma aportaría elementos para la apropiación de esta problemática en la comunidad y promover la conformación de redes sociales. La investigación cualitativa fue de carácter exploratorio; la detección de señales de una posible evolución patológica del duelo, algo a tener en cuenta en la prevención.

Estas son las preguntas que me hice para la investigación: ¿Cuáles son los significados adjudicados por las madres al suicidio de sus hijos e hijas? ¿Cuáles son las vivencias de las madres en estos duelos? ¿Cuáles son los recursos individuales y sociales a los que acuden para afrontar la pérdida de sus hijos e hijas?

En los objetivos generales y específicos de la investigación se trató de explorar las dinámicas de los procesos psicológicos comprometidos en el duelo a partir de un grupo de padres cuyos hijos fallecieron. De los objetivos específicos, me voy a detener simplemente en el primero, que es conocer los significados que las madres atribuyen al suicidio de los hijos e hijas, a partir de sus percepciones y relatos y la identificación de los factores de riesgo presentes.

También se habla de la muerte excluida o muerte invertida y el duelo como una enfermedad (Ariès). No hay que pensar el duelo como una enfermedad, aunque puede encontrarse o aparecer una enfermedad. La sociedad en la que vivimos continúa sin pausa y la desaparición del individuo parecería no afectar la continuidad en la vida cotidiana.

Es un duelo por un vacío en la cadena de representaciones, esto es lo que deja el suicidio en los sobrevivientes, no solamente en los padres sino en toda la familia y es como si en su seno cayera una bomba fragmentaria. Una ausencia que no termina de constituirse según Flora Singer, docente de la Facultad de Psicología.

El dolor en el sujeto. Factores de riesgo genéricos que trayéndolos al campo de lo subjetivo, la desesperanza aprendida es el mayor indicador. La docente Ana María Araújo, en su libro “Los tiempos del tiempo o el tiempo de los tiempos”; analizó la inseguridad y ese miedo a la pérdida o el fracaso generan vulnerabilidad y desasosiego, que a su vez son productores de ansiedad y angustia. El sujeto resiste a la

velocidad de los cambios y al control en las formas de sentir. Hay una ruptura entre lo que yo vivo y lo que yo quisiera vivir.

Salir rápido del dolor, ese es el imperativo de esta sociedad. Una muerte violenta que atenta y ataca al funcionamiento psíquico, un exceso de violencia desde el objeto perdido que subyuga al yo (Aulagnier), lo cual subsume al sujeto a una relación con él/ella (hijo), tan presente como ausente. Eso deja el suicidio: tanta presencia como ausencia. Y para un padre, mucho más, sin duda.

El narcisismo sólo conoce de afectos, y por tanto, a su vez el dolor por este hijo que ya no está y sigue siendo hijo, más allá de la relación con el objeto interno (hijo) como lo pensamos desde el Psicoanálisis. Representar esa ausencia es per se casi irrepresentable. En este sentido, el afecto que está ligado a ese hijo se transforma en una relación de objeto traumática, por la repetición de esa ausencia.

Una manera de pensar los mecanismos de afrontamiento en las intervenciones es enfocarse en los procesos resilientes. Para ello debemos trabajar en ello desde una perspectiva interdisciplinaria. Pensar en la interconexión de redes y comunidades resilientes, eso es fundamental. Entonces este modelo de prevención del suicidio, en base a la atención en salud mental comunitaria pertenece a los investigadores australianos (Pfefferbaum B., Reissman, Pfefferbaum R., Klomp, Robin y Gurwitchde) quienes recomiendan construir a futuro comunidades resilientes.

La investigación tuvo como propósito comprender el suicidio desde un estudio exploratorio. La metodología utilizada se basó en técnicas como las entrevistas semidirigidas, la observación y triangulación de los datos. El procedimiento del trabajo de campo constó de tres fases. La convergencia de las unidades de análisis en la codificación de categorías abiertas y selectivas progresivas, la construcción de la narrativa de los datos e informe, lo cual fue un trabajo artesanal conforme al método cualitativo del diseño flexible y emergente. El enfoque se basó en un estudio de casos tipo (Stake, 2010). Para el análisis y resultados se procedió metodológicamente a partir del análisis del contenido.

En cuanto a las características de la muestra, fue de tipo cualitativa no representativa, por oportunidad y conveniencia. La selección se hizo en base a criterios estratégicos y por conveniencia en función de los objetivos. La muestra final del estudio se alcanzó durante los procesos de codificación del material hasta encontrar los indicadores repetitivos de la saturación de las categorías.

En relación a los criterios de selección, se excluyeron padres cuyos hijos habían muerto por otras causas, que no tuvieran patologías psiquiátricas y que hubieran pasado al menos seis meses de haber perdido un hijo. La procedencia de los participantes fue una convocatoria realizada a partir del contacto con el grupo de padres Renacer, el cual no solamente es integrado por padres sobrevivientes de hijos que se suicidaron.

A mi entender, el abordaje para la prevención de suicidio con sobrevivientes debe ser específicamente conformado por familiares sobrevivientes. Por otra parte, crear grupos de personas sobrevivientes a sus propios intentos de suicidio.

La muestra final quedó conformada por madres sobrevivientes, ya que los padres no concurren a la invitación a participar.

En cuanto a las edades de las hijas e hijos fallecidos, tenían: 23, 19, 21, 22, 34 y 46 años; predominando el sexo masculino, aunque la muestra se conformó con participación aleatoria de los padres. Convengamos, no es fácil, que las personas que han perdido un hijo, y más por causa de un suicidio, se presten a hablar. No fue fácil conseguir esta muestra. Estas personas tenían una heterogeneidad en los tiempos de tránsito de sus duelos.

Lo que me interesaba de los objetivos propuestos era centrarme en cómo los padres significaban y teorizaban al respecto del suicidio de sus hijos. Ellas fueron las informantes calificadas y pudieran hablar acerca de lo que consideraban había sucedido con sus hijos y las posibles causas de los suicidios. Es más, pude comprobar que los padres se vuelven investigadores sobre las causas de la muerte y del tema, para tratar de saber qué fue lo que sucedió.

Sobre los datos, análisis e informe de los resultados se basó en las narrativas que proveen la estructura lógica. Relatos fundamentados en la teoría y los relatos de las personas que participaron.

Dentro de lo hallado en la tesis, se encontraron como factores desencadenantes del suicidio síntomas de depresión y angustia. No configuraban una única forma de depresión y expresión sintomática, sino que diversidad en los síntomas de depresión y angustia. Fue posible relevarlo a través de las expresiones y asociaciones que la madre hacía en la entrevista espontáneamente, observadas a través de los lagrimeros, de silencios prolongados en los relatos, en olvidos y vacíos de la memoria.

La fundamentación teórica de la categoría es que la situación traumática entrelaza la experiencia vivida y el recuerdo de la conciencia con las vivencias de desamparo y desvalimiento.

Tal vez lo más rico de todo esto sea lo que las madres decían respecto a lo que identificaban como síntomas de depresión. Según una de las madres, «se veía un problema de autoestima, falleció también por una enfermedad, porque esa depresión, que es una enfermedad, fue lo que la llevó al suicidio»; otra madre dijo: «Él se suicidó porque no quería la vida que vivía. Accedió a que lo viera un psiquiatra conocido y bueno, lo vio, y sí, lo vio en un estado depresivo»; y otra madre que decía «él tiene que haber sufrido enormemente».

Otra de las líneas en las cuales se puede identificar lo que ellas atribuyeron como causa del suicidio de sus hijos, tiene que ver con la ausencia y el abandono por identificación parental. No solamente por algo que sus hijos vivieron, sino también porque era algo que habían vivido en carne propia (las madres), lo cual traían espontáneamente. Asociaban lo que les pasaba a ellas con lo que les pasó a sus hijos, según ellas. Entonces, una de las madres decía «ella sufrió mucho por eso, porque yo creo que lo asociaba a que había sido abandonada»; otra dijo «la relación con el padre no estaba bien. Una pareja muy civilizada separándose, pero no fue así. Todo eso a él le dolió mucho». La Intolerable ambivalencia con respecto a la figuras parentales.

Historia de suicidio familiar también surgió espontáneamente, pero no fue objetivo directo de la investigación. Pero apareció espontáneamente como una interrogante en ellas. Entonces, en las historias de suicidio familiar, una de las madres decía «tuvo un suicidio de amiga que fue una novia de él cuando era jovencita, a los 17 años, que se suicidó, se ahorcó, sin dejar respuestas de nada». Dijo otra madre «Porque esto de la autoeliminación se llevaba en los genes, era hereditaria, y mirando los casos de los míos, dice otra madre, pero mirando la familia del padre, cerca de 16 ya se suicidaron». Emergió de manera espontánea.

En cuanto a las relaciones interpersonales con presencia de violencia, también me centraré en los relatos que considero lo más rico. Una de madres dijo: «Yo pienso que el problema más visible eran los enfrentamientos con el padre. Ellos pasaban mal porque el padre les pegaba. Solo que nunca hablaban, nunca me dijeron nada. Él era quien protegía todo, e incluso me protegía a mí. Dije uy, hizo esto justo ahora porque no estaba el padre. Porque los mayores líos de él estaban más vinculados al padre.

Los cuatro vivieron el problema de alcoholismo de mi marido horriblemente. Antes de pelear y avergonzarse ante los suyos, peleando algo que él sabía que no era así, prefirió quitarse la vida».

Sentimiento de culpa. La culpa, ¿será una aliada o una enemiga? Un poco lo que estas madres decían del sentimiento de culpa, era por ejemplo «como madre fallé, te lo digo así, abiertamente, va a quedar grabado (por el registro), pero en el hecho de decirte bueno, entre mi hijo y mi marido, le voy a dar una patada a él (marido). La culpa está y va a estar siempre porque yo siento que no actué como tendría que haber actuado con esas señales», dijo una madre luego de que falleciera su hijo.

De lo que se busca y de lo que se encuentra, hay cosas que a mí me impactaron y no esperaba encontrar en esa investigación ni me las propuse. Dentro de esas, una fue que las entrevistas, pautadas para ser de una hora fueron dos horas, ya que el 50% del tiempo de entrevista fue utilizado por estas madres para dar detalles pormenorizados del suicidio de sus hijos, y vale señalar que el encuadre institucional en la Facultad de Psicología favoreció muchísimo que las madres hablaran más libremente. Se sentían confiadas de estar en Facultad pudiendo hablar con alguien que las pudiera entender, desde el punto de vista académico y sostener desde la escucha empática.

Entonces, surge el relato pormenorizado de los hechos en torno al suicidio y el carácter testimonial que adquirió la investigación, por la meticulosidad de los hechos narrados.

El suicidio como muerte voluntaria fue la idea más resistida en ellas, ninguna aceptó esa mirada de los hechos y tampoco la idea que hubiese sido una decisión o elección propia. Los traumas psicológicos infantiles, a consecuencia del abandono, reactivaron la vivencia de desamparo previamente al suicidio, algo ahí reactivó el desvalimiento de esa vivencia.

Entre las conclusiones que pude sistematizar desde lo cualitativo y trasladándolo a los números, los significados y las causas adjudicadas al suicidio, los factores de riesgo desencadenantes en estos suicidios, en seis de seis casos estudiados, fueron las pérdidas y rupturas de relaciones de pareja. La depresión diagnosticada, enmascarada o mal diagnosticada estuvo presente en los seis, no en la misma proporción o prevalencia de los síntomas, pero sí en todos los casos hubo síntomas de depresión y angustia.

La violencia intrafamiliar y el maltrato infantil estuvo presente en todos los casos estudiados. Violencia física y psicológica en la pareja de padres, sobre los hijos y por ser espectadores de violencia parental. Vínculos de parejas conflictivos y ante la amenaza de una separación, sobrevino el suicidio. Las identificaciones parentales, por abandono y desamor, en cuatro de ellos. La intromisión o invasión de los padres en la vida privada de los hijos, cuatro casos. La inversión de roles madre-hijo, en cuatro de los seis casos. Antecedentes de intento de suicidios, suicidios en la familia y vínculos cercanos, hubo solamente en uno de los casos un antecedente de intento de suicidio propio. Suicidio de familiares y amigos, dos de los seis casos. Y primer suicidio en la familia se encontró en tres casos. Esto último es lo que más preocupa: tres primeros suicidios en una muestra de seis.

Los traumas psicológicos infantiles identificados en que parecían revivir las vivencias de desamparo y desvalimiento desde siempre, en cinco de los seis casos.

Como reflexiones finales...

Respecto a la prevención del suicidio, este es un proceso que puede evolucionar a medida que avanza la edad. Los factores de riesgo generales se convalidan en este estudio. El trauma psicológico infantil constituye un aspecto emergente de riesgo de suicidio.

La capacitación específica en la detección de las manifestaciones clínicas de riesgo suicida y en las intervenciones durante la crisis suicidas en curso, es necesaria. El intento de autoeliminación no debe reducirse a una enfermedad médica. La prevención del suicidio ha de implementarse desde un enfoque y abordaje interdisciplinario e intersectorial, para contribuir a la necesidad de desestigmatizar el suicidio y derribar mitos, crear una estrategia de prevención específica en suicidios y la implementación de un sistema de atención geo-referenciado.

Se debe formar profesionales y brindar herramientas para la resiliencia. Profundizar en la génesis de estos procesos. Conocer los aprendizajes que sostienen al sujeto en duelo y al sobreviviente; ampliar la formación en dispositivos grupales terapéuticos específicos para la contención de los padres por el suicidio de un hijo o hija; y agregar crear grupos terapéuticos específicos para sobrevivientes a los propios intentos de autoeliminación.

Por último y compartir con ustedes una frase del filósofo danés Søren Kierkegaard (1813-1855) “La vida solo puede ser comprendida mirando hacia atrás, pero ha de ser vivida mirando hacia adelante”.

### **Trabajo: La conducta suicida desde una mirada transdisciplinaria. Aportes para la clínica**

**Autora: María José Torterolo**

Soy psicóloga. Trabajo en Facultad de Medicina como docente y además en un grupo de comprensión y prevención de conducta suicida. Tenemos muchas investigaciones en cuanto a prevención y comprensión de la conducta suicida pero ninguna netamente asociado a lo clínico. Eso nos hizo cuestionarnos desde dónde nos parábamos. Ver y pensar en prevención siempre se proyecta desde la línea del sufrimiento psíquico y siempre va a aportar a la clínica.

Nosotros somos un grupo integrado por Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Psicología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación y Facultad de Información y Comunicación. Además de interdisciplinario, es un grupo intersectorial porque trabajamos con la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE.

En este contexto, hemos hecho varias investigaciones que marcan una cierta línea. Se realizó una primera investigación en una UTU de Piedras Blancas que evaluó el riesgo de conducta suicida en adolescentes, en la que se vio una fuerte dificultad entre la coordinación del sector Salud y del sector Educación. Habían muchos baches. Se decidió ampliar la mirada y en una segunda investigación, de la cual surgió una publicación financiada por CSIC se buscó coordinar el sector Salud y el sector Educación. A partir de ahí, surgió una guía de prevención de la conducta suicida en población adolescente desde estos sectores. Luego dimos cuenta de la problemática que había en la Salud, en cuanto a la identificación del riesgo suicida. Han habido muchos avances, pero las cifras siguen aumentando. Y un poco esos aumentos se debe a que nosotros, como profesionales de la Salud, no logramos identificar el riesgo en etapas tempranas, tenemos que llegar hasta los IAE, para poder identificar el riesgo, y aun ahí la prevención resulta difícil.

Luego dejamos las investigaciones con adolescentes para buscar otras poblaciones, identificando que, además de los adolescentes, otro grupo de riesgo son los adultos

mayores, que si bien tienen los números sostenidos en su epidemiología, siempre están en alza y son mucho más efectivos que el resto a la hora de elegir método. En general tenemos muchos menos intentos, pero es mayor el número de suicidios. Lo mismo pasa con las personas privadas de libertad, son otro grupo vulnerable.

Pasamos a otro grupo, que tiene que ver en esto de entender la multicausalidad, y de allí se decidió generar un libro, una publicación de interés general, con antropólogos, sociólogos, psicólogos, psiquiatras, gente de neurociencias, para darle una mirada más amplia al fenómeno. De todo eso que hicimos decidimos presentar la segunda investigación, que tiene que ver con las dificultades que tenemos como sector salud para identificar el riesgo. Nosotros entendemos a la conducta suicida como un continuo, que va desde la ideación suicida, pasando por los gestos o las conductas parasuicidas, el intento, hasta el suicidio consumado. Ahí tenemos muchas etapas en las que podemos intervenir y en las que vemos que no estamos interviniendo adecuadamente. Los suicidios e IAE aumentan mundialmente y se encuentra entre las diez primeras causas de muerte, y en la adolescencia entre las primeras tres.

Uruguay tiene tasas sostenidas de aumento y es una de las tasas más altas en el mundo, en adolescentes ocupa el segundo lugar en América Latina, y la distribución por sexo y por edades sigue las tendencias internacionales. Es más frecuente en hombres y en la franja de 20 a 29 años, con predominio en el interior del país.

Lo que estamos viendo es que esto se está revirtiendo o está cambiando. Las mujeres empiezan a ser cada vez más efectivas, empezando a elegir cada vez medios más letales de autoeliminación. Entonces eso hace aumentar el número de mujeres. Disminuyen los intentos y aumentan los suicidios. Por otra parte, está cambiando también el método utilizado, antes eran predominantemente las armas de fuego. Ahora está pasando al ahorcamiento. Esos son algunos cambios que se están dando en el fenómeno.

Las tasas que más crecen tienen que ver con los jóvenes adultos, los adultos mayores poseen tasas más estables, con un crecimiento leve.

Uno de los aspectos centrales para abordar la conducta, es conocer su magnitud a través de los registros de casos. Es el deber que tenemos, o la carencia más grande.

La conducta suicida, por relacionarse con la muerte, moviliza el sistema de creencias y valores, generalmente asociados con interpretaciones no científicas; en esto se

basan los resultados a presentar. Surgen a partir de un proyecto de prevención de la conducta suicida en adolescentes en Uruguay, hacia una mejora de los recursos humanos en Salud, que fue financiado por la ANII.

La idea era identificar los factores socioculturales en recursos humanos en Salud que dificulten la identificación y el manejo de la conducta suicida. En adolescentes es por orden de emergencia. Se estudió en cuatro hospitales generales y dos centros de salud del país, tanto en Montevideo, cuanto en el interior. Se indagó las dificultades, carencias, obstáculos y necesidades existentes en los recursos humanos del sector Salud para el adecuado abordaje.

Se apuntó a generar conocimiento y a la inmediata aplicación en la formación de recursos humanos, y se realizó como un trabajo colaborativo entre instituciones generadoras de conocimiento y formadoras de recursos humanos. Fue un estudio poblacional, de carácter descriptivo, que trianguló diversas formas de recolección de datos. Se aplicaron las fichas de emergencia, se aplicaron la escala denominada CAM, el cuestionario activo de actitudes ante la muerte, al personal de las puertas de emergencia, entrevistas semiestructuradas a informantes calificados y grupos de discusión para el personal de las puertas de emergencia.

Los objetivos generales tenían que ver con esto de identificar factores socioculturales que generaban dificultades en los recursos de la Salud para abordar esta problemática; y capacitar al personal para poder identificarlo. Describir y caracterizar las formas de registro en casos de IAE en personas entre 14 y 24 años; describir las características de formación de los recursos humanos, identificando las realidades socioculturales que interfieren en el abordaje.

Como resultados obtuvimos de un total de 211.160 consultas, el tramo de edad que más consultas realizó fue comprendido entre 14 a 35 años. Dentro del mismo, los adolescentes y jóvenes fueron los que más consultaron. Del total de las consultas en adolescentes, un 8% corresponde a los que son identificados por médicos; y 0,1% a lesiones autoinfligidas consideradas como presumibles IAE.

Como no diagnosticados como tales, se encontró un 21% que obtuvieron clasificación equivalente, correspondientes a problemas de salud asociados a conductas suicida, por ejemplo, múltiples accidentes o consumo problemático de sustancia.

Eso que a veces pasa, sobre todo en el interior, donde la persona llega a la emergencia y ya consultó cinco veces porque venía alcoholizado, por conducción en riesgo, por autolesión, y se mató. Y sí, se mató. Ya sabíamos todos que se iba a matar. Es eso que no estamos pudiendo identificar y no podemos hacer una adecuada intervención.

La mayoría de los pacientes con diagnóstico de conducta suicida, o sea, aquellos que el médico pudo identificar que estaban teniendo una conducta suicida, tuvieron previamente, más de una consulta en emergencia. Y alrededor del 63% de los que habían acudido habían tenido dos consultas o más en el plazo del año anterior.

De los que cometieron suicidio, si relevamos las historias clínicas, en el mes previo habían tenido algún contacto con el sector de la Salud, ya sea en emergencia o en cualquier otra instancia y no se pudo detectar.

De acuerdo a los registros, dentro de la categoría equivalentes a los diagnósticos médicos que priman son los politraumatizados, la constatación de lesiones y en tercer lugar los cortes. No se asocian como IAE pero sí se consignan, por lo tanto las estadísticas estarían un poco falseadas. Lo que pudimos observar fue una gran heterogeneidad en el registro de los diagnósticos realizados por los médicos en las emergencias. Una misma consulta, realizada por accidente de tránsito, tiene 18 tipos de registros diferente en la base de datos, lo cual hace imposible consignar y poder identificar bien de qué se trata.

Del total de los participantes, el 21,4% manifestaron haber realizado algún curso de formación específica en lo que hace a conductas suicida, el resto no. Se observaron creencias y mitos sobre la conducta suicida; aspectos personales, religiosos y técnicos que subyacen e inducen a la forma de reaccionar emocionalmente del actuar del profesional. Predominan los sentimientos negativos o ambivalentes hacia las personas con conducta suicida, que se ven reforzados por la racionalidad con la que se justifica la elección de trabajar en este ámbito. ¿Qué quiere decir? Yo trabajo en el sector salud para salvar vidas. Por lo tanto, si alguien viene porque tomó unas pastillas queriéndose quitar la vida y no corre el riesgo, queda para lo último. Es esa la idea.

También se cree que la experiencia de que los psiquiatras son los que se hacen cargo de la asistencia de estos pacientes. Que los médicos o el personal de salud en general no pueden, porque no tienen la formación, o tienen que dedicarse a otra

cosa, no es parte de su formación. Una profesional decía «a mí me causa mucha gracia cuando vienen las mujeres empastilladas porque se pelearon con el marido, se tomaron dos aspirinas y se creen que se van a morir». Esa era su perspectiva. Otra era la de un médico que dijo «yo trabajo en cárcel, y en realidad cuando vienen acá todos cortados me da mucha rabia porque lo hacen porque quieren salir».

La parte de la desregulación emocional, donde no se puede poner en palabras el sufrimiento psíquico y se pasa al acto, queda invisibilizada completamente por parte de los profesionales, de acuerdo a las creencias que tenga cada uno.

La idea era dejar ese panorama de ver qué era lo que, desde nuestro punto de vista, impide la adecuada prevención.

Ahora nos encontramos trabajando en otros cuatro proyectos con dos temas principales, uno asociado a notas suicidas, al análisis de las mismas como última comunicación. Nosotros entendemos que el suicidio en sí mismo es una comunicación pero la nota deja algo para los supervivientes y es riquísimo su análisis. En el mundo se hace desde hace mucho tiempo, en Uruguay en realidad hay muy pocos estudios respecto a notas. Por un lado, realizamos el análisis cualitativo de notas de entre el 2010 y el 2014 en Montevideo y, además de eso, asociado a las notas, trabajamos sobre otro proyecto que es suicidio y medios de comunicación.

Estamos viendo cómo se trabaja, cómo se analiza, desde la prensa las noticias de suicidio sobre el entendido de que en realidad hay un acuerdo tácito de que mejor de esto no hablar, porque se contagia.

## Preguntas del público

**Asistente:** Me quedó una duda en cuanto a qué se le llama riesgos bajos, moderados, y ¿qué es lo que se hace con el registro obligatorio? ¿quién se encarga de ese registro? Porque me parece que esto es como mucha teoría pero en la práctica esto no está sucediendo, y lo hablo desde una experiencia vivida. Y algo en cuanto a lo que dijo Torterolo de lo que dice una enfermera, también sucede de que médicos, va un adolescente con IAE y su comentario muchas veces es «si realmente te querés matar hubieras hecho otra cosa». Entonces, ¿cuál es la situación? No se está yendo realmente a una ayuda, a una prevención.

**Bartolomé Cabrera:** En cuanto a los riesgos, se toma en cuenta la presentación clínica. Durante la entrevista surge si realmente es un pensamiento suicida o son ideas que suceden de forma erráticas. Esos serían los dos extremos. Ahora, en cuanto a los registros, la realidad es que nos cuesta muchísimo. Primero porque, en la emergencia, también le doy una razón, tienen un montón de cosas para hacer. Mismo en la Salud se da ese concepto de que el psiquiatra es loco y el psicólogo es raro. Algo que le decimos siempre a los médicos frente a un IAE es que descarten primero lo orgánico.

**Asistente:** Entonces el aumento en los suicidios o en los IAE no va parar así, porque no hay una prevención real. No hay un equipo de verdad que se ocupe de eso.

**Bartolomé Cabrera:** Hay sí, existe. El tema es que estamos luchando contra toda esa realidad. Pero tenemos que hacerlo.

**Denise Dogmanas:** Equipos hay, trabajando. Pero la temática es compleja, es multi-causal, multideterminada. Con respecto al registro, el decreto está estableciendo la obligatoriedad para el Sistema Nacional Integrado de Salud, no está en la práctica privada. Los que lo tiene que llenar son las personas que trabajan en los servicios de salud. Y ha habido un proceso de implementación. La ficha tiene esa complejidad que todavía no está on-line. Cuando todo migre a la ficha electrónica, eso va a facilitar también porque es una ficha que tiene bastantes campos para llenar, es bastante engorrosa, y el papel suelto también dificulta la integración. Cuando se implemente la Historia Clínica Electrónica, eso va a ser más fácil porque ya tiene que llenar toda una serie de cosas.

Retomando lo decía Bartolomé sobre cómo funcionan las emergencias, la prioridad ahí es la atención, asistencial, y en general todo lo que es llenar planillas es resistido y no es visto como lo prioritario. La prioridad del sector de emergencia es salvar vidas, y toda la parte de planilla es como que va quedando en un segundo lugar. Es desafío de que se logre completar. Tiene esa complejidad.

**María José Torterolo:** Ya que estamos hablando de esto es un avance. Ya que nos estamos dando cuenta de que hay determinadas cosas que faltan es porque, por lo menos, lo estamos pensando. Piensen que previo al 2011 esto ni siquiera se pensaba, no se identificaba como un problema. Hoy se identifica como un problema y estamos buscando soluciones. Capaz que no estamos en lo ideal pero se va avanzado.

**Bartolomé Cabrera:** En cuanto a las estadísticas y en cuanto a la atención, nos cuesta mucho a todos. Recuerdo de estudiante que decían, en una charla como esta, según Estados Unidos, según Europa, pero ¿en Uruguay? No es solamente con el suicidio. Entonces nos cuesta mucho más pensarlo porque no ha sido tenido en cuenta. Recién ahora se está considerando más y creo que va en proceso de avance. Para mí es importante también la inclusión, aún más, de los psicólogos en la Salud Mental. Eso es importantísimo, porque he pasado por las dos fases en las cuales eran cuatro paredes y el paciente salía medicado. Hoy no es así. Creo que se ha avanzado muchísimo, no solamente porque los médicos han dejado de resistirse, sino por que desde la Psicología, la presencia del psicólogo ya está marcando su inclusión. Y lo que les pido es que sigan avanzando en esta inclusión. Creo que el psicólogo es parte de la Salud Mental y es muy necesario. No es solamente el psiquiatra, no es solamente la asistente social. Es el equipo.

**María José Torterolo:** Quiero agregar algo más, ya que estamos en un simposio en donde podemos intercambiar. Creo que es muy importante que estemos hablando de estas cosas, pero necesitamos un cambio cultural urgente, desde los que nos estamos formando, desde los que trabajamos en la interdisciplina, quién lo llena, quién no lo llena. Cada institución tendrá que referir a alguien quién se encargará de eso y cómo lo hará, capacitarse en eso. Si no les llega la capacitación, solicitarla. Hay que ser proactivos en esto de buscar los cambios. Esta es una instancia para empoderarnos del tema, y para poder saber que estas herramientas existen, y para empezar como psicólogos a exigir que se cumplan.

**Asistente:** Quería preguntarle al doctor, que es psiquiatra. Hoy en día que el sufrimiento psíquico se manifiesta de otras formas, por ejemplo, con enfermedades como la fibromialgia. Los médicos de medicina general están recetando antidepresivos sin pasar al paciente por un psiquiatra, cuando son enfermedades que realmente no tienen un diagnóstico claro, no se sabe de qué es, pero sí se les atribuye a que es un sufrimiento psíquico. Entonces, pensaba en eso de la medicación así porque sí. Estoy siguiendo un poco de cerca a pacientes con fibromialgia, y ya hay dos o tres suicidios frente a ese dolor inespecífico en todo el cuerpo, que no tiene una solución y que lo trata el médico de medicina general y lo aborda con antidepresivos, Tramadol y demás, sin encontrar una solución frente a esto.

---

**Bartolomé Cabrera:** Estas patologías también se deberían abordar por equipos multidisciplinarios. Nuestro país tiene también un consumo muy alto de benzodiazepina. Está el alcohol y está la benzodiazepina. Puede ser que muchas de las veces se medica a alguien depresivo con benzodiazepina, algunas no era necesario. Son las cosas que hay que ir mejorando. Pero es cierto lo que tu decís. Creo que hay que ir transitando con la formación de equipos, insisto.



04

## Simposio

**El sufrimiento en la Infancia: el lugar  
de la familia, la educación y la salud**

Presentación de:  
*Paula Schiappacasse*

Presentación de:  
*Adriana Cristóforo*

Presentación de:  
*Alicia Muniz*

## Simposio

# El Sufrimiento en la Infancia: el lugar de la Familia, la Educación y la Salud

**Coordinadora: Dra. Adriana Cristóforo**

Leyendo sobre cuestiones de infancia y sufrimiento en la infancia me he encontrado con ideas de algunos autores que hice mías, las cuales quisiera leerlas y comentarlas como forma de empezar este simposio para poner en común algo de esta preocupación que nos viene ocupando sobre el sufrimiento en la infancia.

Lewkowicz y Corea en 1999 se preguntaban si se acabó la infancia, ¿hace ya unos cuantos años no? Luciani, un autor argentino que trabaja en salud mental, en el año 2015 contesta a esta pregunta que se plantaba Lewkowicz y Corea. Si se terminó la infancia, también la modernidad que la produjo; y otra autora Sandra Carli agrega que desapareció nuestra infancia, la de los que hoy somos adultos, la que quedó grabada en la memoria biográfica, se carece no de niños, sino de un discurso adulto que les oferte sentidos para un tiempo de infancia que está aconteciendo en nuevas condiciones históricas.

Esto refleja mucho lo que venimos conversando en el Programa “Problemáticas Clínicas de Infancia y Adolescencia” y en el Instituto de Psicología Clínica, y que de alguna manera da lugar a la organización que le dimos a esta mesa, que pretende mostrar que pasa justamente en nuestra infancia en torno a las instituciones claves por las que transita: la familia, la salud y la educación. Cada una de nosotras presentará algo que tiene que ver con uno de estos tres ejes. Voy a presentar a la Profesora Alicia Muniz, es profesora de esta Facultad, compañera del programa “Problemáticas clínicas de la Infancia y Adolescencia”, es, además, casi doctora en psicología (el casi es porque ya presentó su tesis, le falta defenderla) y tendremos un adelanto de su tesis. Luego, la Licenciada Paula Schiappacasse, quien trabaja en la RAP-ASSE como psicóloga,

es además maestranda en Psicología y Educación de esta Facultad y participa en una investigación sobre un instrumento de evaluación del desarrollo temprano. Y yo soy docente de esta Facultad y coordinadora, en este momento, del Programa “Problemáticas clínicas de la Infancia y Adolescencia”, donde tratamos de empezar a trabajar estas preocupaciones que comenzaron a aparecer hace algunos años ya.

Le voy a dar la palabra a Paula Schiappacasse.

### Presentación

**Lic. Paula Schiappacasse**

Trabajo en el Centro de Salud Ciudad Vieja, que es dependiente de la RAP-ASSE, ubicado frente al Hospital Maciel. RAP- ASSE significa Red de Atención Primaria, de alguna manera la policlínica es la puerta de entrada a la salud y a todos los usuarios de ASSE. A partir del 2007 el prestador de salud se separa de alguna manera del Ministerio de Salud Pública y se convierte en un prestador integral de salud, al igual que otras de las policlínicas. De alguna manera, ASSE tiene una particularidad de trabajo que es contar con muchas policlínicas barriales donde se trabaja en el Primer Nivel de Atención. A partir de esta reforma en la Salud también hay un cambio importante en lo que refiere a las policlínicas y al trabajo de los psicólogos, otorgándole prioridad a la Salud Mental y el lugar en el Primer Nivel de Atención. Antes los psicólogos y trabajadores de Salud Mental trabajábamos más en el Segundo Nivel, sea en el hospital psiquiátrico o ya con una patología instalada.

A partir de este cambio, se contratan muchos psicólogos con el objetivo de que se trabaje directamente en la comunidad y con el sufrimiento humano, con todas las etapas del desarrollo y del crecimiento, y no esperar a que haya una patología para trabajar y para intervenir de parte de los psicólogos.

Este es un cambio importante porque la Salud Mental empieza a ser parte integral de la Salud del ser humano y no está separada, no queda aislada como pasaba antes. En mi caso, soy psicóloga infantil y hace bastantes años que trabajo directamente en la pediatría; me parece que es una oportunidad importante la de trabajar directamente con los pediatras y en coordinación con ellos, al igual que con las enfermeras y con todos los que trabajan en pediatría. Es decir, yo tengo mi agenda, tengo mis pacientes y también tengo la posibilidad de que, si el pediatra quiere, me llama y me dice: «Estamos acá hablando con una mamá y nos gustaría que vinieras y que participaras de la consulta», y así puedo trabajar un poco más en conjunto, con las distintas miradas que podemos tener. Nuestra mirada desde la psicología es bastante diferente en relación a la de pediatría, por ejemplo, y me parece que aporta muchísimo en ese sentido.

Para mí también ha sido muy importante trabajar en lo que es prevención y promoción de salud, es decir, no esperar tampoco que la patología o que la dificultad aparezca, sino que por ejemplo, si viene una mamá con un bebé recién nacido podemos trabajar con ella, intervenir desde mucho tiempo antes de que venga un niño de 6 o 7 años con una dificultad ya planteada. Ahora estamos tratando de introducir una escala francesa que se llama “A de bebé”, en la que se trabaja directamente en la consulta pediátrica y cuyo objetivo es el de captar dificultades en el retraimiento en niños pequeños, en bebés. Se trabaja con todo el equipo de Salud, todos nos tenemos que formar, aprender a usar a la escala y con eso podemos detectar cosas que de otra manera sería imposible, me parece que es una gran oportunidad de trabajo.

En lo que refiere a las consultas que los psicólogos podemos recibir en el Primer Nivel de Atención, a mí me queda la sensación de que muchas de estas o muchos de los síntomas que tienen los niños tienen que ver con dificultades que pasan en la familia, a nivel social o cultural. Hay muchos de los síntomas que aparecen en los niños para los que tenemos que hacer una buena entrevista, escuchar mucho lo que nos dicen, porque si nos quedamos con el relato de los padres, o con los síntomas del niño, quizás tendríamos que derivar directamente a psiquiatra. Creo que escuchando en la consulta y haciendo un buen diagnóstico podremos darnos cuenta muchas cosas, y de repente desde la intervención de psicología hay mucho que hacer en ese sentido.

Tenemos que tener claro que cuando estamos recibiendo a un niño en la consulta, recibimos una familia, y debemos escuchar a todos. Muchas veces los maestros y escuelas derivan a varios de los niños y nos mandan informes. En la escuela se ven muchos de los problemas que actualmente tienen los niños, sea a nivel de dificultades específicas, de aprendizaje, a nivel de conducta, o sea, muchas de las consultas llegan por ahí. Nosotros tenemos que tratar de ir apoyando ese proceso escolar. Tenemos que ver qué está viviendo ese niño, las situaciones de violencia intrafamiliar, muchas veces tenemos papás que son consumidores, entonces tenemos que de alguna forma ir captando todas esas situaciones y viendo cómo seguimos en la consulta.

En varias ocasiones, los padres parecen no poder sostener las dificultades que aparecen en los niños, hay padres que están desbordados y muchas veces dicen «yo no puedo con el niño, no sé qué hacer con él, le tengo que dejar la tablet porque si no hace cualquier cosa» y el niño tiene 3 años, «¿cómo no va a poder con un niño tan pequeño?», pero parece que los padres enseguida se desbordan y no saben qué hacer con las situaciones. Las maestras, por su parte, a veces nos mandan informes que de alguna manera casi que exigen la consulta psiquiátrica (parece que leyeron un manual de psiquiatría y nos mandan los síntomas).

Tenemos que ir viendo cómo hacer con eso, trabajar con la familia es muy importante, es necesario tener entrevistas no solo con el niño, sino con la familia, e ir ayudando al niño a que pueda elaborar las cosas de otra manera y que los síntomas empiecen a disminuir. Hay veces que trabajando con la familia, ayudando en esto de poner límites, de hacer intervenciones casi de psicoeducación, de que los niños se duerman temprano, de que tengan determinadas conductas los padres. Ya con esas cosas a veces ayudamos un montón y se notan cambios muy importantes a nivel del trabajo, a nivel de lo que le pasa a los niños y eso mejora en la escuela.

## Presentación

**Autora: Adriana Cristóforo**

Esto que planteó Paula me da pie para conversar sobre la cuestión de cómo transitan los niños por la escuela y qué pasa cuando la transitan, porque una de las grandes cosas que observamos es que es allí donde se visualizan algunas cuestiones.

Entonces, quiero ubicarnos en algunas nociones conceptuales desde donde les plantearé la cuestión del sufrimiento y la educativa, para después empezar a pensar en esto de qué pasa con el sufrimiento de la infancia en las Instituciones Educativas o en relación a ellas.

Para Fainstein, el sufrimiento es una expresión de un compromiso subjetivo que se traduce en padecer, dolor físico o psíquico. Él toma la noción de Freud de sufrimiento en la que plantea que el sufrimiento es algo propio de lo humano, y que tienen tres fuentes: el cuerpo, la realidad, y los otros. Yo les actualizo un poco los términos porque Freud lo decía de otra manera, pero lo que plantea es que en realidad el sufrimiento propio de lo humano tiene que ver con que tenemos tres fuentes de exigencias, que generan sufrimiento psíquico. La cuestión es cuando esto, que es algo propio de lo humano, genera algo que yo llamo indicios para no llamarlo síntoma (porque al llamarlo síntoma ya le estamos dando una entidad, ya estamos definiendo a que se refiere ese indicio), que amerita por ejemplo una intervención de nuestra disciplina.

En la definición subrayé las exigencias e impresiones del mundo exterior y los vínculos con los otros, porque esas son las cosas que, sobre todo a nivel educativo, se ponen en juego. Hay otra cuestión que es específica de la Educación, y es cómo se constituye la particularidad de ese vínculo, atravesado o mediado por el aprendizaje.

Tratando de empezar a pensar esto de las infancias, algo que se observa en el sistema educativo en general es que las instituciones educativas producen sus cambios más lentamente que el resto de la sociedad, fundamentalmente por la función asignada a lo social, que es la tarea de transmitir determinados valores culturales de esa sociedad; este encargo social que cumplen hace con que cambien sus prácticas más lentamente que otras instituciones. Esto lo traigo porque una de las cosas que nosotros vemos al trabajar en Instituciones Educativas es que el modelo de la modernidad, la concepción de infancia que viene de la época Moderna todavía tiene mucha presencia en las instituciones educativas.

Una de las características de la modernidad en relación a la concepción de niño, tienen que ver con tres mitos de acuerdo a un autor, el pedagógico, el antropológico y el filosófico.

Yo me voy a remitir al pedagógico, en el que se piensa al niño en términos de un adulto que conoce de antemano las respuestas y los dispositivos de enseñanza, así

como al discurso educativo que clasifica y nombra el niño, subjetivándolo y disciplinándolo. El sistema educativo en base a esta noción, a esta característica que tiene, espera a un niño determinado que cumpla con esta concepción. Algo que observamos trabajando vinculado a las instituciones de enseñanza es que, por una parte, el sistema educativo tiene una pata que es lo institucional (que es esto que permanece y que cuesta cambiar); por otra, vemos que son los sujetos que transitan por las instituciones educativas, quienes hacen todo un movimiento de cambio, un intento de poder pensar en un niño distinto, pero que lo instituido todo el tiempo le están poniendo en cuestión.

Esto que pasa adentro de la institución educativa es una de las razones que hace que la misma suponga para el niño una exigencia de adaptación, la que en determinados niveles puede tolerarse, y en otros niveles pasa a ser un sufrimiento que ya no es tolerado, y el niño genera como respuesta a ese sufrimiento determinadas conductas. Esto tiene que ver, obviamente, con la singularidad de cada niño. Hay niños que toleran menos esas exigencias y responden de manera más evidente y hay niños que la toleran más.

De todas maneras, hay una necesidad de adaptación a lo instituido del sistema escolar por parte del niño. Con lo instituido del sistema escolar me refiero a lo que permanece, que tienen que ver con lo que se llama “formatos escolares”, que en algunos aspectos hace referencia a que todos los niños aprenden a determinada edad determinadas cosas, entonces está organizado Primero, Segundo, Tercero, Cuarto, Quinto y Sexto, y se espera que el niño que ingresa a primero esté capacitado para transitar los aprendizajes de primero, y así sucesivamente. Estas son las cosas instituidas que en nuestro sistema educativo no han cambiado, más allá de que después se sepa que las realidades y las prácticas cotidianas no son así. Los maestros o las maestras permanentemente están tratando de adecuar sus prácticas pedagógicas al niño que tienen enfrente. Esto genera una tensión en los docentes, en el niño y en la institución también. Este es uno de los ejemplos de los formatos escolares que se mantiene.

Paralelamente a esto, que tiene que ver con una concepción moderna de la infancia instalada en las instituciones educativas, estamos en este momento social muy atravesados por una lógica que llamamos “los procesos de medicalización”, en donde el discurso médico se introduce como una lógica de comprensión de algunos fenómenos que no son médicos. De alguna manera esto hace que también se pauten, desde este discurso medicalizador, algunas conductas de los niños como normales

y otras como patológicas. Cómo las instituciones en la sociedad no son islas aisladas entre sí, estos fenómenos (que yo digo que vienen del discurso médico) también atraviesan la institución educativa. Es decir, de alguna manera se hace eco, se encarna esta forma de pensar lo que pasa en los niños que no entra en ese formato esperado de cierta normalidad, y la respuesta es lo que nosotros definimos como un fenómeno paralelo a la medicalización, que es la patologización. «Si esto que le pasa al niño no es normal, entonces es patológico». Este fenómeno tiene varias consecuencias. Todas las instituciones son claves en nuestra sociedad, sobre todo en lo que refiere a la infancia. Son instituciones productoras de subjetividad, es decir, de alguna manera la Institución Educativa dice que niño es el niño de esta sociedad. Entonces, cuando un niño, por el rebase del sufrimiento, empieza a presentar determinadas conductas en el contexto de la escuela, es signado o es mirado como lo patológico. Esto, produce también un determinado efecto subjetivo que lo ubica al niño en un lugar, dice Lewkowicz, de imposibilidad, en el sentido de que lo deja sin instrumentos para habitar esa situación o ese dispositivo escolar. ¿Por qué? Porque en realidad, cuando en la escuela se mira el sufrimiento de los niños desde este lugar, pasa lo que relataba Paula, se deriva, es decir, la escuela de alguna manera saca del dispositivo escolar a esa situación singular. Y después el niño vuelve con un informe, que también lo signa en un lugar. El dispositivo escolar con esta fuerza de la normalidad, que viene de la modernidad, lo ubica en el lugar de la dificultad y eso genera determinadas trayectorias educativas. No determina, pero produce una cierta trayectoria educativa.

Entonces, quiero contarles algo sobre todo esto (en realidad es una forma, no un texto), y capaz que alguno de los aquí presentes que han transitado por mis aulas o mis tutorías me lo han escuchado. Para mí fue una situación muy paradigmática de lo que acontece en la escuela, y cuando digo que la escuela produce un determinado niño, también produce un maestro, es decir, quienes transitan por la escuela también son producidos por la institución escolar. Esto que plantearé no tiene que ver con los sujetos que estuvieron involucrados en esta situación, sino con eso que la Institución produce:

Una mamá consulta por un niño que tiene 11 años que cursa tercer año escolar (esto era por octubre), preocupada porque su niño viene repitiendo muchas veces y la maestra le planteó que iba a repetir de nuevo. Yo comienzo a conversar con la mamá, luego con el niño, trato de ver qué ha pasado. La mamá viene con una serie de informes y estudios que le han hecho a este niño desde el primer año escolar. El primero de los informes, hecho por una reconocida psicopedagoga en este

país, indicó un niño normal en síntesis. Pero el niño sigue sin aprender. En el segundo año que cursó primero (porque repitió primero, segundo y tercero), ya con más de un año de escolarización, se le realizaron otros estudios, uno de carácter psicopedagógico, también un estudio psicológico y uno psicomotriz. Estos indicaron que tiene dificultades de aprendizaje. En el tercer estudio, el diagnóstico es dislexia. Entonces la mamá afirma que repite tanto por ser disléxico a lo que contesté que es raro, porque la dislexia tiene que ser muy severa para que pase esto y no son frecuentes.

En el relato yo no noto que el niño usa lentes, entonces le pregunto a la mamá si él ve bien, y ella me dice: «bueno pasa que tiene una enfermedad genética que se llama Queratocono, que es una deformación de la córnea en formato de cono, y por eso usa lentes». Entonces reitero: «Ah, pero ¿ve bien?» y la madre responde «Bueno no sé, el médico dice que ve bien pero yo no sé si ve bien». Me dirijo al niño y le digo «¿Fulanito ves bien?», y contesta que sí. Entonces seguimos conversando y le pido si me presta el cuaderno para que lo mire. El niño empezaba normalmente, escribiendo a la izquierda, y a medida que iba por la hoja iba inclinando su escritura hacia la derecha. Ya no empezaba por el lado izquierdo, sino que iba inclinándose hacia la derecha. Yo nunca había visto algo así, lo primero que me produjo fue curiosidad. Entonces digo, «¿Fulanito, vos sabes porque escribís así?» Respondió que no, y le pregunté «¿Vos ves bien cuando escribís así de este lado de la hoja?» Y me miró como no entendiendo lo que yo le decía.

Termina la entrevista, le digo a la madre que haré algunas averiguaciones, voy a hablar con la escuela, etcétera. Le hago la consulta a una técnica en oftalmología, quien me informa que en estos casos, a veces la visión es parcial, y que situaciones como el de la escritura del niño son típicas. ¿A qué voy? Este niño había transitado su escuela con este signo de dificultad, de no poder, no iba a poder otra vez porque la maestra ya estaba diciendo que nuevamente iba a repetir. Ya le estaban diciendo que no pudo, cuando en realidad ni era disléxico, ni nada de lo que había generado estos supuestos.

Traigo este ejemplo porque para mí es paradigmático en dos cosas: en este fenómeno que tiene que ver con la patologización, en el sentido de que no se entiende se traduce en una patología; pero además, una cosa que a mí me llama mucho la atención es que la patología siempre es psi, a nadie se le ocurrió a un niño con lentes preguntarle si veía bien. Es decir, no hay una vinculación de la dificultad con algo orgánico. Hay un recorrido que tiene que ver con este fenómeno de medicalización, en el cual

lo que no entra en lo normal es patológico, por el sentido de lo psicopatológico. En resumidas cuentas, lo que pasa a través de estos fenómenos y lo que le pasaba a este niño, es que en realidad nadie pudo decodificar el sufrimiento que había atrás, nadie pudo ponerse a pensar con él, este sufrimiento que estaba transitando por la escuela, porque obviamente a ningún niño le gusta repetir una vez, dos veces, tres veces.

## Presentación

**Autora: Alicia Muniz**

Creo que lo que nos contaba Paula sobre su práctica en el Primer Nivel trabajando con pediatras es un trabajo interesantísimo, me da pie para introducir algunas cuestiones que venimos pensando hace muchos años desde que empezamos a ver estas consultas por niños, sobre todo en etapa escolar. Ahora se viene corriendo, cuando uno arma cierta conceptualización empieza a aparecer un fenómeno novedoso que son las consultas psicológicas de niños de dos años. En las consultas que llegan de la mano de la escuela, portando un informe y en donde se habla de psicoeducación, a veces hay que ir un poquito más allá y armar una cierta demanda en la familia en relación con lo que pasa con ese niño, por qué no es visto, como decía Adriana, en su sufrimiento.

Voy a leer algunas cosas y después voy a compartir con ustedes algunos datos curiosos de la investigación, que me parece interesante pensar en este Simposio:

«Cuando un niño es señalado, sancionado, excluido en su singularidad bajo las formas de disciplinamiento medicamentoso, penitencias, desafiliación escolar, derivación a escuelas especiales, el niño queda instalado en un borde de riesgo, sin recibir el apoyo familiar, técnico y social, necesario y fundamental para su desarrollo, en la clínica hay niños que ya se presentan. Discurso este que sostiene la captura y la identidad integral del sujeto a partir de un rasgo que en este caso es patologizante dejando una marca a modo de estigma que lo acompañará largo tiempo, al menos durante su trayectoria curricular».

La patologización de la niñez, la que veníamos pensando como decía Adriana, es un tema enraizado en lo social, sobre todo dada su afectación desde los ámbitos de inserción y desarrollo del niño (como son la escuela y la familia), y sus efectos sobre el desarrollo de los ciudadanos entendiendo la categoría «ciudadano» como individuo

que tiene derechos y obligaciones. Hay dos autoras, Gisela Untoiglich de Argentina y Affonso Moysés y Collares de Brasil que trabajan el término «medicalización de la vida», en cuanto a que cuestiones de origen colectivo, social y político que se abordan como problemas individuales, atribuyendo su causa mayoritariamente a determinaciones biológicas, aunque las mismas no hayan sido comprobadas. Llamamos proceso y medicalización de la vida cuando problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de patologías médicas. La importancia de dichas afirmaciones reside en cómo este fenómeno se ha extendido en la infancia y promueve representaciones de lo normal y lo patológico que acompaña dichos procesos mediante discursos hegemónicos, en nombre de la Medicina y de la Educación. En relación al fenómeno de la patologización, la psicoanalista Silvia Bleichmar ya en el 2001 lo vinculaba a la caída de los ideales respecto del conocimiento, tomado como pura mercancía para lo cual los sujetos se prepararían para ser «subastados en el mercado de intercambio», hecho que relaciona con el fin de la infancia y que porta como consecuencia la patologización. Los niños están parasitados por las angustias catastróficas de los padres, decía Bleichmar, respecto al futuro de que no escapa todo el sistema huérfano de protestas. Las exigencias del modelo capitalista para el éxito de la vida se nutren de valores como la eficiencia y el rendimiento excelente, para lo cual hay que prepararse y de ninguna manera fracasar.

Hay un discurso impuesto en tal sentido desde la experiencia escolar, el horror al fracaso que está lejos de ser una instancia de aprendizaje y de comprensión de los llamados errores para motivar a un nuevo desafío, se evita a toda costa el fracaso escolar, proveyendo de soportes extraescolares a fin de llegar a la meta objetivo. Ivan Illich, este señor antes de Foucault, en 1975 en el trabajo “Némesis Médica en la apropiación de la Salud”, planteaba en la introducción el concepto de medicalización de la vida, relacionado con el hecho de que la medicina podía ser un objeto primordial para una acción política que intenta provocar una inversión de la sociedad industrial, refiere ya a un cambio previamente anunciado hace más de cuarenta años, del que nos estamos ocupando ahora en relación a los niños. Illich afirmó que el exceso de medicalización cambia la capacidad de adaptarse en una disciplina pasiva de consumidores médicos. Afirma que, en torno a ello, la dependencia de la intervención médica empobrece los aspectos no médicos que habitan los espacios social y físico, debilitando la capacidad biopsicosocial para afrontar problemas. Básicamente la gente no sabe solucionar las cosas si no pasa por el discurso médico.

La vigencia de estas afirmaciones puede encontrarse en la proliferación de derivaciones ante lo que se considera un fracaso en el proceso de aprendizaje de los niños cuando no se obtienen logros en el tiempo esperado. El docente espera las recomendaciones de los técnicos, espera para tomar las decisiones, no puede resolver solo acorde con su formación y la disciplina. No los critico, tienen un problema en la formación.

Si bien estas afirmaciones fueron hechas pasada apenas la primera mitad del siglo pasado, se está muy lejos de prever el fin de tales males, provocados por una medicina cada vez más metida en la vida de las personas. Por el contrario, el avance de la ciencia ha permitido responder cada vez más finamente a las exigencias de los individuos con estudios, diagnósticos y tratamientos cada vez más sofisticados. En tal sentido, el logro del hijo deseado, del embarazo buscado a través de técnicas de reproducción asistida, la obtención del sexo anhelado mediante la cirugía, la reasignación de sexo, y la ilusión de la juventud permanente mediante sustancias e intervenciones estéticas, se han instalado para evitar frustraciones narcisistas.

Resulta penoso aun así, encontrar vidas en la que a pesar de todos estos esfuerzos y estrategias, no se logra la plenitud deseada ni la felicidad desvelada. Son ejemplos de soluciones biológicas para sufrimientos subjetivos y existenciales. Así mismo, el tratamiento de las llamadas dificultades de aprendizaje y de la hiperactividad en niños, no siempre resulta satisfactorio cuando solo se aborda desde el punto de vista biológico, descuidando la dimensión subjetiva del sufrimiento infantil y familiar.

Silvia Bleichmar en el 2001 afirmó que el proyecto y la esperanza de un país se ven en los proyectos para la infancia, a través de la perspectiva de futuro. Hay un hecho que abarca el conjunto de la sociedad, dice ella, que tiene que ver con la patologización de la sociedad civil, que en este momento es tal vez uno de los riesgos más graves que estamos enfrentando, si alguien se queda sin trabajo se lo considera un depresivo, si un niño no puede aguantar 8 o 10 horas de clase más tareas extraescolares, más clases el fin de semana se lo considera un hiperquinético.

Las instituciones educativas no han quedado por fuera de la afectación producida por los cambios epocales, como decía Adriana, sino que han pasado a ocuparse de cuestiones para las que no fueron pensadas, a partir de la caída de las funciones que tradicionalmente detentaban las familias. Beatriz Shanil considera el déficit de atención y la hiperactividad como trastornos en la constitución subjetiva y no exclusivamente como determinación etiológica, afirmando que las llamadas patologías

de borde y los trastornos narcisistas son dificultades de organización psíquica en un terreno de conflicto intersubjetivo. Todo podría estar comprendido y tratado en un sentido histórico libidinal del niño y la familia.

En el Manual diagnóstico y estadístico de los test mentales DMS V, todo lo relativo a Trastornos en la Infancia pasó al capítulo de Trastornos en la Esfera Neurológica. Lo psi desaparece hasta en el lenguaje, por trastornos del neurodesarrollo. La manifestación de algún tipo de dificultad en el niño afecta, al decir de Cristina Rojas, los recursos psíquicos de la familia, que son necesario para apoyar y abordar las estrategias terapéuticas; requiere de investiduras narcisistas que exigen a su vez, un trabajo psíquico mayor por los sentimientos ambivalentes que se agudizan ante la presencia de un niño, cuyo cuerpo es incontrolable o bien que solo genera críticas por parte del entorno. Las expectativas se ven frustradas cuando se acompañan de fracasos a nivel de los aprendizajes, no solo curriculares, sino aprendizajes también sociales. Ahora en los colegios se enseñan habilidades sociales, para la vida, las monjas en mi época lo llamaban urbanidad, te ponían nota si ibas limpita, si sabías comer en la mesa, etcétera, era terrible, pero ahora se llaman habilidades sociales, si sabes convivir con otros en el aula.

Sumado a las dificultades que porta el niño, aparecen las generadas por falta de investidura narcisista que subvierten los intercambios que a nivel libidinal se esperan para el vínculo parento-filial. La depresión materna, el aislamiento familiar, o la separación de los padres, pasan por las dificultades que se atraviesan en torno a las fallas del niño, visibilizando, desmintiendo diríamos nosotros, otras razones del sufrimiento familiar.

Entonces, en esta investigación me interesó trabajar el impacto que a nivel de los vínculos tiene el diagnóstico y el tratamiento, porque es una verdad ya que me parece que tenemos que rodearla, es el campo de batalla el de la medicalización. Y me interesó ver cómo se sentían las familias cuando un niño era diagnosticado por algún problema de aprendizaje o por alguna cuestión en la conducta, como era la imagen que tenía la familia de ese niño y cómo se sentía el niño consigo mismo, la imagen que tenía de sí.

En mi muestra de estos niños que simplemente vinieron para una evaluación psicológica portando esa sintomatología, todos tienen que ver con algo vinculado a fracaso escolar, desatención, bajo rendimiento, y algún rasgo en la conducta: impulsividad, angustia, hiperactividad. Esto es sacado tal cual de la derivación,

son chicos de una consulta mutua y chicos que han venido al Anexo de Facultad de Psicología ubicado en calle Mercedes, a pedir evaluación. La medicación da pánico. Antipsicóticos, Neurolépticos, ya no prevalece la Ritalina, ya no encontramos niños ritalinizados, ni diagnósticos, porque ninguno dice TDH, o ADD, ninguno viene con déficit atencional. Ya estamos en otra generación de nominaciones de la sintomatología y en otra generación de medicación. Los médicos que pedían mayormente psiquiatras, dos neuropediatras. Carl es el primero tuvo una evaluación psicológica previa, no tuvo tratamientos. Y el otro, Ismael tuvo una evaluación psicológica previa y si tuvo psicoterapia, todos los demás no tuvieron ni evaluaciones ni tratamientos de la esfera emocional, psicológica, a pesar de que tenían una larga trayectoria de fracaso escolar.

Cuando yo les preguntaba a los papás qué cambios observan dentro del ámbito familiar, en la conducta de los niños que eran diagnosticados, ellos decían que los cambios eran insuficientes. ¿Insuficientes en relación a qué? ¿Cuál era la expectativa de estos papás? Entonces usaban adverbios de cantidad como mucho, poco, tanto; que indicaban esta insuficiencia en relación a lo que ellos esperaban. Manifestaban ambivalencia respecto a los cambios dependientes de la medicación, por ejemplo, no aceptan medicar al niño, pero se lo dan entendiendo que es favorable en algún sentido. Esto es un problema para la adherencia al tratamiento, porque después lo que se encuentra al final es que esta ambivalencia y estas conductas contradictorias (que son un expreso desacuerdo en darle la medicación), son olvidos, falta de receta, suspensión aleatoria, dificultades económicas para sostener. Esto termina generando una adherencia deficiente y termina dejando a los niños con todos los efectos secundarios de una medicación que es una bomba, porque no hay un convencimiento de los padres de que eso es bueno, ni ven los efectos que ellos esperaron. Con esto no estoy diciendo que los papás lo pensaron bien o mal, estoy diciendo lo que observo, y esto es un grave problema para el Sistema de Salud, porque estamos gastando millones en medicación que no está bien dada. ¿Por qué no está bien dada? Porque no se ha trabajado con los papás, no se atiende a estas cuestiones en los padres. Entonces el niño queda sancionado en el lugar de que tiene un problema, tiene que tomar remedios, y los papás no trabajan esa condición de su hijo como para decidir, hay que dar el remedio y se lo voy a dar bien o decido no dárselo y busco otra alternativa. Ahí es cuando quedan en un lugar intermedio, donde nadie se ocupa de esto. Los padres interrumpen la medicación por cambios percibidos como negativos o se le da el medicamento por miedo a la expulsión por parte de la escuela. Cuanto a las expectativas por parte de los padres, estos esperan que sea una indicación solo para los primeros años de vida,

expresan no querer que use medicación para toda la vida, idea de que sea un estado pasajero, que está muy asociado a la falta de maduración.

El tema de la maduración es bastante frecuente, a veces cualquiera de los técnicos psi dicen «bueno, va a madurar» (personalmente es una palabra que no uso porque madurar madura una banana que está pronta para comer), pero ¿en relación a qué? Entonces le estoy diciendo que hay que esperar, pero a veces se atraviesan otras cosas que no tienen nada que ver con la madurez. Aceptan medicarlo durante el ciclo escolar y no más, pero no estoy hablando de la ritalina que se da durante el ciclo escolar, estamos hablando de antipsicóticos, neurolépticos, incluso estos que se usan para dormir. Y tienen alguna hipótesis, algunos papás, del beneficio por acumulación del tratamiento; parece que hay algún psiquiatra que dice que esto se toma hasta los 15, entonces los padres asumen que cuando llegue ese momento esto desaparece.

Los temores que manifiestan estos papás de una adicción física, de una dependencia emocional de sus hijos, porque están en esta condición de enfermos; tienen temor a que sean vistos como locos por parte del entorno, a ser excluidos del grupo de pares, sienten vergüenza ante otros padres, entonces hacen todo un vericuerdo para esconder la medicación. Algunos pueden expresar su deseo de cambiar la medicación por tratamiento psicológico, pero por el temor y no porque se perciba que el tratamiento psicológico pueda aportar otras cosas. Y cuando se les pregunta si los cambios observados están relacionados con el tratamiento farmacológico, vuelve a aparecer la marcada vivencia de insuficiencia y de temores, perciben la permanencia de síntomas, pero además se agregan síntomas vinculados a conductas pasivas, somnolencia, irritabilidad, y hay niños que dejan de comer con la medicación. Perciben sí una mejoría en la escuela, pero según lo que dice la maestra, no es que ellos dicen que ahora pueden los deberes, ahora entienden, o «me doy cuenta que está conectado», no. La maestra dice que como que es algo que sucede en un lugar extraño a ellos.

Lo otro que me parece muy importante, es el lugar en que queda ubicado el niño. El niño que es diagnosticado y medicado se hace cargo del malestar familiar, la expectativa está en relación al lugar que el niño tiene en la familia. Es quien se hace cargo de esta locura familiar, así como los papás dicen que no están de acuerdo y no aceptan la medicación, también dicen: «Pero él la tiene que tomar solo porque yo no puedo estar ocupándome de esto». Yo siempre cuento sobre una nenita que es muy inmadura quien tenía un hermanito con una malformación, que había asu-

mido mucha tensión de los papás; ellos pasaban diciendo que era inmadura, que no hacía nada sola. Cuando pregunté quién le daba la medicación la nena dijo: «yo la tomo sola, y la corto a la mitad con una cuchilla». ¡Yo hice “plop”, como Condorito! Entonces les digo «¿Cómo puede ser esto?», y los padres me contestan: «Ella tiene que crecer y no vamos a estar toda la vida». Vemos la contradicción todo el tiempo en relación a esto de los papás, hay una falta de insight a pesar de que cuando uno le pregunta ¿Por qué usted piensa que pasa esto? Las fantasías son múltiples, desde se murió un tío mientras estaba embarazada hasta la plombe-mia que puede ser real, pero no hay ninguna conexión con la situación contextual, con las condiciones de subjetividad, que decimos nosotros, por las que transita la familia.

¿Para qué es todo esto? Para demostrar la importancia del abordaje de lo intersubjetivo en las consultas por estos niños, como decía Paula, decirles a los papás que piensen que puede estar pasando. ¿Por qué? Obviamente que la medicación da una respuesta rápida no a qué le pasa, sino a cómo sacarle esto.

Pensar sí en el Sistema de Salud, cuando vamos a darnos cuenta que el abordaje de lo familiar es esencial, y no es nada nuevo, pero yo no hice esto para decírselo a ustedes, lo hice para decírselo a los médicos, para decirles señores están gastando plata, energía en vano, porque miren lo que está pasando con los niños medicados, no funciona. Entonces, como no funciona se les cambia la medicación y nadie se da cuenta que lo que hay que abordar es justamente el nivel de lo intersubjetivo y analizar las condiciones de la escuela, de las familias, eso da mucho trabajo, y obviamente no paga.

### Preguntas del público

**Asistente:** Soy psicóloga, trabajo en un equipo interdisciplinario, en donde lo que se acaba de decir sobre los niños pasa exactamente con los adolescentes y sus padres. Hay dificultades a pesar de que la Salud Mental, en el 2007 o 2009, cuando se establece el Sistema Nacional Integrado de Salud, pasa a formar parte de la Salud. Lamentablemente entre la teoría y la práctica (la posibilidad real y concreta de que la gente reciba su psicoterapia, que se trabaje con las familias) hay todavía un abismo. Ahora se está hablando de que viene una respuesta en órbita del Sistema Nacional, llega una etapa en la que capaz que revisarán cosas, entre ellas el tema de la medicación, que es un tema que está puesto sobre la mesa porque es antieconómico

y porque no da resultados. Pero bueno, hay que esperar que entre la teoría y la práctica esas dos cosas se junten en algún momento. Y lo que yo escuchaba en relación a ese niño que pasó con ese tremendo sufrimiento, me imagino yo, esos tres años de escuela en los que repetía, lo veía un técnico, lo veía otro, lo veía su familia, las maestras, que supongo que serían de la misma escuela, la misma directora. Es decir, muchos profesionales que veían el transcurrir de ese niño. Es muy interesante, nadie hacía nada, hasta que llegó alguien que hizo algo. Y esto no lo digo como un halago, aunque me parece que es muy valioso, sino que lo señalo para los que aquí estén trabajen en equipos interdisciplinarios o coordinadamente con otros profesionales, que es un tema fundamental para hacer avanzar estos procesos de la reforma de la Salud y los cambios que pudiéramos lograr en todo esto; el compromiso, cuando alguien se compromete más allá de, que es por ejemplo lo que hizo ella cuando hablo con un oftalmólogo y le pregunto tal cosa, y el oftalmólogo le dio una respuesta que se podía haber obtenido cuando el niño estaba en Primer Año.

Claro, es difícil, quizá tener esa lucidez para de entrada comprometernos y ponernos a pensar un poco más allá de lo que nos compete, porque cuando en un momento se dijo que hay una parte donde nadie se ocupa de esto, es todo un tema. En el área donde yo trabajo hay un punto en el cual el adolescente decide no tratarse, o los padres deciden que no va más ni al psiquiatra, ni al psicólogo. Porque no les da resultado, y claro, no va a dar resultado, porque lo tendríamos que mudar de familia o generar otras condiciones de vida y eso todavía no existe que se pueda hacer así, mágicamente, rápidamente, no sé tampoco si estaría bueno o no.

El hecho es que a la familia le pasa lo que está escrito en el último renglón, y nos pasa a los profesionales, o por lo menos a mí me pasa (yo trabajo como Licenciada en Trabajo Social, hago todos los seguimientos más las coordinaciones con los liceos y otros profesionales y todo lo demás, y se trabaja en equipo realmente, hay un compromiso, pero todo los compromisos yo siento, que tienen un límite que es el otro). Cuando voy a dar el cierre de una situación, ¿cómo hago yo para que ese otro quiera o pueda, mejor dicho, mirarse a sí mismo en el caso de los adultos? Porque son situaciones brutales ¿no? Es una locura galopante, de la madre, el padre, el médico, y hay todo un revuelto ahí, que no sabes de dónde vas a tirar la piolita para poder hacer un cambio, habría que trabajar los cambios, pero la familia se cierra, me refiero a los padres, no los puedes hacer pensar. A veces pasa que en la conversación va llegando un cierto punto, como me dijo un día una señora muy enojada en un momento, en que yo la llamo por teléfono porque la niña no estaba viniendo, y me dice:

«yo no voy a ir más porque el psiquiatra esto, el psicólogo aquello y usted me hizo llorar con las cosas que me dijo». Ella no lloró en la entrevista, cuando estuvo conmigo. Yo me cuido muy bien, de la forma en que digo las cosas para ver si a ellos les cae alguna fichita y entonces a partir de ahí podemos hacer algo. Después igual vuelven, que es lo bueno, a pesar de que le hice llorar, la señora al poco tiempo volvió con la chica.

A lo que iba es a lo difícil que es el hacerse cargo, cómo y hasta donde, estoy hablando en trabajo de equipo interdisciplinario no estoy hablando desde el lugar del psicólogo aunque me imagino que deben de tener límites, no sé.

Y otra cosa que quería señalar es el compromiso. Creo que son dos elementos, que aunque quizás no tengan que ver con este Simposio específicamente, pero que son interesantes cuando uno está trabajando en esto.

**Asistente:** Me pareció interesantísima la intervención de investigación. Desde mi lugar como futura psicóloga, maestra, creo que uno se va formando en aquellas cosas que va necesitando adquirir más herramientas, y también voy desde el compromiso social que hablaba la compañera. Me parece que faltan más espacios de prevención, las escuelas disfrutables tienen a un psicólogo que trabaja con veinte instituciones, las políticas públicas de atención a la Primera Infancia ahora han tenido un vuelco y un cambio, desde el 2013 están formando (y estoy en esa formación también) asistentes técnicos en Primera Infancia, que trabajan con niños de 0 a 6 años y estamos trabajando desde esa formación de empatía, de escucha, de sostén y corte de alguna forma también y de acompañamiento. Después a la hora de trabajar se ve el Plan Caif, que trabaja con niños pero no atiende a toda la población, no es universal. Ahí sí se ven prácticas de crianza por equipos multidisciplinarios en la parte de prevención, de acompañamiento, y después eso se va cortando en nivel inicial, en la escuela, en el traspaso al liceo, en esos momentos; y las familias también quedan desprovistas ¿No? y a veces el síntoma se visualiza en el niño y se atiende por un lado a la urgencia, se medicaliza, pero no se trabaja desde la prevención en todos los ámbitos.

Me parece importante repensar eso, hasta por ejemplo cuando se habla de actividades que convoca la escuela, esas escuelas abiertas que miran a ese niño que atienden a la familia, los padres no tienen los días para tomarse para hacer ese tipo de actividades, la calidad de tiempo, y a veces pasa por eso, por la mirada y el acom-

pañamiento de unos pocos, y por políticas que intentan de alguna forma modificar o cambiar realidades, pero que no toman a toda la población.

**Asistente:** A mí me pareció muy interesante también lo que las tres dijeron, y me dejó pensando en algo que creo que atraviesa toda esta problemática qué es: ¿qué valoración dan los papás y las mamás al aprendizaje desde el hogar?; ¿cuál es el objetivo que ellos ven en que el niño vaya a la escuela y le interese lo que va a aprender ahí? Porque creo que hacernos estas preguntas y hacérselas a los papás es importante para reflexionar, en esto que tu decías, Alicia, del problema de la adherencia al tratamiento, creo que está atravesado por esta valoración o no desde el hogar al aprendizaje, también en lo que decías por el miedo a la expulsión por parte de la escuela, creo que hay un decaimiento en qué estimación se tiene, de parte de los padres, de la familia y del entorno significativo del niño, sobre el aprendizaje.

**Alicia Muniz:** Cuando uno recibe un niño que no está aprendiendo, no hay niños que no aprendan, habrá algún niño que no aprenda al ritmo que la maestra espera. Lo primero que uno se pregunta es: ¿A quién le importa que este niño aprenda? Eso tiene que ver con esta pregunta que vos haces, que es bien interesante. ¿Qué significa el aprendizaje para la familia? ¿Qué lugar tiene el aprendizaje para la familia?

Encontramos desde la indiferencia, la no catetización del aprendizaje, hasta niveles de exigencia insólitos para niños muy pequeños. El problema se arma cuando la escuela también tiene este discurso del nivel de exigencia. Los otros días contaba que recibí un nene de 2 años y 8 meses y la carta de la maestra dice “no mantiene la atención durante las actividades”. Así que hice uso del resorte que tengo en mi sillón de escritorio, fui al teléfono y hablé con la maestra, cosa que no hago nunca, porque nunca me entiendo con las maestras. Entonces, me parece que el problema es: ¿a quién le interesa? y ¿cómo le interesa que aprenda? Porque el chico es un receptor de todos esos mensajes explícitos e implícitos, no voy a hacer acá lo que tiene que ver con la identificación y todos lo sabemos, pero el niño sobre todo se va a identificar con aquello que percibe, con aquella imagen que los otros le devuelven. Entonces, si estos papás le dicen que tiene problemas, hay que darle pastillitas para que se quede quieto y la maestra le pregunta a la entrada «¿Hoy no tomaste el remedio no?» Ahí el niño no podrá zafar de ese lugar.

05

## Mesa

# Abordajes en la clínica actual

Coordinador: Joaquín Rodríguez

Duelo, sujeto y sociedad

*Pilar Bacci*

*Borderline: desafíos teórico técnicos de la clínica actual*

*Rosa Zytner*

Estrategias psicocorporales para el abordaje del síndrome de pánico

*Luis Gonçalvez Boggio*

Clínica Comunicacional y Participativa

*Cecilia Baroni*

## Mesa Abordajes en la clínica actual

**Coordinador: Joaquín Rodríguez**

Soy el coordinador de esta mesa que trata sobre “Abordajes en la clínica actual”. Tenemos cuatro autores, que son además profesores de acá, de esta casa de estudios, magíster y profesores adjuntos o agregados; y cuatro trabajos. El primero, la autora es Pilar Bacci, de este instituto, que además es psicoanalista. Su trabajo se titula: “Duelo, sujeto y sociedad”.

### **Trabajo: Duelo, sujeto y sociedad**

**Autora: Pilar Bacci**

Si bien esta mesa es de intervenciones clínicas, la propuesta que traigo no es específicamente de una intervención, sino que intenta reflejar cierta situación o estado de cosas. El duelo ha sido estudiado desde el psicoanálisis, la psiquiatría y la psicología; también desde la antropología y la historia se ocuparon del tema desarrollando investigaciones en torno a la muerte y las formas de transitar el duelo que se producen en las diferentes épocas y culturas.

El duelo ha sido estudiado desde el psicoanálisis, la psiquiatría y la psicología. También, la Antropología y la Historia se ocuparon del tema desarrollando investigaciones en torno a la muerte y las formas de transitar el duelo que se producen en las diferentes épocas y culturas. Como objeto de las ciencias sociales, fue abordado desde los rituales religiosos pensados como ceremonias reparadoras de las emociones que produce la muerte.

Las formas de expresión del duelo mediante ritos, llantos, gritos y movimientos corporales se consideran socialmente construidas con el objetivo de mostrar el dolor por la pérdida y el lazo con el difunto (Radcliffe Brown, 1972 [1952], Malinowski, 1948). La diversidad de dimensiones que encarnan las consideraciones acerca del duelo, lo tornan un problema en constante revisión y estudio.

Un antecedente fundamental sobre el tema que influenciará el campo de la psiquiatría y la psicología es el trabajo de Freud titulado “*Duelo y Melancolía*” (1996 [1917]). En dicho ensayo se explicita una teoría del duelo como fenómeno individual, íntimo, privado que excluye aspectos colectivos o sociales. Freud describió allí la dinámica psíquica del duelo, el cual definió como reacción normal frente a la pérdida del objeto. Lo que escapa a estos parámetros, la melancolía y los síntomas depresivos se consideran reacciones patológicas. La idea de duelo como reacción normal por la pérdida y proceso a consumir en el tiempo quedó establecida como modelo de comprensión del fenómeno, e impulsó la necesidad de delimitar criterios de normalidad y patología cuando las expresiones de dolor no se ajustaban a lo establecido en las teorías.

En nuestro país, a pesar de la escasez de estudios y datos acerca de los motivos de consulta, valoraciones de los planes asistenciales de las últimas décadas dan cuenta de cambios en la demanda a los servicios de salud. Evidencia esto la recepción de consultas por problemas emocionales y molestias corporales sin causa orgánica que pueda determinarse, vinculadas a temáticas existenciales; “(...) trastornos por estrés, trastornos adaptativos, trastornos depresivos y situaciones de padecimiento personal, familiar y social que merecen asistencia sin constituir trastorno” (Ginés, Porciúncula y Arduino, 2005 p. 11). Esta situación se refleja en el diagnóstico del Plan

de Prestaciones en Salud Mental (Ministerio de Salud Pública, 2011) que señala la prevalencia de modalidades de padecimiento en la vida cotidiana e incluye dentro de sus objetivos específicos la atención a “Usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar” (p. 10).

El panorama coincide con información proveniente de estudios internacionales donde se establece que, además de consultar por enfermedades mentales frecuentes y/o clásicas (depresión, trastornos de ansiedad, adicciones), los ciudadanos recurren al centro asistencial por problemas cotidianos y malestar psicológico, como es el caso del duelo (Echeburúa, Karme Salaberría, Cruz-Sáez, 2014). Asimismo, Talarn, Rigat y Carbonell (2011) observaban que los profesionales sanitarios atendían frecuentemente a sujetos que consultaban por malestares que no configuran auténticas “enfermedades” entre los que incluyen situaciones que van desde inhibiciones sociales hasta duelos; denominando a este fenómeno, “psicopatologización de la existencia” (Talarn, Rigat y Carbonell, 2011, p. 2).

Analizando la relación entre el malestar emocional y la respuesta de la medicina, Cerecedo, Tovar y Rozadilla (2013) plantean que tratar dificultades afectivas como un problema médico es consecuencia del sistema de valores, y quien consulta por un padecimiento de este tipo se sostiene en la creencia de no poder superar su problema sin una respuesta del sistema de salud, “lo que les genera una actitud pasiva ante el sufrimiento” (p. 538) y se produce “(...) una intervención dirigida a reasignar el malestar y la demanda del paciente” (p. 539). En este sentido, la investigación de Durà-Vilà, Littlewood y Leavey (2011) en España, encuentran que los criterios diagnósticos pueden dificultar la percepción de la tristeza como algo normal y establecerla dentro del campo de la enfermedad. Esto favorecería la consulta médica, en detrimento de otros recursos personales y sociales. En la misma línea Ortiz-Lobo, García, Mata y Rodríguez (2005), investigando la derivación a salud mental de pacientes sin trastorno psíquico diagnosticable, encuentran que los profesionales también reciben consultas por padecimientos vinculados a situaciones vitales. Consideran que la respuesta con tratamiento médico o psicológico a los mismos “expone a personas sanas a los daños que se derivan de intervenciones y diagnósticos sin un claro beneficio” (Ortiz-Lobo y Bernstein, 2015 p. 2). Por su parte, Gamo, Álamo, Hernández, Laborda (2003) realizan un estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas de 972 pacientes ambulatorios de un Centro de Salud Mental, mayores de edad que consultaron en 1999, que confirma la amplitud de la problemática del duelo en las consultas del servicio.

Green (1993) observa que desde los años ochenta las dificultades del duelo han sido los temas predominantes de la consulta clínica contemporánea. Encuentra una explicación a esta situación en las transformaciones sociales y culturales señaladas en los estudios antropológicos que han ampliado y aportado a la comprensión del duelo. Gorer (1955) señala que en el siglo XX la muerte, situada en el espacio público, pasará a habitar el lugar de lo privado. En este proceso desaparecerán las expresiones de duelo, la demostración de angustia ante la pérdida y los rituales sociales comunitarios que acompañaban a los deudos. En coincidencia, Ariès, (1999 [1977]), Thomas (1983 [1975]) y en el plano local, Barrán (1993a y 1993b) muestran en sus trabajos, como en el siglo pasado, la muerte deja de ser parte de la vida cotidiana de los sujetos y concurre a ocupar el espacio médico, perdiendo el duelo, el sostén comunitario y social, transformándose en un asunto íntimo y privado. En este sentido Emilger (2010) entiende que en la vida contemporánea “se fue situando una banalización del duelar, que deja al sujeto escaso de recursos simbólico - imaginarios - con los que se podría envolver el trauma que produce la muerte de un ser a quien se ama” (p. 16). La pérdida de espacios y rituales sociales en los que expresar los afectos que genera la ausencia, hace que se interpreten las alteraciones físicas y psíquicas que genera el duelo como una enfermedad por la que hay que consultar. Se evidencian en la clínica, los duelos no elaborados como una de las principales fuentes de enfermedad somática grave y de trastornos psicopatológicos (Espinosa, 2012). Actualmente, el sujeto contemporáneo vedado del espacio social para tramitar su duelo, recurre al espacio médico y psicológico para hacerlo.

### **Trabajo: Borderline: desafíos teórico técnicos de la clínica actual**

**Autora: Rosa Zytner**

Para abordar la clínica *Borderline*, pasaría horas y horas y horas, por lo cual voy a hacer un recorte amplísimo, pensando básicamente como dos tipos de desafíos en esta clínica tan complicada. Voy a leer unas palabras de la profesora Flora Singer que se ha dedicado a esto, que plantea que: “la clínica *Borderline* ocupa un lugar que se va acrecentando y obliga un descentramiento de las referencias clínicas y teóricas. No constituye una categoría en que se entienda que exista consenso”. ¿Se trata de un tipo de pacientes con una entidad gnoseológica de hecho o de un estado transitorio? ¿Una neurosis grave o una psicosis atenuada? Muchas veces se constituye como una rúbrica para cuadros inclasificables.

Inicialmente se ubicaba en la frontera con la psicosis, actualmente hay dos líneas fundamentales teóricas. Una que rescata los afectos englobantes en un tipo de organización específica y otra que rescata la diversidad. La primera está representada por la línea de *Kernberg*, la segunda más por los autores franceses.

Yo decidí trabajar más que nada en las primeras por una cuestión de que se conocen menos. En la facultad se trabaja más con los franceses, mientras que los americanos son menos conocidos. Entonces trabajo con la psicoterapia enfocada en la transferencia y la terapia basada en la mentalización.

El concepto de trastorno límite, fronterizo o *borderline*, realmente surgió mucho más tardíamente que la neurosis. Muchos de los casos de Freud capaz que podían ser catalogados de esa manera. Acá en nuestro país empezó a ser trabajado en los 70'. El Dr. Bernardi formó un grupo de trabajo con este tema y la formulación psicodinámica de caso, tuvo como gran incidencia en la puesta a punto de esta organización, en relación a estado, trastorno y clínica acá en Uruguay.

Me interesa plantear el nivel diagnóstico que va a ir a la formulación psicodinámica de caso desde un enfoque que ve en el diagnóstico una categoría que tiene que ver con dimensiones, no una etiqueta. Más bien, un diagnóstico procesal, que se basa tanto en las investigaciones más actualizadas como en sistemas diagnósticos muchos basados en psicoanálisis. Una orientación dinámica como es el OPM y el OPB2. En cuanto a qué tipo de diagnóstico, por dónde está a nivel terapéutico, habría los dos tipos de tratamiento que les dije. Muchas veces este paciente llamado "paciente difícil", por la dificultad que tiene el profesional, porque lo coloca en una situación difícil.

El núcleo clínico del trastorno para Kernberg es una organización *borderline*, y como núcleo común en los trastornos severos de la personalidad, lo que hay es una difusión de la identidad, defensas primitivas centradas en torno a la escisión, relaciones de objeto que son paranoide, básicamente, juicio de realidad mayormente conservado. Esto último lo distingue de los psicóticos, que a veces se confunden. Y la difusión de la identidad, justamente, que son estados contradictorios. Percepción no restrictiva, contradictoria y caótica de sí mismo y de los otros.

En el caso de la paciente que traje, un día era una persona y otro era otra. Mientras que con los pacientes neuróticos uno está cómodamente instalado, con estos pacientes uno siempre está como al borde de las actuaciones del paciente

y de nosotros. Y además, tienen una experiencia del mundo como no integrado ni previsible, esto abarca la discusión de la identidad con mecanismos múltiples y muy primitivos. Tienen una descripción no reflexiva, contradictoria y caótica, de sí mismos y de los otros. Incapacidad de percibir e integrar esas contradicciones, por lo cual produce un impacto en la forma de experimentar el mundo. La identidad está comprometida y escindida, y se construye en el aquí y ahora, permanentemente.

Las defensas primitivas que la caracterizan son la escisión o disociación primitiva, la identificación proyectiva, omnipotencia, negación primitiva, idealización, todos los mecanismos más clásicos que uno conoce, primitivos, kleinianos. La constatación del juicio de realidad se puede manejar en un punto compartido, sin embargo frente al estrés, pueden reaccionar regresivamente. Cuadros que uno pensaría que son psicóticos, con pérdida de contacto con la realidad.

Las relaciones de objeto también son muy primitivas, con riesgo de conductas suicidas, antisociales, transgresiones y anorexias. Abarca un cuadro muy amplio. Los mecanismos dominantes serían la escisión que es producto, para Kernberg, de accesos a región primitiva e identificación proyectiva, como ya lo dije.

Me interesa mencionar la opinión de Green, que afirma que más que un estado límite, es más bien un estado, que una organización más estable o estructura. Se plantea procesos de estructura criminal, que produce disociaciones y estado de vacío afectivo. Núcleo de "psicosis blanca" como él le llama, o de "escisión esencial" faltando del proceso terciario.

Las múltiples escisiones para Green se apoyan en procesos de desinversión que llevan a estados mentales de vacío afectivo o depresión primaria. Desde una autora uruguaya, Fanny Schkolnik, que trabajó sobre el tema, están muy próximos a la psicosis pero no lo son. Dificultad de identificación con el otro, fusión, alejamiento, relación con predominio dual, conflicto narcisista, etcétera. plantea Garbarino. Está muy mixturado con otros cuadros.

Sobre lo que sería el origen, la etiopatogenia, la idea es un paradigma integrador, una multicausalidad, las clásicas series complementarias de Freud que se siguieron desarrollando por algunos autores. Y lo que se ve en los pacientes *Borderline*, un trastorno de apego, de su historia en la relación con el vínculo con los demás. Y en muchos casos hay pistas traumáticas, por ejemplo, violencia, maltrato, abuso, negligencia, padres que muchas veces también presentan trastornos *Borderline*.

O sea, no lo adquieren genéticamente, sino como modelos de comportamiento en el hogar.

Las nuevas propuestas diagnósticas psicoanalíticas que ya tienen unos años, es el PM que viene más que de Estados Unidos, de alguna manera también se puede conectar con los , pero con un enfoque más psicoanalítico y el OPD2, que es más está desarrollando nuestro medio (que vendría a ser el diagnóstico psicodinámico operacionalizado basado en el psicoanálisis y las investigaciones, y es de origen europeo).

Me detendré en el OPD2 nada más, que busca unir descripciones clínicas diagnósticas con procesos terapéuticos y con resultados. Ese es un atractivo: no va solo al diagnóstico, sino que también a cómo esta persona necesita ser tratada y los resultados que se obtienen.

Hay toda una serie de trabajos para poder continuar los resultados y la evolución del tratamiento que es muy rica. En cuanto al diagnóstico, es necesario para ver qué tipo de tratamiento. Un diagnóstico de las características que mencioné.

Lo que aporta el OPD2 a estos cuadros es dónde se esconde el lugar entre el conflicto y la estructura. Se ve que muchas veces hay conflictos supeditados a la estructura. Es necesario trabajar sobre la estructura más que a los conflictos clásicos, aunque haya obviamente, una relación entre el conflicto y la estructura. Todo esto es el desafío al diagnóstico que resumí.

En cuanto a la psicoterapia, formas de tratamiento psicoanalítico, tratamiento clásico, focalizado en la transferencia. Uno diría que el tratamiento focalizado en la transferencia apunta, dice Manal, a la relación en el paciente y el terapeuta, en el aquí y ahora, más o menos tiene un año de duración y las metas son: la reducción de síntomas, que es muy importante y también el cambio en el sentido del *self* y de los otros.

Las técnicas, más que nada, son clarificación, confrontación, interpretación de la transferencia, neutralidad técnica y consciencia de la contratransferencia. En estos diagnósticos modernos se trabaja mucho desde la contratransferencia. Es decir, hay una implicación del técnico muy importante. Y el foco en las relaciones objetales.

Me referiré al tratamiento basado en la mentalización que ha trabajado Reiman. La mentalización consiste en las habilidades psicológicas que nos permiten dar sentido a nuestras acciones y las de otros en base a estados mentales. Es espontánea, intuitiva, no consciente y utiliza memorias anteriores; tiene que ver básicamente con ponerse en el lugar del otro y ver qué pasa en la mente del otro también. Muchas veces los conflictos tienen que ver en una interpretación distinta de la realidad. Se avanza muchísimo con los pacientes mostrando que hay otras formas de pensar, cosa que los sorprende y realmente comprende un cambio radical en ese momento. O sea, es poder vernos desde afuera y a los otros desde adentro, ver también qué piensa el otro de mi.

La mentalización es central para poder ver estos trastornos; también es necesario el *insight*, que es el resultado de la internalización de una imagen apropiada del propio *self*, que a su vez ha cabido dentro de otro *self* continente. Es bastante complejo.

La mentalización en la terapia recrea una matriz interactiva de apegos en los que se desarrolla y favorece la mentalización. Por lo cual, la terapia basada en la mentalización va a buscar justamente eso: favorecer una mentalización que puede estar inhibida activamente y una necesidad de focalizar el tratamiento en ella. El foco es en el estado mental actual del paciente y el paciente tiene que poder ligar lo que dice el terapeuta con su realidad subjetiva/sentida.

Hay similitudes y diferencias que no las voy a plantear. Lo que se ve es que cualquiera de las dos funciona. Hay muchísimas investigaciones que dan cuenta de ello. También importan mucho las que son a largo plazo, pero lo importante es que es una opción para este tratamiento.

Ahora vamos a pasar una formulación psicodinámica de caso que va a mostrar una paciente *Border* con una vertiente narcisista muy importante: Viviana. La fundación psicodinámica del caso tiene cuatro áreas: qué le pasa; por qué le pasa; qué tratamiento va a seguir; cómo evolucionó ese tratamiento.

Viviana, 19 años, estudiante de primer año de Facultad de Agronomía, proveniente del interior del país. Derivada por psiquiatra tratante, consulta por sentirse mal y por su disconformidad con el rendimiento en el estudio. Reconoce la naturaleza emocional de sus problemas que los ve como una pesada mochila que nos remite a su infancia, a la enfermedad de su madre y la mala relación entre sus padres.

Digresión: Lo que pasa con los DSM<sup>6</sup>, CIE-10, es que no dan cuenta de la individualidad de la persona que se diagnostica. Pueden haber diez personas con el mismo diagnóstico y uno no sabe de quién se está hablando. Justamente, la formulación psicodinámica de caso pretende acrecentar la individualidad de ese caso clínico.

Continuando con el caso, si bien Viviana quiere comenzar una psicoterapia, duda al respecto, no tiene enfermedades somáticas. Debido a su vil vulnerabilidad, algo mínimo se torna especial. Con tests diagnósticos configura un trastorno de personalidad *borderline* con rasgos narcisistas. Funcionamiento mental: límite (según DSM) y de nivel estructuralmente de medio a bajo según el OPD3. El nivel de funcionamiento en general es oscilante, los aspectos inestables polarizados, con estados de intensa angustia.

Sobre las relaciones interpersonales: su oferta relacional es marcadamente ambivalente. Se muestra necesitada de afecto, o muy agresiva debido a sus temores de que sus necesidades no sean satisfechas. Sus recuerdos infantiles giran en torno a la falta de cuidado parental y al sentimiento de soledad y abandono, configurando a partir de allí relaciones abandonicas y agresivas. Siente que no puede brindar afecto. Los otros sienten su distancia afectiva, esto tiene que ver con la mentalización. Siente ella hacia los demás lo que sienten los demás hacia ella, cómo reacciona frente a lo que los demás sienten y así, un círculo vicioso del que no se da cuenta y no se sale más. Así, el impacto de su aislamiento y agresividad los desconcierta, configurándose así un patrón relacional repetitivo y frustrante, tanto para ella cuanto para los demás.

Sobre los conflictos y fantasías inconscientes implicadas, se observan distintos conflictos, en especial el deseo de protección y cuidado versus autarquía. Eso genera un sentimiento de frustración, rabia, etcétera. Las defensas predominantes son primitivas.

En la estructura, hay una identidad de sí misma y de los otros, mala relación afectiva, se encuentra comprometida la identidad debido a la difusión de identidad (siempre es otra). Las imágenes de sí misma y del otro son contradictorias y no se pueden sintetizar. Uno de los instrumentos que se utiliza es la confrontación. Siempre la necesidad de integrar esos estados antisociales. Evidencia dificultades en la capacidad de simbolización y comunicación interna y externa; también en enfrentar su

sufrimiento.

Sin embargo, el entrevistador tuvo la impresión de que Viviana es capaz de una reflexión potencial productiva sobre sí y los demás, integrando vivencias en relación a lo corporal, lo cual sugiere una mayor capacidad de integración. ¿Cuál es la etiología? ¿Por qué le pasa esto? Ella vivió en su infancia situaciones traumáticas de abandono afectivo, consulta en un momento en que no logra sostener un rendimiento en su estudio, que es lo que permite autovalorizarse, separarse de sus padres y de su historia traumática. Sus síntomas afianzan el temor a quedarse adherida al modelo materno, siendo incapaz de ver un camino distinto, ella tuvo una madre muy carenciada y con problemas importantes.

De todo esto, se va a un tratamiento combinado: farmacológico, sin dudas, porque estaba angustiada, no podía hablar, pero supeditado a momentos de mayor angustia; y la psicoterapia integra un tratamiento psicodinámico psicoanalítico, con foco en primera instancia en los problemas estructurales, regulación afectiva, inestabilidades en sí misma y en los otros. Se abordarán también las decisiones, lo cual permitirán un sentimiento más estable de actividad de sí y de continuidad en sus vínculos. En segundo término se abordarán los conflictos y las dificultades. El tratamiento es de frecuencia bisemanal, al que concurre activamente salvo cuando se siente invadida por la terapeuta. En momentos extremos se siente muy abandonada o muy perdida, no tolera cercanía afectiva, dispara, falta, siente distancias muy grandes. Como que no hay forma de conformar esa imagen de sí tan sufrida.

Luego, fortalece la imagen terapéutica a lo básico y se privilegia el trabajo de la contratransferencia, especialmente fantasías y afectos en relación a la terapeuta, quien pasa de ser una bruja, a que quiera que la adopte. También se abordan momentos en que experimenta una intensa rabia hacia ella, momentos en que dice “para ti soy nada más que un signo de pesos”, y años después lo mencionamos una y otra vez y hasta se ríe de eso. Mejora a los tres años su relación con su tía abuela, y establece por primera vez una relación de pareja, aunque en los términos de ser protegida/proteger. Si bien disminuye su temor a los parciales y exámenes, y realiza un doctorado, es decir que realmente tuvo una evolución buena. Pero le cuesta abandonar su mundo de ilusión para protegerse de las penurias e insatisfacciones del mundo real.

6 Manual diagnóstico y estadístico de los test mentales

## Trabajo: Estrategias psicocorporales para el abordaje del síndrome de pánico (ese extraño invisible que nos habita).

Autor: Luis Gonçalves Boggio

El paciente elegido en este caso para ejemplificar la problemática del pánico es Tony Soprano.

La incidencia de los ataques de pánico en nuestra cultura es tan común que la TV, el cine, las series y los penetrantes medios masivos de nuestro tiempo retratan los debilitantes efectos del pánico que es el trastorno de ansiedad máxima, es la *vedette* de los trastornos de ansiedad en la sociedad contemporánea. Y en este caso, dos candidatos a análisis tan inverosímiles para un analista, que te llegue como dos jefes de la mafia.

Tony Soprano, jefe mafioso de la popular serie “Los Sopranos” sufre ataques de pánico desde el primer capítulo. Estaba en una piscina y ve una manada de patos que se va de la piscina, una familia de patos, y ahí sufre su primer ataque de pánico donde no entiende qué le está pasando. Es un ataque un poco exagerado, porque le viene una lipotimia, se desmaya de una forma un poco exagerada. Él no es consciente de lo que dispara los ataques de pánico, y con miedo que salen a la superficie cuando ve esa familia de patos abandonando su piscina. Él era el rey de la mafia de Brooklyn y ahora se comienza a sentir tan frágil y preocupado como para arriesgarse a exponer sus secretos a una psicoterapeuta, pensando que eso podría aliviar su malestar. Y entra en psicoanálisis (psicoanálisis norteamericano). Su sufrimiento en determinado momento se vuelve tan severo que incluso acepta tomar el Prozac que su analista psiquiatra le prescribe. Los síntomas de Tony Soprano son los clásicos: palpitaciones cardíacas, vértigo, desmayos... Inicialmente niega que haya algo en su vida causándole ansiedad, sin embargo, a medida que progresa el análisis, y con él la serie, él descubre que su madre puede haberlo mandado a matar, y que su mejor amigo “Pussy” podría estar colaborando con los federales.

Vivir el tipo de vida que vive un mafioso podría poner ansioso a cualquiera, pero el problema para Tony es que él niega la existencia de esas amenazas reales en la vida. Le protesta a su terapeuta que todas las madres de familia italiana aman a sus hijos y que es antinatural que una madre quiera ver muerto a su hijo. Y si bien sospecha que su amigo pueda estar hablando con los federales, esto es demasiado intolerable para admitirlo. Así que en vez de enfrentar la terrible verdad de las traiciones y el peligro que afronta, continúa teniendo ataques de pánico.

La falta de *facing*, de confrontar la realidad, hace que vuelva el pánico como un extraño invisible que lo empieza a habitar progresiva y gradualmente. Hasta que realmente se atenta contra su vida, él logra escapar y por primera vez en muchos meses, su ansiedad, y junto con ella su núcleo depresivo, se disipa. ¿Como puede ser? Tony tiene ahora una amenaza real para poder enlazar con su síntoma, y sus respuestas de lucha y de huida comienzan a ser muy útiles para alejarlo del peligro. Ya no tiene que negar los mensajes que su cuerpo le envía y puede identificar una amenaza externa.

En la serie los síntomas luego vuelven, sigue reaccionando su cuerpo al hecho de que su madre quiere verlo muerto; Tony demuestra cómo la negación cognitiva no previene estas reacciones corporales intensas que han estado fuertemente integradas a nuestra naturaleza para protegernos de los daños. El ataque de pánico es una respuesta exagerada de nuestro organismo frente a un peligro imaginario, desconocido.

Tony Soprano, como les decía, no puede enfrentarse con el hecho de que su madre lo quería muerto y por eso sus respuestas de ataque y huida eran contrarrestadas, impidiéndose su expresión. Hay unas vicisitudes de lo que tiene que ver con la transferencia erótica, de por qué este proceso psicoterapéutico no avanza, pero lo abordaremos eso ahora.

Antes, los pacientes con ataque de pánico iban al médico general, se los derivaba al cardiólogo, luego al neurólogo, éste a un gastroenterólogo; con suerte era después derivado a un psiquiatra este lo mandaba a su casa con la receta de benzodiazepinas (me refiero a hace treinta años atrás). El diagnóstico de pánico comienza en la axiología del DSM 3 en 1980 a tratarse fundamentalmente con benzodiazepinas. Tal vez podría comenzar un proceso psicoterapéutico en donde muchas veces el paciente era “adoptado” en un proceso sin límites.

La buena noticia que tengo para traerles es que los procesos psicoterapéuticos para reducir y eliminar la sintomatología de los síndromes de pánico, actualmente, no se refieren a meses o años, sino de horas de procesos psicoterapéuticos, de días. No necesariamente hay que atender el proceso del pánico en una persona con medicación. En mi caso personal, en la primera entrevista evalué si está tomando medicación y si no está tomando, prefiero que no comience a tomarlo. Esto luego de una primera discriminación, en donde hay niveles importantes de desintegración yoica, enfocada más que nada a la generalidad: estudia, trabaja, tiene pareja o está des-

organizado completamente y ha optado por dos estrategias incorrectas. Estas son: no moverse y entregarse completamente a un vínculo simbiótico que funciona como un cuerpo propio. Es decir, como un escudero que el paciente tiene la fantasía de que puede protegerlo de todo lo potencialmente malo, que está fundamentalmente en el registro imaginario porque es un miedo no específico.

El pánico tenía antes dos estrategias combinadas: los pacientes llegaban a veces acompañados de ese cuerpo prótesis de la persona, porque no podían llegar solos a la consulta. Mi primer paciente de pánico, en 1991, tenía un grado tal de desintegración de su territorio existencial y de su organización yoica, que no podía bañarse sola. Después vimos que se bañaba con agua muy caliente, y que esto y el vapor le producían una desorganización del segmento ocular, que la predisponía a aumentar toda la sintomatología y a la lipotimia y sofocación.

Hay diversas variables que hemos ido identificando, y creo que mi tesis de doctorado será referida a la temática de estrategias psicocorporales para el abordaje del síndrome de pánico a partir de una casuística de 650 casos (aproximadamente 25 casos por año) atendidos o supervisados.

Una de las variables más importantes en la etiología del síndrome de pánico es la desintegración de los territorios existenciales. Todos estamos expuestos a la desintegración de los territorios existenciales. Esto está asociado a la era *borderline*, estamos obligados a cambiar permanentemente de forma, cuando no instantáneamente. La relación entre figura/forma, está asociado a algunos analizadores, la desocupación, por ejemplo, era una forma absolutamente transitoria, a partir de la cual pasabas de tres a seis meses y después volvías a la forma de trabajador, de empleado, de asalariado. Ahora, por más que nos mientan las estadísticas, de izquierda incluso, la figura de la desocupación es uno de los analizadores que predispone más a la disolución de los territorios existenciales, porque en la disolución de los territorios existenciales se juega esa batalla de tener un territorio existencial consistente, frente a la falta de garantías de lo contemporáneo, se juega muchísimo en el registro de lo imaginario. La disolución de los territorios existenciales nos predispone a vivir con ansiedad, a los trastornos de ansiedad. La pérdida del sentido del territorio existencial nos predispone a los estados depresivos.

La otra línea que está en la base del pánico son las tendencias psicocorporales a la disociación entre lo cognitivo y lo somático. El pánico no está asociado a trazos caracteriales, no está asociado a estructuras del carácter, se puede dar en un neu-

rótico fálico narcisístico, en una histérica neurótica, o en una histérica *borderline*; se puede dar en una persona que tenga una tendencia mucho más blanda en la estructuración. El otro componente es el histórico de traumas, que no está asociado, por ejemplo, a un histórico de violencia y destructividad, o al estrés post traumático complejo, que se pueda dar en una situación de violencia familiar o de abuso sexual. Pero sí está asociado a un histórico de desamparo, donde conjugan varias líneas como pérdida, inseguridad, soledad (que pueden ser indicadores de desamparo). O sea, se puede dar en un histórico de abuso, de violencia, pero lo fundamental es que la persona haya tenido la percepción del desamparo. No necesariamente de la inescapabilidad como se da en el estrés post traumático.

Fisiológicamente, en la neurobiología del síndrome de pánico el activador es invisible, generalmente no está identificado en el paciente. Esto puede generar dos respuestas: la activación del sistema simpático o la hiperventilación, o las dos respuestas combinadas. Generalmente ocasionan una lógica aprensiva, un miedo invisible, por ejemplo, generan un proceso fisiológico de hiperventilación, la que genera una disminución de la presión del dióxido de carbono, que deviene en determinada sintomatología, como la vasoconstricción cerebral, que produce atontamiento, mareos; vasoconstricción coronaria, que genera disritmia paroxística, que genera opresión torácica, tetáneas por presiones musculares máximas (similares a las que se dan en la histeria o en los pacientes epileptoides), donde se contrae la musculatura de la zona cráneo-occipital para no desmayarse. El sistema perceptivo está inundado por una energía, se bloquea el diafragma por la hiperventilación y hay una pérdida de contacto con la base; después tenemos parestesias y pérdida de sensibilidad. Hay, asimismo, una liberación de catecolaminas a nivel de las glándulas suprarrenales, adrenalina y noradrenalina. Esos síntomas son percibidos como catastróficos y se genera un círculo vicioso donde aumenta el miedo.

Existen tres niveles en donde el pánico se instala a nivel corporal: a nivel de la coraza, desorganización del segmento ocular y contracción crónica del segmento diafragmático y torácico. La energía circula casi exclusivamente a nivel supradiafragmático y se genera una pérdida de la base.

Trabajamos en base a un protocolo con los pacientes. Primero se hace un diagnóstico y una anamnesis, más o menos se resuelve la sintomatología del síndrome de pánico en siete sesiones sin la medicación que recetan los psiquiatras. Si no se logra una profunda anamnesis en la primera sesión, se hace en dos sesiones. Luego se empieza a trabajar en psicoeducación, dentro de esta se le entrega al paciente una tarjeta para que disponga del teléfono para llamar cuando necesite. Se genera una

simbiosis constructiva en donde rápidamente nosotros intentamos pasar de esa fase a una de recuperación de la confianza en su cuerpo y ahí comenzamos a trabajar en dos o tres escenas claves: la primera vez que le vino un ataque de pánico y la última y/o la peor.

Se trabaja con un protocolo de EMDR<sup>7</sup> (Eyes Movement Desensibilization and Re-processing) más técnicas energéticas, lo hemos sistematizado en una investigación en el Centro de Investigación Clínica en Psicología (CIC-P) entre el 2011 y el 2016, abocados específicamente para estrés postraumático, pero que funciona muy bien para el síndrome de pánico. Si no resuelven la sintomatología en esas seis sesiones, lo que buscamos es que se espacialice las crisis de pánico, que el paciente pueda manejar los ataques autorreguladamente, porque el primer síntoma es la pérdida de organicidad, las piernas no lo sostienen, el corazón dispara, la garganta le aprieta, los órganos se ven invadidos a la distancia. Ahí comenzamos a ver el histórico de trauma y en él se puede extender el proceso psicoterapéutico. En el histórico de trauma, es necesario armar una cartografía de cuáles fueron las escenas principales que están por detrás de ese extraño invisible. Pero básicamente el proceso psicoterapéutico tiene que ver con la recuperación de la confianza en el cuerpo del paciente y se trabaja con un protocolo altamente sistematizado, que no implica encontrarle el sentido a la disolución del territorio existencial, pero sí nos permite espacializar las crisis, permitir que el paciente pueda autorregularse en las crisis, que vengan con menos intensidad hasta que, en un período de aproximadamente entre 5 a 10 sesiones, la sintomatología desaparece.

## Trabajo: Clínica Comunicacional y Participativa

**Autora: Cecilia Baroni**

La clínica que vengo a presentar es más desde una psicología social y comunitaria. Creo que uno de los esfuerzos que venimos realizando todos en la psicología, universitaria sobre todo, y en Uruguay, está relacionada a poder fundamentar las prácticas. El tema de los magísteres, por ejemplo, tiene que ver con cómo podemos dar cuenta de algunos saberes. Espero también hacer lo mismo con respecto a Vilardevoz. En este caso, se trata de ubicar un sufrimiento subjetivo actual, que podría denominar el entrecruce de la locura y la pobreza y también en posicionarse a pensar estas subjetividades en la cuales capaz que entran también los *border*, pánicos, entre

otros. como subjetividades radicales que nos enloquecen un poco a los que estamos trabajando. Implica también que seamos muy rigurosos con nosotros mismos, atender lo que nos pasa, lo que nos genera, y lo que podemos hacer en relación a cómo nos brindamos. Podría ser simbiosis, o apoyo auxiliar. Habría que ver desde qué lugar, pero que también tenga una funcionalidad en torno a lo relacionado a procesos y hacia cómo dirigimos esos procesos cuando nos piden ayuda.

En el caso de este entrecruce, está bien situarlo entre locura y pobreza porque también tiene que ver con trabajo con personas en situación de calle, o trabajo en lo que podríamos decir encierro prolongado, institucionalizaciones y vulneraciones varias. A nosotros nos gusta pensar desde los aportes que han hecho algunos compañeros, pensar desde las fronteras. Podríamos pensar que nuestro trabajo se hace también desde lo que, si bien se puede denominar la zona del “no ser”, que es allí donde la humanidad de las personas no es reconocida. Por lo tanto, diríamos que en esa zona, generar procesos de autonomía, o simplemente procesos que se pueden sostener, ya no solo pensando precariedades psíquicas, sino de todo tipo y vulnerabilidades producidas no solamente por cuestiones internas, sino también externas.

Para poder trabajar hacia procesos autonómicos, se requieren por lo menos dos condiciones: hacer colectivo (poder tener un otro) y, contando con espacios propios, espacios autocontrolados. La clínica también puede ser ese espacio fuera del lugar de los poderosos, no esos poderosos que diagraman y que nosotros también les damos ese poder.

Sujetos que están excluidos por pobres y además por locos. En estas subjetividades no hay nada que esconder, esa es una de las cosas que nos caracteriza, no hay proyección ni tiempos. Por eso está bueno pensar el proyecto como un proceso, ya que es algo que es sumamente interesante y que podría ser pensado como indicador.

En esto de pensar Vilardevoz desde la clínica, una de las cosas que nos sirve mucho es pensar en cuáles son los indicadores para ir acompañando algunos procesos. ¿Puede ser un proyecto? ¿Puede sumarse a un proyecto? ¿Puede sostener un proyecto una vez que ya lo hizo? Después vamos a ver a qué tipo de proyectos nos referimos, que a veces son mínimos, pero proyectos al fin cuando no se tiene nada. No hay un otro, no hay nada que perder, no hay proyección ni tiempo, no hay un otro que me reconozca ni a un otro a quien reconocer, eso es también parte de lo que

7 En castellano: Reprocesamiento y Desensibilización mediante el Movimiento Ocular

enloquece. Y hay un empobrecimiento general: del lenguaje, de lo simbólico cultural, de los hábitos, de los afectos. Esas historias fragmentadas y violentadas, generalmente cuando uno trabaja con personas que han sido violentadas e institucionalizadas, sus historias están en diferentes instituciones que no se coordinan entre ellas. Entonces es muy loco también eso, para reconstruir la historia de una personas que a veces (no vamos a decir que no tiene historia, porque por suerte tiene memoria) se da una recolección, un recorrido de cosas e instituciones.

También estamos frente a un empobrecimiento muchas veces de integralidad, que también es un indicador. Se accede a una metáfora o no se accede, se puede simbolizar o no se puede. Este tipo de no ser tiene que ver también con poder habilitar procesos que nos lleven a eso; por otro lado, caracterizar a estos sujetos como máquinas de hablar, como personas que al no tener registro del otro, lo que permanentemente hacen es contar sus padecimientos. No importa si hay cuatro más, o estamos en una plaza. Ahí hay una imposibilidad entonces, y aquí entra la importancia de los dispositivos comunicacionales, porque cuando no está esa posibilidad hay un monólogo y si hay un monólogo no hay intercambio ni hay posibilidad de pensamiento ni reflexividad. Es importantísimo ese espacio-tiempo, donde ellos puedan darle esa posibilidad de escuchar al otro, pensar, etcétera. A veces imposible, puede ser posible de algunas maneras.

En cuestión comunicacional, un moderador es importante. En los talleres de Vilardevoz, el trabajo es más que nada en un panel colectivo. Algunos que escuchan voces, nosotros les llamamos “experiencias” y no “síntomas”, para no patologizar algunos procesos porque ya bastante violentados vienen. Una de las herramientas importantes en estos grupos tiene que ver con el uso de micrófono como moderador grupal, del tiempo, de quién habla y quién escucha, pero además también para identificar qué voz está hablado (con esto de los que escuchan voces). Dispositivos que no solamente nos enseñen, sino que también alojen la locura como dice Percia, no que la destruya, y a partir de ahí, el cómo construimos algunos mini proyectos. Dispositivos también que tramen lo disperso, en las subjetividades radicales y en esto de cada uno que anda en su mundo. Se trata de cómo yo tejo eso que está pasando, cómo le puedo dar un sentido y hacerle una devolución al grupo, que no quede en esa fragmentación que es propia de las personas con que trabajamos. Dispositivos que se construyan desde la horizontalidad, sobre todo para de ganarle al poderoso, y también que sea de forma democrática, en el sentido de poder ir entre todos generando las reglas que tengan que ver con cómo nos encontramos.

Cuando empezamos a hacer Vilardevoz, algunos compañeros expresaban que odiaban que les pasen lista y que si faltamos no nos dejan venir más. La regla es, entonces, podamos venir y venimos cuando queremos. En general todos los espacios de Vilardevoz, al no tener reglas, funcionan muy reglados, que tiene que ver con ese acuerdo donde ya solamente el no tener reglas ayuda bastante, pero obviamente la regla fue generada.

Para terminar, quería dar dos ejemplos de algunas de las producciones deseantes sobre cómo nosotros usamos herramientas comunicacionales. Obviamente el proyecto común, tanto a técnicos como a participantes, es el de hacer una radio comunitaria. El aprender formatos comunicacionales nos ha ayudado también a poder llevar adelante mini proyectos. Ser conductor de un programa, tomar la palabra o ser entrevistador, a veces nos ha pasado que algunos compañeros están muy enojados porque el psiquiatra le dio tal medicación y no le dijo qué tenía, entonces una estrategia puede ser ¿y por qué no es nuestra invitada? por ejemplo, entrevistada a la radio. También ha pasado con la cocina del comedor o con la dirección misma. Y como el otro está en ese lugar de no ser, implica que tampoco tenga derecho al pataleo. Usar un propio instrumento para conocer. A veces olvidamos que el otro no nos entiende tampoco a nosotros porque está en su mundo y es ida y vuelta.

El poder tomar la palabra activamente y llevarla a producir, pero además tener el plus del reconocimiento, también es importante para ir ocupando otro lugar y capaz que poder generar esta movilidad del no ser al empezar a ser.

## Preguntas del público

**Asistente:** Dirigida a Luis González, referente al dispositivo, en el caso de la emergencia, con la persona que tiene ataques de pánico, y el llamado. Tu hablabas de que la persona tome nuevamente la seguridad de su cuerpo, ¿qué otra cosa sería importante para que la persona pueda resolver esa ansiedad generalizada?

**Luis González:** El principal aliado que tenemos para lidiar con un trastorno máximo de ansiedad es nuestra respiración, como primer auxilio emocional. Nosotros podemos respirar de cuatro maneras: lento y superficial, nos entra poca energía, nos termina deprimiendo si respiras crónicamente así; rápido y superficial, lo que te predispone a un trastorno de ansiedad; lento y profundo; o rápido y profundo.

Y la respiración lenta y profunda se puede enseñar rápidamente y así el paciente puede controlar las crisis. Esa es la principal aliada.

**Asistente:** Haces más énfasis en los síntomas físicos pero ¿qué pasa en estos dispositivos? ¿Sirven también en síntomas de irrealidad?

**Luis González:** Tenemos cuatro síntomas psicológicos para discriminarlo del desarreglo neurovegetativo. La desrealización; la despersonalización; el miedo a morir de un ataque al corazón; el miedo a enloquecer. Una paciente la semana pasada tenía miedo a quedarse ciega. La discriminación tiene que ver básicamente con proporcionar a la persona un lugar seguro. La estrategia que tiene la persona de no moverse es volver a experimentar un registro imaginario de lo que en el pasado fue un lugar seguro. Cuando se pierden las garantías y la sensación de seguridad, ahí se puede hacer es equilibrar el sistema vegetativo y activar el sistema parasimpático de relajación. Ahí se logra, desde un lugar profundo, hacer que la persona llegue a instalar un lugar seguro a partir de su propio cuerpo. Entonces, la sintomatología más psicológica o emocional se revierte, hay veces que la propia opresión torácica genera en la persona tomar contacto con el cuerpo (porque siempre hay una disociación cognitivo/somática) y al volver al cuerpo genere la posibilidad de la expresión emocional, que en esos momentos es como abrir una canilla de una persona que logra tomar contacto con una angustia, generalmente conectada con episodios traumáticos que fueron marginalizados de la conciencia y que se pueden recuperar a lo largo de estas sesiones.

A veces es un aborto, una mudanza, una situación de crisis. Por ejemplo en 2002, se van del país diez miembros de una familia y una persona tuvo que seguir adelante como si no hubiera pasado nada, hasta que en determinado momento, se bajó la llave y aparece la sintomatología. Hay un desencadenante, lo que activa los ataques de pánico en ese momento siempre es singular.

**Asistente:** Para el tratamiento con pacientes *borderline*, lo primero que tenés que afrontar es a ordenar al paciente, un orden estructural.

**Rosa Zytner:** Por lo menos desde el enfoque de la organización de la personalidad *borderline*, se entiende que los conflictos están y son importantes. O sea, de alguna manera de integrar los aspectos escondidos, que de repente llevan todo el proceso terapéutico. Yo presenté a una paciente tratada por años, aunque en realidad estos procesos pueden ser breves, pero apuntan a lo estructural. Se trata de una estructu-

ra pensada en una movilidad, se construyen estructuras todo el tiempo.

Se hace hincapié en los aspectos transferenciales y en lo que se construye aquí y ahora. Es muy bueno trabajar con esto, porque lo que pasa en ese momento refleja otras situaciones. Hay aspectos del orden del acontecimiento, lo que pasa por primera vez en esa relación. La idea no es hablar de trastornos, sino pensar además en una clínica que “se borderiza”... Freud también hablaba de las patologías mixtas... Las patologías no tienen curas, ni tampoco hay que necesariamente pensar en términos de psicopatología. Son problemáticas que se instalan y que esta sociedad de alguna manera, por su estructura, borderiza a las personas.

**Asistente:** Cuando hablas del duelo, ¿es solamente de la pérdida física, o de todo tipo de duelo?

**Pilar Bacci:** Yo pregunto si se puede dejar de abogar todos los tipos de duelo, si el sujeto finalmente no es eso, si uno cuando consulta no va a hablar de lo que perdió, no importa si es material o inmaterial. En algún punto me resulta interesante tu pregunta porque parece que el duelo no termina nunca de cosificarse y que tiene que materializarse, cuando en realidad lo que intenté transmitir es una pregunta que creo que nos atraviesa a todos, que tiene que ver con esta posibilidad de ser sujeto, sujeto de un padecer.

En la medida en que obturamos con diagnósticos o con psicofármacos, hay algo de esto del orden del no ser que entra a tener un lugar en esa escena. Y la pregunta por el sujeto finalmente termina siendo la pregunta del nosotros como sujetos de esta disciplina, que aborda y escucha el padecer de otros. En algún punto, esa pregunta por el sujeto que nos interroga, más allá de sus síntomas, también es una pregunta por nuestro quehacer, es algo que siempre estamos intentando mostrar a través de la producción académica, o el ser simplemente. Esto que tú me preguntabas, ¿qué duelos trabajás? En el ámbito profesional, estoy en la primera línea cuando a alguien se le dice que su ser querido falleció. En otros ámbitos, como el académico, me interesa poder pensar las experiencias de duelo más allá de la prescripción del trabajo de duelo. En el caso del psicoanálisis, que prescribe que hay que pasar por un trabajo, y más allá de lo que eso generó luego en la psiquiatría y en la psicología, es esto entre lo patológico y lo normal, lo diagnosticable y lo no diagnosticable. Porque estas enfermedades que parecen ser no diagnosticables, estos padeceres, terminan siendo un no saber qué hacer con el sufrimiento, con el padecer.

**Joaquín Rodríguez:** En primer lugar quiero decir que los cuatro profesores marcan tendencias de investigación muy diferentes. Me parece que hay un tema fundamental en el desarrollo de las clínicas que están implementando, que tiene que ver con el trasvasamiento epistémico que está ocurriendo a nivel general y que la mesa fue bastante representativa en esto. Pero el problema clave epistemológico que estamos teniendo es que nosotros, cuando estamos elaborando esto, cuando estamos produciendo cierto acercamiento de elaboración, el sujeto se nos desujetó y se colocó. Eso es lo que está aconteciendo, más velozmente porque los padecimientos de los que hablan son de gente hiperadaptada. Es lo “normal”. Lo peligroso desde la clínica y desde el pensamiento teórico clínico es pensarlo desde las neurosis y psicosis, desde una mentalidad del siglo pasado. Eso es un error muy grave. Seguir pensando en sujeto es un problema, porque el sujeto se desujeta constantemente.

Si bien la palabrita proceso puede ayudarnos a ubicarnos en un *borderline* que se mueve, digamos, es que la relación de objeto que ya no es la misma. “Sujeto/objeto” ya no funcional epistémicamente en el campo clínico, hablar del duelo es hablar del sujeto/objeto, es la pérdida de un objeto, y lo que estamos observando socialmente es que la persona no pierde algo real, concreto o imaginado. Sino que pierde la capacidad de desarrollar un deseo, porque inmediatamente en el momento que la menciona, se frustra porque no lo logra, porque le funciona como paramétrica el nivel comunicacional que hay, y hay un universo al cual el sujeto no llega. O sea que el sujeto está desujetao y desacomodado permanentemente.

¿Es nuestro deber desarrollar una íntegra adaptación, una adaptación crítica? Y ese es el problema del duelo. Entonces la clínica del duelo se encierra en la pérdida del objeto y hay que evitar caer en esa trampa, que era una trampa fabricada y que la crítica defenestró el concepto de objeto en 1982. Y este es un elemento interesante que tiene que ver con una línea de investigación distinta. El *borderline*, lo que manifiesta, es una hiperadaptación al super neoliberal, digamos, en donde la fugacidad de dicho objeto y la inalcanzabilidad es una constante. Entonces el sujeto está constantemente, y le fracasan los sistemas defensivos, y es cuando hace una panoplia de objetos defensivos, de mecanismos yoicos defensivos, que se demuestran inadaptados totalmente. En un afán de adaptabilidad a la velocidad, rapidez, etcétera, de la situación, el sujeto está permanentemente queriendo agarrarse de algún lado y se supone que lo que nosotros ofrecemos es una técnica (para que por lo menos se agarre de la imagen transferencial que se le está produciendo para sostenerlo en algún lugar). Es una especie de clínica ortopédica que, se está cayendo

y se lo está ayudando con el bastón a cada rato. Rearmando constantemente la situación porque el universo se desarma. En el universo se desarma, es cuando se empieza a desarmar existencialmente (una línea muy guattariana de condiciones de existencia) evidentemente el sujeto entra en fuga y en pánico, no puede hacerse de ningún lugar y es cuando genera este trastorno monumental.

Las tecnologías han venido cambiando, y una de las de punta es usar un medio comunicacional como un aparato terapéutico, como un dispositivo que logre meterse, pero también logre pensar una realidad externa al sujeto. Ya con este tema de la psicosis, pensar a otros ya es más que un avance en el campo clínico.

Me parecen interesantísimas todas las metodologías que se vienen desarrollando. Este sistema de maniobras corporal para quitar del plano un sufrimiento sobre-excesivo que ahora se puede hacer y después volver a repensar la cosa simbólica y estas simbologías de pronto, “raras” de producir una radio en conjunto colectivo que no solamente trabaja grupalmente, operando fenómenos grupales en el equipo, sino que pensar una alteridad, enviando un mensaje hacia esa alteridad, que en realidad es la inversión de su propio mensaje.

# 06

## Mesa

### Diversidad sexual y Género: problematizaciones clínicas

Diversidad sexual y género, problematizaciones clínicas

*Irene Barros, Anabel Beniscelli*

Co-construyendo vínculos inclusivos desde la perspectiva de Diversidad,  
Género y de Derechos Humanos

*Magdalena de León, Giselle Di Fortuna, Mariana Morales*

Padres y madres frente al tránsito sexo-genérico de hijos, hijas

*Paola Batalla*

El sufrimiento en sujetos género-disidentes

*Marcela Pini*

## Mesa Diversidad sexual y Género: problematizaciones clínicas

**Coordinadora: Alicia Muniz**

En primer lugar, realizarán su exposición las compañeras docentes Anabel Beniscelli e Irene Barros, que van a hablar sobre el trabajo: “Diversidad sexual y género, problematizaciones clínicas”, el mismo nombre de la mesa.

### Trabajo: “Diversidad sexual y género, problematizaciones clínicas”

**Autoras: Irene Barros, Anabel Beniscelli**

#### Anabel Beniscelli

Nosotras venimos a contarles primeramente de qué trata un servicio que está brindando la Facultad de Psicología en convenio con el Ministerio de Desarrollo Social que se llama Centro de Referencia Amigable (CRAM), y trajimos algunos folletos para quienes quieran tomar noticia de ello.

El trabajo que vamos a presentar y los demás que componen esta mesa se enmarcan en la experiencia acumulada a partir de la creación del CRAM, fundamentalmente cuanto a la estrategia de abordaje y comprensión de las situaciones y consultas que nos llegan, que tiene que ver con un concepto de clínica ampliada, desde donde tomamos elementos teóricos de la psicología crítica, fundamentalmente con base psicoanalítica, pero no exclusivamente.

Trabajamos también articulando el desarrollo teórico-técnico proveniente de distintos ámbitos de intervención: el trabajo en redes, con sus familiares, la Psicología

Social e institucional y fundamentalmente, también trabajamos desde un enfoque de género, generaciones y Derechos Humanos.

Por lo tanto, se desarrollan tres aspectos de las consultas y procesos en relación a las subjetividades contemporáneas, donde las modalidades de sufrimiento y los modos de transitar el espacio clínico tienden a moverse desde un posicionamiento de usuario al de uno de consultante y al de posible sujeto de consulta.

Las consultas responden fundamentalmente a subjetividades producidas bajo regímenes de significación y materialidad propios de coordenadas históricas y sociales. Esto quiere decir que posiblemente una buena parte de la expresión de este nivel de sufrimiento subjetivo de las identidades heterodisidentes no se podría dar sin un marco legal que ha habilitado también su garantía en clave de derechos en su expresividad.

Eso permite también poner blanco sobre negro, entonces comprobar y corroborar el sufrimiento en un régimen de legitimidad, como diría Butler.

El dispositivo de atención funciona a través de entrevistas de recepción, cuyo número oscila de tres a seis encuentros. Dicha duración se establece con un criterio clínico acorde a la situación que puede desplegarse en el curso de la misma. Los abordajes pueden ser: individuales, de pareja, familiares e incluso grupales.

El espacio clínico se configura a partir de las y los sujetos que consultan, quienes determinan en principio, con quien concurrir.

En general la mayoría son consultas individuales dado que así las solicitan, en la que también se mantiene abierta la posibilidad de que ingrese un familiar que la persona consultante decidiera convocar, siendo esto parte del proceso. Por ello, los criterios para elaborar las estrategias son clínicos, políticos y éticos.

Por lo tanto se trata de un dispositivo docente, asistencial, que contempla también un polo importante de investigación y un polo importante de extensión, de hecho, los trabajos de esta mesa tienen que ver con tareas de Extensión Universitaria. Pero también tiene un componente importante en la capacitación y formación de nuevos recursos.

Resulta muy importante que el transcurso de las entrevistas y la conducción del abordaje psicoterapéutico sea supervisado y orientado por los docentes que trabajamos en el CRAM, en algunos casos acompañados directamente por nosotros, pero fundamentalmente hacemos un pasaje de experiencia y una confianza a través de la capacitación en los estudiantes y estudiantas que están haciendo la pasantía en el CRAM. Esto tiene un sentido principal: es la posibilidad de dotar de nuevos recursos al mercado profesional, en el que estén altamente capacitados, específicamente sensibilizados y entrenados en el abordaje singular que requiere la diversidad sexo-género, no solo en nuestro país sino en el mundo entero. Esto intenta por lo tanto, limitar las variables de lo que hacen a las cargas de prejuicios, incluso a profesionales por el acumulado de otras largas experiencias en donde estos temas eran concentradamente patologizados. Nosotros trabajamos desde una postura despatologizante, en clave de Derechos Humanos, incorporando la perspectiva de género al acervo clínico, fundamentalmente de cuna psicoanalítica.

Esto nos permite reconocer también cuáles son algunos de los motivos de consulta más habituales y como muchos de estos no se diferencian en la esencia de lo que puede consultar cualquier persona, incluso heterosexual. Sin embargo, sí observamos y constatamos una imposición al sufrimiento subjetivo de un modo singular de la expresión del mismo, que sí está justamente encarnado en ese tránsito heterodisidente.

Algunos de los motivos de consulta más relevantes son: las historias identitarias y tratamientos trans específicos, proyecto de vida, dinámicas familiares, orientación a situaciones vinculadas a pérdidas de pareja, distintos tipos de duelo.

También desde el 2016 hemos constatado un aumento considerable de consultas parentales respecto a tránsitos identitarios de sus hijos, buscando apoyo psicológico para acompañar dicho proceso.

Situaciones de violencia intrafamiliares, público hostigamiento en diferentes escenarios, ataques violentos con arma blanca, con arma de fuego, enfrentamiento en distintas situaciones de maltrato y abusos del pasado también devienen buscando ser elaborados.

Se constatan también consultas por sentimientos de insatisfacción personal y mal-estar profundo, ansiedad, baja autoestima, sentimiento de soledad permanente, retraimiento social, angustia y represión; así como consultas por características de expulsión social, personas expulsadas del sistema educativo, expulsados del núcleo familiar, expulsados del sistema laboral, orilladas a tener que ejercer el trabajo sexual como estrategia de supervivencia.

Quienes consultan buscan, a través del abordaje clínico y de la elaboración de estas condiciones que se les han impuesto en la vida, una recomposición de sus redes institucionales y sociales, que les permitan otra forma de estar y ser en el mundo. Y también, aunque en menor medida, nos consultan por acompañamiento desde el punto de vista psicológico y subjetivo respecto a los procedimientos de cambio de nombre y de sexo registral.

Los motivos de consulta son variados, tratamos de dar pinceladas de algunos de ellos. Algunos corresponden a toda nuestra sociedad, que podemos encontrar en los consultorios particulares de las prácticas profesionales, en los consultorios de las instituciones médicas o sociales, no solo respecto de la diversidad sexo género, y algunos que sí son más propios de un servicio público y gratuito que se ofrece desde la Facultad de Psicología.

Todo esto nos hace pensar que vale la pena seguir esta línea de trabajo y seguir investigando sobre ello.

Ahora Irene nos va a contar un poco de la elaboración del enfoque clínico de este trabajo.

## Irene Barros

Yo voy a abocarme al desarrollo de las consultas y las reflexiones teórico clínicas sobre ellas. Hay un primer tiempo que es el de tomar contacto con el CRAM ya sea en forma telefónica, por correo o por derivaciones diversas de organizaciones, instituciones o pares. Pares son las personas que a veces se están atendiendo con nosotros o los colectivos que ya tienen referencia de nuestro centro y lo recomiendan, o sea que es por iniciativa propia.

El tiempo de acercamiento, de llegada a las entrevistas iniciales, es un tiempo de establecer confianza, de receptividad y de despejamiento en la construcción del problema a trabajar como sujeto de consulta, no como objeto de intervenciones, como señalábamos anteriormente.

Se trata en este tiempo de realizar un movimiento clínico de un encargo que puede ser institucional, familiar, por lo tanto social, en el que a veces las/los sujetos no se sienten implicados, es decir, están “tomados” por formas de nominar lo que les ocurre o lo que son, que cristalizan sentidos muchas veces funcionales a un sistema heteronormativo.

Se ilustra brevemente este punto con una de las situaciones clínicas que hemos recibido: una mamá consulta en forma telefónica por su hija adolescente a la que vamos a llamar por una inicial que no es la que le corresponde tampoco: “Z”, quien está muy angustiada, en una crisis. Relata en esta comunicación que “Z” manifiesta sentirse varón desde hace tiempo y no desea que la llamen por su nombre femenino, su nombre de origen. ¿Se ha replegado? Tiene, además, una serie de cambios de conducta que preocupan a la pareja de padres. La adolescente está concurriendo a terapia y quién la atiende le dio el dato sobre este centro para que puedan ayudarla. Entonces, este nos deriva para ayudar a la adolescente, solicita que puedan asesorarla y asesorar a la madre, evaluando qué porcentaje de femenino o masculino hay en “Z”, a modo de facilitar la decisión sobre cómo nombrarla. Esta es la derivación escrita por quién la atiende.

El primer tiempo de esta situación es despejar quien está pidiendo esta consulta. La solicita la madre pero, ¿quién sería el sujeto de consulta? Luego, ¿quiénes pueden acceder al espacio clínico porque así quieren hacerlo? Si Z quiere concurrir se le dará un lugar, pero esto requiere de un primer movimiento de hacer lugar también al reconocimiento de la angustia de la madre, que es quién pide el encuentro y de

problematizar apartándonos con cuidado de lo que ella solicita, invocando al profesional que atiende a Z y que la deriva para “establecer”, esto es entre comillas, textual “que tanto tiene de varón o de mujer”. Esta sería la dimensión del encargo. Es necesario transitar desde ahí a la apropiación de un espacio y tiempo que puede tener lugar a partir de poder relatar y relatarse, de poner en duda las certezas iniciales, los presupuestos imaginarios, imposiciones pseudo teóricas, etcétera, y establecer cierto límite a la duda sobre cuestiones profundas que dan consistencia identitaria, o sea, acá hay que dudar para devenir sujeto de esas imposiciones parentales y sociales, pero hay que poner como un cierto límite a la duda porque hay cimientos identitarios que nos dan consistencia.

En otras palabras, pasar de ser objeto de intervenciones a ser sujeto de sus procesos y transformaciones.

Las trayectorias de vida de transexuales que asisten al CRAM tienen puntos en común que marcan su proyecto de identidad, que se centra en lograr un cuerpo acorde con su identidad de género. Esta es la sensación que predomina, pero no es siempre así porque lo que encontramos es que en la diversidad, y en lo que denominamos personas trans, no hay algo homogéneo, es sumamente diverso, sumamente heterogéneo porque lo que hay es una singularidad de cada situación.

Entonces en algunos hay una referencia a estar en un cuerpo equivocado, un cuerpo que no corresponde, pero no en todos. Si bien recuerdan de su infancia alguna situación especial que reconocen como un punto de partida, dicho recuerdo aparece más cargado de emociones que de escenas, las que habían incidido en la renuncia a la intención de hablar por no encontrar respuestas a sus preguntas. Llegamos a ser nuestro género en movimiento temporal que, hasta llegar a ser, no sigue una conexión lineal, el origen del género no es temporalmente discreto precisamente porque el género no se origina súbitamente.

La mayoría de las consultas se dan en el marco de una crisis de angustia que desborda de los mecanismos utilizados hasta el momento para contener las emociones y las sensaciones difusas, contradictorias, que emergen en la consciencia con una paradójica sensación de extrañamiento y conocimiento al verse acompañado de un monto inusitado de ansiedad, dando la impresión de que algo ha irrumpido el entramado psíquico.

“Lo sabía pero no lo entendía” es una frase que se repite con frecuencia en las consultas, dando cuenta de un conocimiento no consciente y por lo tanto rebelde a la racionalización que exige el lenguaje.

El yo no puede contar la historia de su propio surgimiento ni de las condiciones de su propia posibilidad sin dar testimonio de un estado de cosa que uno podría no haber presenciado, que es previo a su aparición como sujeto capaz de conocer.

Una investigadora brasileña que realizó un trabajo de investigación sobre las masculinidades señala al respecto que los relatos que ha escuchado de sus interlocutores (así llama a los sujetos que ha investigado), o por los que ha investigado para ser coherente con su metodología y la postura ética, no son objetos de investigación, sino que son interlocutores. Encuentra que no siempre los deseos de los sujetos son escuchados o considerados por los profesionales de la salud que los atienden. Citando a Butler, esta investigadora brasileña lo relaciona con que el sujeto se coloca, nosotros diríamos que es colocado, en una relación de dependencia con la autoridad, pero antes que nada hace una petición ética al otro. Allí donde la diferencia biológica interactúa con determinantes sociales, históricos, profesionales que definen necesidades y experiencias en salud, nos advierten sobre la persistencia en los ámbitos de la salud y en particular de la salud mental de prácticas profesionales que, aún en su pretensión de neutralidad científica, son permeadas por atributos morales propios de los sistemas de creencias populares producto de una tensión entre la intervención técnica y la intervención moral.

Por lo tanto, cuando no hay ninguna razón biológica verosímil que explique los diferentes resultados, deberá considerarse que la discriminación profesional es la principal sospechosa de causar resultados en salud poco razonables.

Entendemos que el CRAM constituye un ámbito de formación pre-profesional en donde se desarrollan acciones específicas e investigación sobre estos tópicos, al tiempo que brinda un servicio garantista respecto a los derechos de género, donde la posibilidad de poner en palabras historias de vida habla del proceso de simbolización y elaboración.

En el caso de las personas trans, la población atendida es mayoritariamente femenina, siendo pocos los casos de trans varones. Hay más trans mujeres que trans varones en las consultas. Como el caso al que referimos de la consulta de esta mamá.

Al presente sin embargo han venido muchos más, en este momento están viniendo, el número de trans varones comenzó a aumentar pero no es significativo, sigue habiendo mayoría de trans mujeres.

¿Cuáles serían las razones para que las personas trans masculinas consulten menos este servicio? Hay algunas hipótesis: que las trans masculinidades son menos visibles socialmente, que hay más negación y ocultamiento en la tramitación de las opciones identitarias en el caso de los varones trans, que generan que muchas veces no tengan ningún otro sostén más que el propio médico o médica de referencia.

Estos son datos que tomamos de la unidad docente y asistencial del Hospital Saint Bois, donde hay toda una sistematización y trabajos publicados que señalan esto. Sin embargo, por ejemplo, en la Unidad Docente Asociada (UDA) del Saint Bois, un 54% son trans masculinos. Esto es opuesto a lo que ocurre en el CRAM.

Ambos servicios tienen funciones y objetivos distintos, en la UDA hay tratamientos trans específicos que en el CRAM no se realizan. En este punto surge también la cuestión de las redes sociales, de los videos accesibles a través de YouTube de personas trans relatando sus experiencias como sostén y referencias en los tránsitos identitarios de trans varones que han sido y aún son menos visibles, a partir de la experiencia clínica y de las investigaciones en curso; que es tomado por varios de los trabajos finales y de investigación de tesis de Maestrías.

En varias situaciones clínicas aparece este aspecto de la producción de subjetividad, de imagen y las redes sociales, el estatuto del otro, del semejante, las narrativas de internet y su efecto en el reconocimiento y construcciones identitarias, a partir y a través de las trayectorias biográficas y experiencias subjetivas que aparecen en los videos. Hay un breve fragmento clínico que vamos a relatar que dice así: “A mi amiga le dije que no me llamara con A , pero no puedo exigirle de golpe a la gente si yo todavía no me lo planteo del todo, recién estoy buscando el nombre, estoy viviendo algo que nunca pensé que iba a vivir, me di cuenta cuando empecé a ver videos, me encontré ahí, ahí me di cuenta, fui viéndolos y en un momento me di cuenta que todos la noches estaba viendo a un trans español. En un momento me pregunté ¿por qué carajos estoy viendo esto todos los días? Y, porque sos uno más macha, encaralo.”

Qué no hayan sido y todavía no sean visibles, no significa que no estuvieron estas transmasculinidades, sino que hay una producción y emergencia de representaciones sociales que les estarían proporcionando paulatinamente, un lugar, la posibilidad de ser viables, de reconocerse en tanto comienzan a ser reconocidas.

Algo similar ocurre con las mujeres trans más visibles y por lo tanto reconocidas, aún en el lugar que les ha deparado la sociedad. En este sentido, podemos pensar en el sexismo automático, que es un movimiento de minorización, discriminación y denigración de lo femenino o lo que es feminizado, agobiando las nuevas identidades políticas, y dice que algo nuevo está tomando forma. Ya que las identidades no son fijas ni estables, son definidas en un proceso de significación, estando por tanto sujetas al poder.

A modo de cierre queremos señalar que los ejemplos que hemos traído hoy acá son de personas trans, pero el Centro trabaja con personas LGBTI, con diversos motivos de consulta que refieren a problemáticas que no necesariamente son producidas por ser gays, lesbianas, trans, intersexuales o bisexuales. Ponemos énfasis en la presentación en las personas trans porque es necesario sensibilizar, concientizar y producir conocimiento que aporte a la ampliación de las representaciones que la sociedad tiene de ellas, para co-construir lugares habitables, para subjetividades que deben ser reconocidos como humanos viables; y porque las violencias padecidas, las formas crueles de exclusión, expulsión, daño moral y físico que pueden llegar al asesinato configuran un sufrimiento intenso que disminuye los recursos personales para elaborarlo.

Silvia Bleichmar hablaba del malestar sobrante y lo tomaba de Marcuse, la represión sobrante, nosotros planteamos que hay un sufrimiento en la cultura, ya no es un malestar sobrante, es un sufrimiento excesivo, desmedido en la cultura. Este exceso es lo que queremos plantear hoy y por eso pusimos énfasis en estas situaciones.

**Alicia Muniz:** Ahora vamos a compartir el trabajo con Giselle Di Fortuna, Mariana Morales y Magdalena de León. Se llama “Co-construyendo vínculos inclusivos desde la perspectiva de Diversidad, Género y de Derechos Humanos.”

## **Trabajo: “Co-construyendo vínculos inclusivos desde la perspectiva de Diversidad, Género y de Derechos Humanos.”**

**Autores: Giselle Di Fortuna, Mariana Morales y Magdalena de León**

### **Giselle Di Fortuna**

Nosotras somos estudiantes recién egresadas. El año pasado tuvimos nuestra práctica pre profesional en CRAM, fuimos estudiantes de Irene Barros, y a partir de nuestro trabajo allí es que surge este proyecto de extensión titulado “Co-construyendo vínculos inclusivos desde la perspectiva de Diversidad, Género y de Derechos Humanos”. Algo a destacar del proyecto es que es surgido desde la Clínica, es un poco novedoso, justamente como estaban diciendo las docentes en el trabajo anterior, a partir de uno de los motivos de consulta, una de las problemáticas que traen personas del colectivo LGBTI, y es justamente el bullying sufrido en centros de estudio, lo que ocasiona el abandono y la expulsión.

Brevemente describimos de qué se trata CRAM, que ya quedó más que claro que es el Centro de Referencia Amigable que brinda atención psicológica a personas del colectivo LGBTI. Este proyecto se elabora a partir de identificar la necesidad de trabajar en la prevención, sensibilización y promoción de vínculos inclusivos. Estos aspectos se relacionan a las diferentes problemáticas que surgieron en el dispositivo clínico en torno a las modalidades de sufrimiento subjetivo vinculadas a la diversidad sexual y de género. La comunidad LGBTI se encuentra expuesta de forma general a un alto nivel de exclusión social, esta lleva a cortar el ejercicio pleno de los derechos de cualquier ciudadano, la exclusión facilita la discriminación, tanto en el campo de la salud, la educación y el trabajo. Vale destacar que en nuestro país existe un marco normativo muy novedoso, pero en términos generales, a nivel población, a nivel académico, en la Universidad y entre nosotros, es como que la tenemos un poco más clara, estamos más al tanto de las novedades y los cambios. Pero cuando hablamos con el ciudadano, con doña María con don José en la feria, por ahí no la tienen tan clara, tienen cosas muy arraigadas y es necesario poder hacer una sensibilización, preguntarles ¿Por qué? ¿De dónde viene esa discriminación? Tal vez contarles y comentarles. El trabajo en extensión se trata de sacar la Universidad a la Comunidad.

Puntualmente el fenómeno de bullying o acoso escolar ha ido aumentando su prevalencia, hasta convertirse en un problema en un nivel mundial. Podemos entender al bullying como aquella situación en la que un estudiante se convierte en

víctima, cuando es expuesto de manera reiterada en el tiempo a acciones negativas, las cuales son generadas por uno a varios compañeros de forma intencionada. Decir negativas, es casi que ser amables, porque el bullying va desde un insulto, un rechazo, un comentario fuera de lugar, a situaciones de violencia física realmente importantes.

La homofobia y transfobia son factores de exclusión de personas LGBTI de centros educativos. Esta exclusión educativa se convierte en exclusión social, los jóvenes que tienen que abandonar forzosamente los centros de estudio, porque no tienen un acompañamiento, no solamente entre sus pares sino también entre los equipos docentes, lo que es todavía peor. Es parte de su desarrollo volcado, porque no logran completar los ciclos. El abandono o expulsión de estas personas de los centros educativos lleva a un empobrecimiento del capital psicosimbólico en la población, dejando en una posición aún más vulnerable al sujeto frente a su entorno. El sufrimiento psíquico presente en los consultantes deriva entre otras cosas, de las perturbaciones del sujeto como consecuencia de la influencia ambiental. Es a partir de identificar todo esto que venimos hablando que surge este proyecto de extensión, nos pusimos a pensar ¿Y qué tal si en vez de seguir esperando que vengan, y tratar uno por uno, vamos a la prevención? ¿Qué tal si vamos y hablamos con aquellos que pueden ejercer alguna influencia hoy y mañana? Entonces, es a partir de esta práctica que la idea se fue formando con el equipo, con Magdalena, con Mariana, con el apoyo permanente de Irene, y nos presentamos para los proyectos de extensión. Este es un proyecto financiado por el Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio (CSEAM). El lugar de trabajo es el Centro Regional de Profesores (CERP) de Florida, el cual se encuentra estratégicamente posicionado para la posterior distribución de los egresados en las instituciones educativas en la zona centro del país. Allí se trabaja con los futuros docentes, con los docentes de los futuros docentes y también con actores no institucionales.

En el primer encuentro con la institución en sí, tuvimos incluso en la reunión agentes comunitarios, agentes del Ministerio del Interior, que querían saber qué íbamos a hacer. El primer encuentro fue con la institución, con la dirección y con varios docentes, les planteamos que era el proyecto y ellos nos estaban esperando con algunas demandas. La particularidad de este centro es que tiene una residencia de estudiantes que está en frente, hay una convivencia permanente no solamente en los salones de clase sino también en la residencia, lo que lleva a estar unos con otros las 24 horas y, entre personas diferentes como lo somos todos, alguna fricción va a surgir. Nos encontramos con que había situaciones de bullying y de bullying ho-

mofóbico que prácticamente nos estaban esperando. Pudimos exponer el proyecto y luego aparte de la devolución, nos dijeron que ahí estaban pasando ciertas cosas. Como todo proyecto de extensión, uno se forma una idea, lo propone, lo va a llevar a cabo y siempre tiene que tener la flexibilidad de incluir cosas, de tomar otras en cuenta; hay cosas con las que tenemos que trabajar. Y en nuestro proyecto, nosotros llevamos nuestra parte, pero vamos a trabajar y construir con ellos, y allí con ellos es que nos encontramos las demandas.

Luego con los talleres con los estudiantes, también tuvimos que reagruparnos, surgieron cosas muy interesantes a trabajar, ellos mismos tenían sus dudas, nos encontramos con errores básicos de conceptos sobre los que tuvimos que trabajar. Luego, seguimos con unas dinámicas de taller muy interesantes, se apropiaron muy bien de los espacios, y están siguiendo, porque el proyecto está en curso. Trabajamos muy bien con las consignas, han puesto mucho de sí, hemos hecho uso de herramientas audiovisuales, los docentes de los futuros docentes están trabajando permanentemente con ellos, intercambiamos correos y materiales, vienen con ideas. Uno de los temas que hemos trabajado bastante, es el de la famosa guía de educación sexual para Primaria. Si bien es algo que ellos no van a trabajar directamente con la guía porque serán docentes de Secundaria, les interesaba saber cómo abordar esto, porque a nivel población y en programas televisivos, esta guía ha tenido una repercusión bárbara y hay quienes están a favor y quienes están en contra. Entonces, una de las propuestas que e los nos hicieron a nosotros fue ¿Y esto cómo se trabaja? A pesar de ir con una idea, lo incluimos dentro de los talleres, lo trabajamos muy bien y lo seguimos trabajando. Vamos co-construyendo, la idea es brindarles herramientas y que ellos luego las puedan utilizar. Otras de las herramientas que utilizamos fue un vídeo, que les tocaba directamente porque era al respecto de un estudio sobre bullying en un centro de estudios que también causó un impacto importante, le dedicamos todo un taller a eso y las ideas que surgieron fueron muy interesantes. Como equipo nos sentimos muy satisfechas por lo que se está logrando, se están escuchando y haciendo un pienso, y por ahí este en centro estratégicamente colocado en el centro del país, estos estudiantes hoy, mañana futuros docentes, puedan hacer la diferencia con chicos y chicas en el interior que enfrenten situaciones de bullying, que hagan frente a situaciones de discriminación en lugar de quedarse callados, en lugar de dar vuelta la cara, y de decirle a la chica o al chico que está sufriendo «dejá no te preocupes», puedan plantarse, puedan decir «basta», y logren ayudar para que la deserción escolar disminuya. De diez personas que nos escuchen, uno o una que haga la diferencia ya es suficiente. Entonces el objetivo de este proyecto es abordar con los diversos actores socioinstitucionales

el fenómeno de desvinculación de los estudiantes del sistema educativo a nivel de Educación. Uno de los fenómenos vinculados a esta discriminación es el bullying homobotransfóbico, indicado como fuente de intenso sufrimiento subjetivo.

Entonces, a modo de conclusión lo que este equipo se propuso es un abordaje desde una perspectiva en Salud hacia un bienestar biopsicosocial con los sujetos con quienes se trabaja, buscando prevención y promoción en salud para evitar el sufrimiento subjetivo de la población LGBTI en centros educativos.

**Alicia Muniz:** Pasamos al tercer trabajo de Paola Batalla “Padres y madres frente al tránsito sexo-genérico de hijos, hijas”.

## Trabajo: “Padres y madres frente al tránsito sexo-genérico de hijos, hijas.”

**Autora: Paola Batalla**

Soy estudiante maestranda en Psicología Clínica. Mi trabajo surge con la demanda y la práctica en CRAM. Trabajo con padres de hijos trans, que vienen con diferentes preguntas, y con un cuestionamiento de cómo abordar la situación. Las preguntas disparadoras son: ¿Cómo transitar y procesar estos cambios?; ¿este tránsito en el género de una hija o un hijo siempre implica un duelo ante la evidencia del hijo o hija que hace el cambio?; no solo de su apariencia sino de su modo o posición como sujeto en la trama vincular socio familiar, ¿esta transformación puede ser considerada una pérdida?

El duelo es un término que Freud lo trajo en 1915, es la reacción habitual a la pérdida de una persona amada o de una extracción puesta en su lugar, no solo se da en la relación con un otro sino también con aquello que se percibe como propio, se pone la libido en ese objeto. Son procesos psicológicos y psicosociales donde no se puede generalizar, procesos individuales que están atravesados por las costumbres y creencias de cada persona.

Además de individual, es una problemática social, se determina una reacción frente a la misma pérdida. Es, a su vez, un complejo diacrónico, no solo de emociones sino de cambios cognoscitivos de comportamiento y reacciones. Está determinado que a lo largo de la vida se atraviesa por muchos duelos, en los cuales se revive una pérdida, se revive la sensación psicofísica y biopsicosocial de las experiencias anteriores, determinadas con una reacción por la vida en su totalidad. La situación de pérdida va construyendo consciente e inconscientemente las versiones frente a la resolución de las futuras pérdidas, cómo se desarrolla el proceso y cómo se determinan las emociones que van a generar desde la tristeza, el dolor, el odio, la violencia hacia el objeto perdido.

Los procesos de identificación que ellos traen tanto con sus hijos, como los hijos con sus padres, denotan estos procesos en los cuales se escribe el duelo. Por eso nos preguntábamos si existe realmente un duelo, o si es un proceso el cual ellos tienen que transitar. Los procesos de identificación se dan primariamente en la infancia, pero posteriormente se habla del duelo ontológico, que no se da necesariamente por una pérdida física, sino por algo simbólico donde hay una identificación, que transcurre en la conducta de apego que sigue en el transcurso de la vida. Se mantiene cierto grado de comunicación con esa figura, describiendo que muchas de las emociones

más intensas se dan en estas relaciones, se forman y se movilizan, se renuevan, donde la amenaza de la pérdida genera ansiedad. El vínculo, la seguridad y renovación del mismo como una fuente de dicha, determina que la conducta de apego tiende a proteger y se va a desarrollar a lo largo de la vida, siendo determinantes como se da en la dependencia de la niñez y adolescencia. También se va a ver en la proyección de los padres a lo largo del desarrollo de sus hijos. Definiendo el proceso de identificación que se da de forma viceversa, lo escribe Lacan, todo el contexto lo hace, por sí solo no se va a ir. Al destruir al otro es donde se recupera la imagen de sí mismo, donde comienza su duelo y recupera el deseo, generando emociones encontradas no necesariamente se va a identificar con quien ama y viceversa. La incorporación de rasgos de la otra persona va a generar una identificación del otro donde se va a reconocer. Lacan lo describe en el Estadio del espejo, cuando el niño forma su yo, la madre lo reconoce y él se reconoce como una persona aparte de la madre.

Al escuchar las prerrogativas de los padres se puede identificar ese deseo, donde Freud pone de referencia de pertenencia, pero también generan angustia, se tiene que dar la identificación y la renuncia para poder pertenecer y reconstruir este vínculo. Debemos destacar que, en la historia, cuando el individuo nace y a partir del sexo biológico que lo define, comienza todo una serie de asociaciones adheridas, gesticuladas por la sociedad que van a ser reproducidas por la familia de forma inconsciente, en las que se proyecta en el niño o la niña aspiraciones en la adolescencia, la adultez y la vejez; y que colocan a esta persona en un lugar determinado y de forma dependiente. Le va a dar un lugar en la familia y la sociedad a este hijo o hija y que ya genera una proyección de vida.

El nombre, la ropa, los juguetes, son elementos que van a definir ese sexo, en el cual encasillan lo femenino o lo masculino. Esto se da por articulación cultural que es consecuencia de un proceso histórico, constante en la sociedad, define y encasilla a las personas según su sexo. Butler trae todo ello, nos adjunta a esta normativa moral creada por la sociedad, transforma el ethos colectivo en un ethos violento por estar fundado en la postura de la unidad, que sería una idealización que intenta suprimir las contradicciones y las conflictivas que de hecho existen en un ethos.

Lo primero que se cuestiona es el actuar de sí mismo para poder hablar de una filosofía moral en el relacionamiento social; lo segundo es controlar la forma del sujeto y su responsabilidad con la trama moral que no podría existir sin una ética de lo moral. Esta ética invisibiliza, construye y en algunos casos destruye. Pero cuando estas narrativas no pueden ser comprendidas por no ser partes de su Yo, es cuando en el

relato puede verse la angustia de no poder comprender, y de no poder ser comprendido. La ruptura de la barrera protectora del Yo en la que se hace presente la ausencia del objeto falla en la función de la contención del ser que tiende a disgregarse.

Voy a leer dos fragmentos de narrativas de dos pacientes diferentes, "X" que es madre de una chica trans dice: «Si, es difícil verla así, porque nosotros la vemos y la aceptamos pero la hermana no, le cuesta. El otro día se me rompió un porta retratos que tenía una foto mi hija mayor y yo me puse a buscar, pero tenía otra con una foto de él y como me hizo sacar todas las fotos» Hace una pausa, luego dice: «hasta una vez cuando era bebé tenía 11 meses, yo tenía las fotos de las dos con la misma edad en un porta retrato y hasta eso saco». Nuevamente hace pausa cuando lo relata y baja la mirada: «Creo que voy a tirar todas las fotos de él porque me hace mal, quizás así lo pueda aceptar, no sé»

Ahora habla la madre de un chico trans; «Ya lo acepté como es, yo la quiero y lo que quiero es que sea feliz. No me importa si es x o es y, sólo quiero saber si eso es lo que ella realmente quiere y no solo una etapa, yo la voy a aceptar, pero tengo miedo de que después cuando se vea con barba no sea lo que ella quiera. Es muy femenina, yo no la veo masculina, y no tiene sexualidad, eso es lo que más me preocupa».

Desde estos relatos narrativos que surgen en el contexto de la clínica, se comienza a armar la hipótesis de un proceso de elaboración emocional que muestra muchas características en juego, representadas en el relato cuando la madre dice «yo la voy a aceptar, pero tengo miedo de después cuando se vea con barba, no sea lo que ella quiere». Evidentemente hay una negación la cual tiene que empezar a construir. Freud comienza a indagar sobre el duelo y la melancolía que se diferencian en el hecho de que el duelo es una situación pasajera, se restablece el control del Yo y vuelve la normalidad. Un estado frente al que se encuentra paralizada delante de esta nueva realidad que le produce angustia, es la de la madre de la chica trans cuando menciona las fotos, que además de traer dicha situación, también había una presión familiar de toda esta realidad y una angustia personal del momento, buscando absolver una forma racional, pero que deja ver la culpa y el auto-reproche, la angustia que desborda la situación. Eso es lo observable en este pequeño fragmento de esta madre. Este se desencadenaría ante una pérdida no solo de un objeto concreto, sino también de ideales que ocuparon un lugar simbólico para la vida de la persona. Se vincula el relato materno y su negación, y se ve enfrentada al ordenamiento de identificación de esa hija o ese hijo. La pérdida por sí sola resulta insuficiente para identificar las características del duelo y la manifestación que lo define.

Pone acento en una agresión destructiva producto de la situación, como en el valor que se le atribuye al objeto perdido independientemente de la naturaleza del mismo. Este valor, incluye su personalidad, por la historia singular de cada uno y por la figuración de sus subjetividades. También podemos ver que hay una demanda de padres, que quieren conocer una terapia y que no pueden sostenerla cuando se llega el momento de conocerla.

Hay un proceso inicial en el cual se está reconociendo que hay algo que lo angustia, que irrumpe su cotidianeidad, pero cuando llega el momento o cancela la cita, o no atiende el teléfono. Sobre esto estoy trabajando en el proyecto de maestría.

**Alicia Muniz:** Gracias Paola. Ahora vamos a escuchar a Marcela Pini que va a dejarnos su trabajo sobre “El sufrimiento en sujetos género-disidentes”.

### Trabajo: “El sufrimiento en sujetos género-disidentes”

**Autora:** Marcela Pini

Voy a hablar acerca de este sufrimiento en sujetos género-disidente y su abordaje clínico. Presentaré como propuesta teórica, basándome en un texto de Lacan de 1946 que es el Estadio del Espejo, una revisión de este estadio en los procesos de tránsito género-disidentes.

A propósito del eje temático que nos convoca, es necesario dar cuenta del sufrimiento que se evidencia a partir de la disidencia sexo genérica, la importancia de la imagen para las y los sujetos y la necesidad de constitución de una identidad de la cual apropiarse. Además, se incursionará en su abordaje clínico desde una perspectiva tendiendo a lo diverso, que acompañe y sostenga los procesos de construcción estético-éticos. Para eso tengo un par de definiciones. Básicamente, quisiera profundizar en los procesos de construcción estético-éticos, es una construcción, una terminología, una conceptualización que nos pertenece y que está basada en la concepción de ética que desarrolla Foucault, entendiendo que la ética y la estética no son conceptos que se puedan visualizar por separado, sino que hay todo un entramado dialéctico entre ética y estética que es imposible de separar según mi criterio. Y por eso hablo de procesos de construcción estético-éticos. Cuando hablamos de proceso, hablaré sobre el abordaje clínico desde una concepción psicoanalítica, y con un texto de Lacan; cuando hablamos de construcción vamos a tener una ten-

sión, en primera instancia con la postura de la clínica analítica y de la constitución de sujeto.

El sujeto para el psicoanálisis se constituye, no se construye, ahí ya tenemos una tensión que vamos a tratar de allanar a partir de otro concepto también psicoanalítico que es el de subversión, como otra versión de sujeto. A su vez, esa subversión no está escindida de la constitución originaria de sujeto, sino que dialogan. Estamos trabajando en eso, no son conceptualizaciones cerradas, son dispositivos y modalidades de atención muy innovadoras, no hay formación para atender la clínica de lo diverso más allá de algunas conceptualizaciones que podemos estar construyendo.

Algunos psicoanalistas plantean que el psicoanálisis se ha tenido que poner a tono, de alguna manera, en función de la cachetada que los estudios de género nos han dado en el abordaje clínico de estas temáticas.

Quisiera hacer un pequeño recorrido a través de la legislación actual, porque es el marco jurídico en el cual nos movemos y nos interpela todo el tiempo, y al cual debemos tener en cuenta cuando trabajamos en clínica. Básicamente, referirme a una recomendación en el año 2006, donde se define la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de vías médicas, quirúrgicas, o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida; también otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

Adentrándonos en el tema del sufrimiento y como primer esbozo, me parece interesante lo que se deja inscrito en el preámbulo de los principios del Yogyakarta, donde habla de los tránsitos, lo que le pasa a las personas cuando deciden comenzar un tránsito sexo-genérico, y nos habla de lo que nos compete hoy que es el sufrimiento.

Las violencias en los Derechos Humanos basadas en la orientación sexual por la identidad de género, real o percibida de las personas, constituyen un patrón global y arraigado que es motivo de seria preocupación. Entre estas violencias se encuentran los asesinatos extrajudiciales, la tortura, los malos tratos, las agresiones sexuales, las violaciones, las injerencias en la privacidad, así como una gran discriminación en el goce de los derechos humanos. Estas formaciones se ven incrementadas por

otras formas de vivencia: odio, discriminación, exclusión, como aquellas basadas en la raza, la religión, la edad, la discapacidad o la condición económica o social a la cual se pertenezca. Me parece interesante esta última frase, que queda clara en el preámbulo para poder transversalizar a modo de intersecciones otros tipos de vulneraciones que también a los sujetos nos transversalizan, y cuando esto se suma a una identidad de género-disidente se potencian las vulnerabilidades.

No quiero extenderme mucho sobre el marco legal en el cual estamos en Uruguay, pero básicamente, hablaré de dos leyes. La ley 18.820, que es la ley de cambio de nombre, de sexo registral, a mi consideración es una mala ley, no es una ley de identidad de género pero es la única que tenemos, así que bienvenida sea. Es una ley que judicializa los procesos de cambio de nombre y sexo registral, tiene algo super interesante y creo que es porque los legisladores no se dieron cuenta lo que estaban haciendo, pero en este caso nos sirve en función de que se homologa la categoría de identidad de género a la categoría de sexo, y eso es de vanguardia para nuestro país y sumamente significativo. Esta ley entra en vigencia en 2011, a partir de la conformación de la Comisión de Identidad de Género, que funciona dentro del ámbito de la Dirección Nacional de Identificación Civil. Después, en función del informe que emite la comisión se comienza un proceso de judicialización para obtener esa identidad deseada.

El otro marco teórico potente en este año y tomado estos días, venimos del mes de la diversidad sexual, es el Proyecto de Ley Integral para Personas Trans, que es una ley mucho más abarcativa, afirmativa por excelencia. Acá si les voy a leer el primer artículo donde dice: «Declárase de interés general el diseño, promoción e implementación de acciones afirmativas en los ámbitos público y privado y políticas públicas dirigidas a la población trans. Lo dispuesto tiene por propósito promover la equidad de género como combatir, mitigar y colaborar a erradicar todas las formas de discriminación que directa o indirectamente constituye una violación a las normas y principios contenidos en la Ley N° 17.817, de 6 de setiembre de 2004. De este modo se contribuirá a garantizar el pleno ejercicio en condiciones de igualdad de sus derechos y libertades, promoviendo el respeto de su dignidad, buscando lograr la integración social a nivel cultural, económico-laboral, en el ámbito de la salud y la educación, así como en cualesquiera otros ámbitos de la vida ciudadana».

Dentro de esta ley, los derechos que se consagran son: la inclusión educativa en los artículos 12 al 14, el derecho a la cultura en el artículo 15, y el derecho a la salud en los artículos 16 y 17. Es un proyecto que está disponible, lo googlean y pueden acceder.

No quiero extenderme más en esta parte y si meterme en la cosa desde el punto de vista psicoanalítico, que nos compete y nos reúne hoy acá. Antes quiero situar en qué conceptualización de cuerpo y de sujeto me voy a posicionar. La concepción de cuerpo que se da cuenta en este trabajo no es la de conjunto de órganos que constituye la materialidad positiva, lo susceptible de ser medido y observado en el discurso médico hegemónico; sino la de una perspectiva donde cuerpo y sujeto son una díada indisoluble. Butler nos ilustra a partir de esto, si al cuerpo lo tratan nada más como una cosa positiva, discreta, mensurable, verificable, bien tendremos certeza de su existencia, incluso de su materialidad de acuerdo con distintos criterios positivistas. Habremos aceptado una manera positivista de ver las cosas, en ese momento, habremos perdido las relaciones por las cuales existen los cuerpos, relaciones que sin ellas no existe ningún cuerpo. Cuando se comienza a adentrarse en el conjunto que la teoría psicoanalítica a ser construido, surgen muchas interrogantes acerca de qué dimensión de cuerpo se ha plasmado en la teoría. Freud, a lo largo de su producción ha dejado una concepción de cuerpo impregnado de fisiología, y de cómo esta es un destino del desarrollo de las y los sujetos. En el Yo y el Ello de Freud, yo me planteo como pregunta, porque también tenemos que pensar y releer la teoría freudiana desde esta nueva perspectiva de género, ya que Freud expresa que el Yo es ante todo un yo cuerpo, algo acá disrumpe del concepto clásico de leer a Freud desde un lugar positivista y médico de sujeto.

Es para poder pensarlo, no hay respuestas absolutas, al menos, desde donde me estoy posicionando. Es entonces que se debe cuestionar acerca de cuál es la dimensión de cuerpo, de que se quiere dar cuenta en la teoría freudiana; ¿Es una construcción sexo anatómica, fisiológica del cuerpo basada en la diferencia sexual, más allá de que no haya en su producción un relato descriptivo de las funciones sexuales? o ¿debemos ir un poco más allá de esa concepción material del cuerpo?

En Tres ensayos de la teoría sexual, Freud (1905) inscribe en su teoría el destino de los sujetos sexuados, atribuyendo determinadas prácticas sexuales como desviación de lo esperado, de lo destinado a ser por esos cuerpos conforme a un comportamiento fisiológico, y según su morfología anatómica. Sin duda si nos paramos desde el punto de la diversidad sexual, la teoría sexual de Freud en tres ensayos podría ser una de las cosas más discutidas.

La práctica del sujeto determina su condición de normal o desviado. Es de pensar que en la obra freudiana algunos conceptos se entrelazan de tal manera que dan cuenta de una cosmovisión propia de las concepciones científicas de su época,

y de las necesidades socio-históricas de abordaje de ciertos fenómenos clínicos como ser la histeria femenina. Si han leído las concepciones teóricas de Freud sobre la histeria, se retracta en algún momento cuando habla de determinadas ubicaciones sociales de esas mujeres, en qué lugares estaban acerca de su padecimiento histérico. Hubo toda una crítica social en ese momento, en el cual Freud se retracta. También hay que pensar en esas mujeres, de qué clase social eran, en esto de articular lo socio-histórico con la teoría.

Lacan en su obra no hace una teoría de cuerpo, sino que a partir de sus producciones se puede articular una noción de cuerpo, está dada en los tres órdenes de su teoría, real, simbólico e imaginario. Hay un cuerpo de lo imaginario, nos dice Lacan; un cuerpo de lo simbólico que es la lengua; y un cuerpo de lo real del que no se sabe cómo sale pero sale, eso no lo dice Lacan, lo digo yo, pero algo nos está queriendo decir cuando nos dice que no se sabe cómo sale.

En el Estadio del espejo Lacan vuelve a hacer mayor hincapié en que se parte de un sujeto fragmentado. El hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente por el ser sumido todavía en la impotencia motriz, en la dependencia de la lactancia que es el hombrecito en ese estadio de infancia, no aparecerá por lo tanto que manifiesta en una situación ejemplar la matriz simbólica en la que el Yo se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya su función de sujeto.

Para Lacan el lenguaje, la lengua y con esta la posibilidad de devenir discurso, es lo que constituye al sujeto como tal. El ser humano es una especie, considera Lacan, que es expulsada prematuramente. El sujeto es lenguaje para Lacan, esta noción se constituye a partir de una imagen proyectada y significada por el otro que coloniza, estructura e inviste de significado. Como dijimos, hablar de cuerpo para Lacan es hablar de un cuerpo del imaginario, de un cuerpo del simbólico y de un cuerpo del real.

Me voy a meter con el abordaje Clínico y la posible reedición del Estadio del espejo de Lacan como propuesta teórica. La práctica psicoanalítica no ha estado fuera del área de producciones de la heteronormatividad como sistema regulador. Es a partir de la evidencia irrefutable de los estudios de género, que la teoría psicoanalítica ha comenzado a rever sus propias prácticas, se debe pensar cómo abordar las disidencias sexo-genéricas, revisar la teoría para resolver lo que ella dice, si es que algo dice de eso. Hay que repensar lo dicho y resignificarlo, ¿Qué es esperable en los tránsitos

sexo genéricos?, ¿qué mecanismos psíquicos serán puestos en juego en el espacio clínico?, ¿A qué aspectos teóricos debe recurrir el analista para comprender tales procesos?

Como propuesta teórica, hago una revisión del Estadio del espejo conceptualizado por Lacan en 1949 sobre los procesos de deconstrucción y construcción estético-éticos en cuerpos género-disidentes, no sin antes hacer una reseña de por qué se considera fundante la vivencia del sujeto como tal, por qué se considera que se debe hablar de una reedición de este en tales circunstancias.

El Estadio del espejo se da en los lactantes entre los 6 y 18 meses como adaptativo entre la maduración biológica y la estructuración psíquica, como formadora del Yo, traza elementos para las futuras identificaciones secundarias. Es un proceso mediante el cual el infante, como lo llama el autor (pues no es sujeto como es entendido por la teoría lacaniana), logra unificar una imagen de sí, que es devuelta por el espejo del cual se desprende esa imagen.

No nos confundamos con que el objeto principal es el espejo, el espejo es el otro que habilita la mirada en ese espejo; es quién es que unifica la imagen de sujeto, es ese sujeto sujetado por la mirada de ese otro. Lacan expresa que de esta manera, cuerpo e imagen especular confluyen en la estructuración del Yo. En este momento es cuando se instaura el Yo del sujeto, es la génesis de la construcción del Yo.

En función de eso, es que nosotros pensamos que ¿Cómo podemos abordar los procesos identificatorios en los tránsitos sexo-genéricos, si no repensamos y nos vamos a la génesis de la teoría? Esto tiene que ver justamente con esta conformación yoica del sujeto. Es entonces, a través de esta performance, que se da frente al objeto y frente a ese otro, que el sujeto performativiza a través de movimientos en el estadio del espejo y que unifica lo fragmentado. El Yo para Lacan es la defensa del deseo, como lo expresa en el Seminario 10 sobre la angustia (1963).

A diferencia de Freud, Lacan no hace una clínica del Yo, sino todo lo contrario, el Yo es el gran obstáculo del deseo. Es entonces que, si el estadio del espejo es fundante de la función del yo, es donde el deseo encontrará su más fiel enemigo. Como se ha expresado en el cuerpo previo al estadio del espejo, es vivenciado como fragmentado y es mediante la imagen especular que Lacan hace referencia en el sentido primario, logra unificar esa imagen. Los mecanismos que son utilizados son los movimientos, a modo de performativizar la realidad circundante. El concepto de

performatividad es de Butler, y la relación de los vínculos primarios de sostén para hacer posible esa gestalt.

Es entonces que tal identificación como imagen dará lugar a futuras identificaciones. Así se justifica y se pretende abordar las construcciones estético-éticas. Se debe por tanto, tener en cuenta de donde se parte, de la génesis, retomamos procesos psíquicos respecto a los cuerpos, y los mecanismos que han puesto en marcha esos complejos entramados que hacen a la subjetividad, para de esta forma habilitar procesos de deconstrucción y reconstrucción como subversión del Yo.

¿De qué sufrimiento hablamos? El sufrimiento nos amenaza por tres lados. Desde el propio cuerpo que condenando la decadencia, esto nos dice Freud, y a la aniquilación, siquiera puede prescindir de los signos de alarma que presentan el dolor y la angustia.

Del mundo exterior también, capaz de encarnizarse en nosotros con fuerzas destructoras, omnipotentes e implacables, por fin, de las relaciones con otros seres humanos, del cuerpo, del otro, y la importancia de la cultura que nos trae Freud. Es evidente que los pacientes no están satisfechos, dice Lacan, y no obstante sabemos que todo aquello que ellos son, lo que viven, aún sus síntomas tienen que ver con la satisfacción. Satisfacen algo que sin duda va en contra de lo que podría satisfacerlos.

Para terminar, el sufrimiento de estas personas se expresa ante la exclusión, la desafiliación familiar y educativa, la imposibilidad la mayoría de las veces de tener un trabajo digno, y la imposibilidad de tener una vida plena, de poder su deseo. Producto de la desviación patológica que podía y debía ser encauzada hacia una supuesta normalidad, conforme a la congruencia de binomios sexo-género. El gran desafío de la clínica es atender lo diverso como esencia misma del análisis, hay algo más disruptivo que las raíces mismas del psicoanálisis, de qué otra cosa se encarga el psicoanálisis si no es justamente abordar lo disruptivo.

Abordar la disidencia sexo-genérica desde una perspectiva de derechos es un desafío de la clínica, y más aún, es una obligación, porque para eso nos formamos, para abordar el sufrimiento de ese otro que sufre, que recurre al análisis, para destituir su deseo, y aunque ese sufrimiento siga, sea reelaborado y haga posible, como expresa Butler: «una vida más vivible».

## Preguntas

**Alicia Muniz:** ¿Ustedes saben en qué estatus está la cuestión con los niños en el cambio de identidad? porque en Argentina ya se ha logrado con los niños, pero ¿Qué pasa acá en Uruguay?

**Lic. Marcela Pini:** Actualmente no tenemos ninguna disposición legal. Si está incluida en la Ley Integral para personas trans la posibilidad de poder solicitar un cambio de nombre y sexo registral con el aval de los padres, esto puede pasar hoy. Pero lo significativo de esto es que en esta nueva ley, en el caso de que no se tuviera el aval de los adultos responsables, se puede recurrir desde el punto de vista administrativo, para que el Juez disponga la viabilidad en función del código del niño y del adolescente.

**Alicia Muniz:** Evidentemente son temas que dan para mucho más, yo me quedo con lo que varias de ustedes dijeron, que esto no está pensado desde el psicoanálisis. Me gustó mucho toda esta nueva lectura, y que tenemos que seguir pensando, uniéndolo también con lo que se traía en la Conferencia Inaugural, de todo lo que hay que ir creando construyendo, no refritando. Construyendo a partir de estos nuevos desafíos en la clínica, de nuevas situaciones y circunstancias, que no están en los libros porque primero las cosas suceden y después se teorizan. Por ahí se decía que no hay escrito, no se dice, no hay formación. La tenemos que hacer nosotros, no la buscamos, hagámosla. Acá se presentó en la mesa trabajos de investigación, de acción, pensamientos a partir de la clínica, esto es ir haciendo teoría, ir cambiando las formas del pensamiento teórico en relación a las nuevas realidades hoy.

El objetivo es trabajar con el sufrimiento, hacer que la gente sea más feliz. No hay límites para eso, y lo que no está dicho hay que construirlo, armarlo e inventarlo.



07



## Simposio

# Actualidades de la clínica en Adolescentes

Coordinador: Jorge Bafico

Construcción de la vivencia del problema que aqueja sufrimiento psíquico en los/las adolescentes y sus diferentes modos de encontrarle solución al mismo

*Silvana Contino*

Presentación de:

*Adriana Tortorella*

Trabajo: Crónica de una adolescente que decide morir

*Laura de los Santos*

## Simposio Actualidades de la clínica en Adolescentes

**Coordinador: Jorge Bafico**

Este simposio que se llama “Actualidad de la clínica en adolescentes”, tiene el propósito de que a partir de una serie que se llama “13 razones por qué”, se disparen cosas para poder pensar (no se hablará específicamente de la serie) acerca de la adolescencia.

En este simposio me gustaría hacer una breve introducción en relación a los tres significantes que aparecen en la actualidad en la clínica en adolescentes: actualidad; clínica; adolescentes.

Comenzando por la actualidad es que tomamos como punto de partida esta serie que ha generado mucho revuelo, muchas madres nerviosas, muchos chats de madres de whatsapp hablando de esto. En algunos países se ha prohibido la venta del libro; en determinados países de Europa, por ejemplo, su venta es autorizada para mayores de 18 años; en algunos colegios de Canadá se le pide a los docentes que no hablen de esta serie, o sea se ha generado un revuelo, quizás un poquito absurdo si nos ponemos a pensar, pero algo está diciendo.

Lo primero que tenemos que pensar en torno a esta serie es que algo dice para que en unas jornadas de facultad estemos charlando de esto.

La serie se trata del suicidio de una joven como consecuencia del *bullying*. Hanna Baker deja siete casetes antes de su muerte explicando los motivos de su decisión. El nudo narrativo de la misma, que no es muy diferente en el libro que en la serie, muestra de quien es la autoridad, tanto del padre como de los profesores.

La ausencia de una transmisión efectiva de los mayores hacia los más jóvenes, pero sobre todo, revela el conflicto adolescente en la actualidad. Esta actualidad que nos atraviesa, es una época que ofrece diferentes modos para transitar este período tan complejo que es la adolescencia. Estamos en una época en la cual el goce prima sobre el ideal. Y como plantea J.A Miller, podemos situar esta época como la del Otro que no existe, no hay un otro como referencia en este tiempo. Un otro como antes, como eran los padres antes, como eran las instituciones antes. Cuestión que implica que ese otro no existe como único, como único del ideal. Eso sí nos interesa a nosotros como analistas. El uno de ideal, resorte de la identificación, que ahora en el tiempo aparece pluralizado en una cantidad de significantes amos, la cual no logran mantener al sujeto.

Ese es uno de los puntos que considero más importantes de la actualidad, y que nos atraviesa en relación a la decadencia de lo paterno, que es justamente lo que genera el problema de la adolescencia en torno al ideal. Los semblantes que ocupaban el lugar del uno del ideal hoy parecen no tener efecto. Padres, maestros, docentes, hoy no pueden ofrecerse como semblantes válidos. Los adolescentes son quienes sienten con mayor intensidad los efectos mutantes de la época de la caída de estos semblantes.

Bien. Dejemos por el momento la actualidad, el uno, el ideal y los semblantes de esta época para centrarnos en el significante adolescencia. J.A. Miller plantea que la definición de adolescencia es una cuestión controvertida, ya que existen muchas adolescencias. No es la adolescencia en general. Tenemos la adolescencia cronológica, la biológica, la psicológica, la conductual, la cognitiva, incluso la estética o artística. ¿Podemos, por lo tanto, hablar de la adolescencia en forma global?

Desde el psicoanálisis, por lo menos, pensamos que no, ya que es una designación que cubre algo extremadamente vago, y que en ese sentido, cubrir toda la clínica bajo la expresión “crisis de adolescencia”, podría ser un error. Sin embargo, sí es posible afirmar que hay algo que rompe en relación con la metamorfosis de la pubertad y que va a mover en el sujeto un cierto reordenamiento, procesos inevitables en el adolescente que implican la idea de un trabajo psíquico, cuestión de la que Freud bien se ocupó en su momento. Para el adolescente, se trata de un arduo trabajo de anudamiento de elaboraciones y tramitaciones subjetivas que implican de manera inevitable angustia, dolor y pena. Eso es algo que atraviesa al adolescente en general, después hay que ubicar en cada época cómo el sujeto responde con su propia sintomatología frente a esto.

Lacan plantea que, en los adolescentes, lo real de la pubertad también es la aparición de los caracteres sexuales, incluso aquellos que se llaman secundarios, es decir, que implican modificación del propio cuerpo y sobre todo de la imagen del cuerpo. La sexualidad infantil en este tiempo debe darle paso a la sexuación de los cuerpos. No se trata solamente de una transformación corporal sino del surgimiento de algo radicalmente nuevo que es un choque entre la sexualidad infantil y la sexuación. Sexuación es ubicarse del lado del hombre o de la mujer, pero no necesariamente anatómico. Eso es un problema para el adolescente, hay toda una cuestión pulsional que empuja y que después el adolescente debe hacer algo con eso. No es porque sí que las esquizofrenias, por ejemplo, digamos la mayoría, se desencadenan en la adolescencia, en tiempos donde el sujeto empieza a hacerse preguntas que por lo general cuesta responder.

Entonces, en estos dos planos: entre el cuerpo como objeto pulsional y el del cuerpo como imagen, es que la pubertad viene a trastocar, de forma doble, al sujeto en sus cimientos. Interrogantes que surgen, como por ejemplo cómo ser hombre o mujer, cómo se encuentra al otro sexo, cómo pueden encontrarse los cuerpos, cómo hacer lazo social, son preguntas que están en el corazón de lo que se puede decir “el problema adolescente”. El adolescente por tanto, es un sujeto en impasse. Los ideales que el sujeto sostenía hasta ese momento son cuestionados y en algunos casos rechazados, incluso a veces, con una separación brutal del otro. Lo vemos, quienes tenemos hijos adolescentes, lo estamos viviendo en estos tiempos donde la separación del adolescente con el padre muchas veces tiene que ser de una forma, no necesariamente violenta, pero sí compleja. Dejamos de ser los padres de la infancia, los padres que representábamos el ideal, para ubicarnos desde otro lugar, igual que este adolescente que no deja de comprender, no comprende demasiado, y los

padres tampoco, confieso, no es que vaya a hacer un autoanálisis acá con ustedes, pero es un tema que me conmueve. El real que surge en este momento hace que cualquier palabra que viene del otro no sea confiable, pues no se corresponde con lo que le ocurre.

Vincularse con alguno de los múltiples grupos y de culturas juveniles (que aparece en la serie claramente), son comportamientos típicos de la adolescencia, que pueden servir para tratar de suplir las palabras que le faltan en ese momento subjetivo, en el que necesita explicarse esto que emerge y lo moviliza. Y acá creo que sí tenemos un problema en relación a la actualidad, ya que antes los adolescentes tenían una forma de vínculo y agrupamiento que estaba en relación a un ideal. Ahora es a modo de goce, que es diferente, o sea, el adolescente podría pertenecer a una tribu urbana, identificarse a un rasgo de la tribu urbana (como podrían ser los dark, los punk). Hoy tiene más que ver con una comunidad de goce donde, justamente, lo ideológico no está tan presente. Creo que el adolescente hoy en ese punto tiene un problema, y tiene que ver con esto de la actualidad y la pluralización de significantes a los. Ya no se trata de agrupamientos a través de identificaciones con un ese uno, si no que él mismo se hace a través del compartir prácticas de goce simbólico.

Y ahora vamos a lo último; ya no se trata justamente de adolescencia y actualidad, sino de lo más singular de un sujeto, que es lo que nosotros hacemos en nuestra práctica. O sea, escuchar la singularidad de un sujeto más allá de la globalización de adolescencia o actualidad. ¿Qué podemos decir del suicidio de esta chica, Hanna Baker, de la serie “13 razones”? El suicidio adolescente indudablemente ha aumentado en los últimos tiempos (lo dicen las estadísticas), los IAE han aumentado 100 veces en los últimos años. Podemos pensarlo como una de las formas sintomáticas que hoy se están dando en los adolescentes para mostrar sus conflictos.

En estas Jornadas, Inés Sotelo habló del grito y del llamado. El sujeto que grita sin poder hacerse entender y que el analista intenta que eso se convierta en un llamado. Y los adolescentes están en un tiempo, con esto de la urgencia, tal vez donde el llamado aparece poco y lo que aparece más son patologías marcadas por el acto, anorexias, bulimias, cortes, IAE, toxicomanías... O sea, formas de tramitar lo que les está pasando dentro de lo real que no pueden manejar. Intentar explicar a los padres y adolescentes sufrientes, es el desafío que tenemos los psicólogos. Intentar que el elemento desesperado haga un pasaje a un llamado en síntoma bordeando los reales del sufrimiento, y en definitiva, que el adolescente intente construir una historia en relación a lo que le pasa.

Pero vayamos a la serie, ¿qué es lo que le pasa con esta muchacha que se suicida? ¿Se trata de un llamado pronto o se trata de un grito? ¿Puede una muchacha que sufre sin dudas, que es acosada por sus compañeros, que es una muchacha que va a un lugar nuevo y no la reciben demasiado bien matarse por eso? O sea, ¿cada sujeto que pasa por esa circunstancia necesariamente termina en un suicidio? La respuesta es no. Tenemos que escucharla a ella, cuál es su posición subjetiva en torno a eso.

Yendo rápidamente a la cuestión introducida por el personaje central, no se nos escapa, inicialmente, la operación con la cual ella se quita la vida. Se sacrifica con el objetivo de generar culpa en los que la rodean. Por lo tanto es un suicidio muy particular donde ella lo que hace es mostrarle a un otro lo que estuvo dispuesta a hacer por diferentes razones. Trece razones por lo menos. Es un intento de vanguardia de goce que localizan ellos, ellos otros, suponiendo que los encarnan. Es un suicidio como un intento desesperado de llamado al otro.

A lo largo de la serie ella va dejando pistas en donde espera una palabra y una posición del otro que le permita un cambio. Como si esto fuera posible por la iniciativa del otro y no por un posicionamiento y una construcción subjetiva. ¿Qué es lo que ella no pudo hacer? Generar otro tipo de lazo que no le implicara el suicidio. Porque el suicidio está en relación al otro. Considero que eso es lo más importante del suicidio, lo podríamos ubicar más desde el *acting out*, que de un pasaje al acto, por lo menos según mi lectura. La posición de la protagonista es de una entrega pasiva, y nunca desde una interrogación. No hay pregunta ni implicancia subjetiva en Hanna Baker, su vía preferencial es la de esperar algo del Otro, algo que le daría un lugar, una posición permanente en la que ella queda en el lugar de víctima, o sea ella no puede salir de ese lugar, si bien hay *bullying*, hay algo en ella que no puede ser hablado creando una posición muy compleja. Siempre lo que encuentra ella en relación al Otro es la decepción, o sea que su posición subjetiva es la decepción, que lleva hasta el final. Yo creo que se trata de una estructura histérica con un *acting out*, donde ella termina mostrándole al Otro su posición de decepción. Hanna Baker es una mujer decepcionada por el Otro, ella puede hasta pensar que tiene un problema, pero apunta siempre al corazón del otro en su cobardía, en su abuso, en su incongruencia, es decir, señala al otro que goza.

La posición final de abandono de la protagonista señala el encuentro con el goce del otro, sin el recurrir a lo que el campo del deseo podría tratar. Ella se decepciona, desiste y elige morir, posición compleja la de un sujeto que está dispuesto a morir para sostener la decepción del Otro. La protagonista demuestra en su acto más

terrible y singular que el Otro para ella está más presente que nunca y con su castigo, su propia muerte es la que triunfa.

Hanna Baker nos demuestra con su acto, que los suicidios sólo pueden ser leídos de uno en uno.

Luego de esta introducción, abordará la temática la Profesora Adjunta del Instituto de Psicología Clínica, Silvana Contino, Magíster en Psicología Clínica, miembro del Programa Modalidades y Efectos de las Investigaciones Clínicas en Servicios de Salud. Es, además, ex miembro de la Comisión Directiva del Centro de Investigación Clínica (CIC-P).

### **Construcción de la vivencia del problema que aqueja sufrimiento psíquico en los/las adolescentes y sus diferentes modos de encontrarle solución al mismo**

**Autora: Silvana Contino**

El objetivo de la presentación es que a partir de la serie “13 razones” se pueda pensar el sufrimiento subjetivo adolescente. Lo articularé con los resultados de mi Tesis de Maestría sobre la “Construcción de la vivencia del problema que tiene el adolescente y los diferentes modos de encontrarle solución al mismo”. Se intentará visualizar la importancia de la presencia de ciertos factores del entorno que tienen participación al momento de la construcción del proceso de subjetivación adolescente. En oportunidades se centrará la ejemplificación algún aspecto de uno u otro personaje para ilustrar lo que se quiere plantear.

Como para contextualizar: entre los 15 y 18 años se abarca el período de la adolescencia media. El acento de los conflictos se encuentra en la esfera psicológica y relacional (Oliva, 2004; Nin, 2004; Amorín, 2008). Los personajes de la serie se encuentran en este período (17 años aprox). En este período comienza a conformarse la cognición del concepto de salud y enfermedad (Greco, Gil Roales-Nieto, 2007), y tiene inicio la consolidación del autoconcepto de sí mismo acompañado de una percepción más diferenciada del reconocimiento de las características o aspectos personales (Pastor, Belaguer, García Merita, 2006; Salvatierra López, 2005; Martínez Festerazi, 2011). Esto se ve facilitado por la maduración progresiva de las funciones operatorias cognitivas formales (Oliva, Parra Jiménez, 2004; Oliva, Parra Jiménez, Sánchez Queija, 2006; Oliva, Jiménez Morago, Parra Jiménez, Sánchez Queija, 2007).

Cuando el adolescente padece una situación problema o conflicto que conlleva un cierto sufrimiento subjetivo, logran en la mayoría de los casos describir de forma más o menos explícita una serie de asociaciones, ideas, creencias o constructos subjetivos (Krause, 2005), como circunstancias que dan origen a la misma. La descripción del “Construcción del problema” presentado por los datos, es coincidente con los desarrollos teóricos de Krause (2005, 2007) sobre teorías subjetivas. Estos modelos atribucionales o modelos explicativos pueden ser más o menos conscientes sobre la causalidad de la situación problema. Pueden ir desde lo más simple en una lectura mecanicista de causa-efecto a algo más complejo como multicausal y de carácter más sistémico en el que aparece una sumatoria de causas que no están claramente relacionadas entre sí pero hacen a la vinculación con lo percibido como problema (Krause, 2005). Este aspecto es lo que en la investigación referida se dio en llamar con la categorización: “percepción del inicio del problema” a partir de los datos proporcionados en la misma. Este inicio del problema está asociado a uno o más acontecimientos, situaciones críticas, acciones/actitudes de figuras significativas, en algunos casos relacionados con las figuras parentales o las de pares. En la serie es notorio como se resalta este último aspecto.

El autoconcepto (Pastor, Belaguer, García Merita, 2006; Salvatierra López, 2005; Salvatierra López, 2005; Martínez Festorazi, 2011), es un elemento que aparece como componente de la percepción del inicio del problema el que se da dentro de un determinado contexto. Ese contexto hace referencia al contexto familiar inmediato y/o al contexto social cercano de pares. El contexto social de pares suele aparecer como conflictivo cuando no es vivido por el adolescente como apoyo social, siendo el caso en la serie (la “suela o de chica fácil” de Hanna, el “raro, casco y tímido” de Clay).

La “Percepción del inicio del problema”, de acuerdo a los resultados de la investigación, se encuentra acompañada siempre por el componente afectivo y/o emocional. Ante el problema tiene lugar una serie de movimientos por parte del sujeto y/o de su entorno para conducirlo a la “Resolución del problema”.

En los datos recogidos por la investigación “el contexto familiar” es presentado como “conflictivo”, coincidente con los desarrollos teóricos que hablan de los procesos intrasubjetivos y psicosociales conflictivos que tienen lugar en la adolescencia. Es interesante en la serie la forma en que aparecen los “estilos parentales”. Si bien se puede entender que lo que se quiso resaltar en la misma era el mundo adolescente entre pares, llama las presentaciones las diferentes figuras parentales donde algunos son: los invasores, otros ausentes y el asombro de aquellos sobre un

no saber de lo que estaba pasando con sus hijos en otros ámbitos de la vida que no fuera el hogar. Sobre este punto no me voy a explayar ya que Adriana lo trabaja en sus desarrollos.

La caracterización por parte de los entrevistados recogida como datos en la investigación, en referencia a las figuras parentales fue caracterizada como de “dificultades de comunicación”. Aspecto que aparece en más de una oportunidad en la serie, de forma explícita en Hanna, sugerida en Justin y la incomodidad de Clay. Coincidente con alguna de las descripciones teóricas como las de Kancyper (1997, 2005, 2007) sobre ciertos tipos de padres: “hacedores”, “blandos” y “distráidos” y de acuerdo con otra línea de desarrollo teórico, como las de Oliva, Parra Jiménez (2004, 2006) sobre los llamados estilos parentales: en vinculación con el control o monitoreo del desarrollo adolescente por parte de aquellos, pueden ocasionar dificultades en las comunicaciones. Los datos recogidos en la investigación, descritos en referencia a los estilos parentales son presentados como figuras parentales con actitudes de intromisión, poca presencia, hasta rechazantes. Se recoge que los afectos que acompañan este “clima familiar” son de desconfianza, soledad y desprecio, en algunos casos, lo cual influyen como para que la comunicación no esté justamente orientada a las figuras parentales.

Las cosas no son tan simples. La dificultad en la comunicación no se basa en el clima familiar solamente. El análisis de proceso de los datos, procedimiento de análisis en el análisis de datos de una investigación cualitativa, evidencia cómo ciertas condiciones de orden afectivo, que acompaña la vivencia del problema: como la confusión, incomodidad, desconfianza, ansiedad/angustia, desprecio, enojo, rabia, envidia, cansancio, aburrimiento, culpa, celos, soledad, tristeza, depresión, hasta el miedo y el dolor, conforman estructura para que las acciones de los adolescentes vayan más en la línea de tratar de dar respuesta a lo que les sucede desde conductas más pasivas y solitarias, como las de mantener en silencio los problemas, no toman en cuenta el entorno.

La posibilidad de utilizar los recursos del entorno se logra cuando se percibe la presencia de los apoyos pero vividos como tales y la respuesta que reciben de los mismos. Esto último permite un cambio en la percepción subjetiva del adolescente de las condiciones contextuales hasta el momento.

Cuando el contexto social cercano de pares es vivido como conflictivo, genera afectos en una línea dimensional como: desconfianza, desprecio, molestia/enojo,

soledad, denunciando sufrimiento. La teoría marca que la urgencia de los adolescentes por conectarse a otros vínculos oficia como modelos auxiliares o rivales en la búsqueda de un lugar en la vida adulta (Nin, 2004; Cao, 2013).

Las acciones implementadas por los adolescentes para poder resolver al problema pero no implican la utilización del recurso social, se presentan en la línea de la “huída” del ámbito familiar o el ausentismo (Justin en la serie) “evitación” del contacto, aislamiento físico o del retraimiento en los vínculos familiares. Otros intentos más activos, pero que no toman en cuenta tampoco el entorno y pueden ir hasta contra el propio adolescente, son los cortes en el cuerpo y los IAE. Estas conductas se encuentran en el contexto de la intensidad de significaciones afectivas como la depresión, tristeza, culpa y vergüenza. La dificultad para afrontar los conflictos, acarrea problemas emocionales, conductuales y problemas de salud con ánimo depresivo. Aquellos que emplean conductas pasivas, evitativas y retraídas, presentan mayor riesgo, señalan los estudios de Barra, Cerna, Kramm y Véliz (2006).

Los afrontamientos como los cortes en el cuerpo e IAE, se encuentran dentro de lo que Krause (2005) plantea, intentos de afrontamiento privados fallantes. El sujeto ha llegado a un nivel de desborde en su carga emocional, a la desesperación, poniendo en juego lo corporal. Los entrevistados plantean: “me corté, quería lastimarme, sentía rabia”, “no sé, necesitaba... descargarme, desahogarme y yo era la manera que había encontrado”, “tomé pastillas quería.... lo único que quería era morirme, .... no quería saber nada con la vida”, “quería dormir, nomás, para no sufrir más le causaba problemas a todo el mundo entonces.. me ponía mal”. La presente forma de resolución del problema hace entrar a otros actores sociales como los equipos de salud que intervienen en estas situaciones límites. Las acciones precedentes hace que los profesionales actuantes oficien como apoyos que implican lo que Krause (2005) llama: “control social”. Se hace público el propio problema y se da lugar a que otros brinden ayuda como también intenten controlar el propio proceso de afrontamiento instrumentado por el sujeto.

Los apoyos emocionales que aparecen en los datos de la investigación, se buscan en la red social de pares la: “distracción” con amigos o familiares, oficiando como reguladores de los factores estresantes y/o angustiantes. Son calificados como de diversión/distracción, confiables/continentes: “me aguantan la cabeza”, “me hacían reír”, “me distraían”, “me tranquilizaba”. Esto también aparece en la serie en varios momentos: los pactos entre Alex, Hanna y Jessy, en la cafetería, los encuentros entre Alex, Barcy, Justin y los otros con los juegos con el alcohol.

Cumsille, et al. (1994), Krause (2005), Barra, et al. (2006), Orcasita Pineda, et al, (2010), describen que los apoyos sociales en la adolescencia offician como apoyos emocionales cuando son personas cercanas o pertenecientes a la propia red social del sujeto que proporcionan apoyo. La vinculación del apoyo social con el proceso de estrés psicosocial y sus consecuencias es ampliamente reconocida, se considera la función de aquel como atenuadora de los efectos de los problemas cotidianos de los adolescentes y su estado emocional.

El mundo adolescente actual donde es difícil tolerar el dolor, la importancia de se le da a la imagen puede officiar como soporte o ser desbastadora. Los difusos límites entre lo privado y lo público, los vínculos sociales son superficiales o “complicados”, como nos dice la serie. Las instituciones donde a veces no offician como apoyos instrumentales, ya que siguen protocolos y no escuchan al sujeto que sufre. Los estilos parentales que no facilitan la comunicación, monitoreo y negociación, los apoyos sociales percibidos de los pares son vulnerables y por momentos insuficientes, por el solo hecho de estar en el mismo proceso, las redes sociales fomentan la inmediatez de los hechos, su difusión y en ocasiones, vehículo de una vida sin proyecto y sin sentido ni motivación, dejan al proceso adolescente en riesgo y con ciertos vacíos al momento de subjetivación.

**Jorge Bafico:** Continúa con su exposición la Profesora adjunta del Instituto de Psicología Clínica, Adriana Tortorella. Magíster en Psicología Clínica, coordinadora del Programa Modalidades y Efectos de las Investigaciones Clínicas en Servicios de Salud. Encargada del Servicio de adultos e integrante del equipo de coordinación y gestión del Servicio de Atención Psicológica Preventivo (SAPPA) de la Facultad de Psicología.

## Presentación

**Autora: Adriana Tortorella**

Esta es una serie de alto impacto para todos, educadores, docentes y también para los padres. Nos interpela en varios sentidos y en lo relacionado a lo que acontece hoy en la clínica con adolescentes.

Partimos de la base de que la adolescencia es una construcción socio cultural. Por lo tanto, cuando vemos estas cosas no tenemos que pensar solamente en qué le pasa a los adolescentes, sino pensar que es lo que le está pasando a nuestra sociedad.

Porque esto da cuenta de una contemporaneidad diferente en la que todos somos parte de ella.

En esta ocasión y a propósito de la temática que nos convoca a reflexionar en este simposio, compartiré algunos hallazgos que son resultado de mi investigación de mi tesis de Maestría sobre las consultas por adolescentes en un Servicio Universitario que brinda atención psicológica a funcionarios de un organismo público en salud.

Encaro esta investigación porque cuando me integro al servicio comienzo a visualizar la importancia de poder analizar las características de la consulta de la población adolescente, sobre todo teniendo en cuenta que para el Programa Nacional de Salud Mental de nuestro país es una de las poblaciones objetivo para la atención en Salud Mental. En este caso mi casuística contempló la franja entre los 15 y los 19 años de edad inclusive.

Y cuando empezamos a intercambiar con docentes colegas sobre el sufrimiento adolescente y cómo se caracteriza en la actualidad, nos encontramos con que surgían determinados aspectos en relación a las problemáticas adolescentes, pero que éstas no habían sido aún sistematizadas.

Los adolescentes son uno de los grupos de la población vulnerable en nuestro medio, lo que se traduce en comportamientos, actitudes o ciertos niveles de sufrimiento psíquico y social que preocupan a sí mismos y a sus adultos referentes.

De hecho, es lo que se observa en lo que le pasa a Hanna en la serie “13 razones”. A través de la narración del audio, Hannah revela su dolor y el sufrimiento acerca de cómo cae en la depresión que finalmente la conduce a su muerte. Se observa el intento de escapar del sufrimiento psíquico pero no encuentra el apoyo ni la contención necesaria de su entorno que hubiera podido evitar tal desenlace fatal. No encuentra el apoyo suficiente de su entorno familiar y social ni tampoco de la institución educativa.

En esta investigación trabajo con las historias clínicas y también realizo entrevistas a los profesionales que habían trabajado y estaban trabajando en ese momento con adolescentes. Realmente fue una casuística importante; las historias clínicas son del año 2002 al 2012. La serie la vi hace unos meses y realmente me hizo pensar mucho en los resultados encontrados.

Son tres los aspectos que destacaría como más significativos: Uno que tiene que ver con la problemática de la soledad y la vulnerabilidad.

Se identifica en la investigación la problemática de soledad en forma reiterada. Ponen el énfasis en una soledad real que refiere a escasa o no presencia de los padres, y no tanto respecto a la vivencia psíquica de la soledad. Muchos de estos padres por razones laborales estaban fuera de sus hogares por largas jornadas diarias, dos o tres turnos de trabajo, lo que llevaba a que estos adolescentes quedaran solos o a cargo de sus hermanos menores.

Aparece el concepto de vulnerabilidad, dejándose de lado la vivencia de los adolescentes y la actitud de los padres frente a ello. En este caso se observa el escaso apuntalamiento familiar. La vulnerabilidad expresada denota ciertos niveles de desprotección o desvalimiento. Son contextos familiares complejos que han llevado a que muchos de ellos en etapas tempranas de su infancia quedaran varias horas solos en su casa. El desamparo en el sentido de abandono, falta de protección, desvalimiento, que es expresado de distintas formas en las historias clínicas y en las entrevistas a los profesionales. Y parte de esto es lo que observamos en Hanna, la vivencia de soledad y el sentimiento de desprotección por parte de los referentes de su entorno, que la llevó paulatinamente a la depresión y muerte.

Un segundo aspecto importante que se observó tiene que ver con la violencia. Violentos y violentados.

Los entrevistados reflexionan sobre cómo la violencia atraviesa los vínculos de estos adolescentes, exponiendo varios casos que permiten conceptualizar y dar sentido a esta problemática por demás compleja.

Es importante poder analizar la violencia en la población adolescente desde sus múltiples sentidos.

En medio de las transformaciones corporales y por el lugar que ocupa dentro de la familia y la sociedad, el adolescente muestra la complejidad de su organización psíquica y los riesgos posibles de descompensación mental.

También, se introduce el tema del aislamiento en los adolescentes y cómo en algunos casos se puede dar también la “ruptura” en el vínculo con sus pares.

Varios autores han planteado que el aislamiento suele ser una conducta propia del adolescente, de todas maneras y en los contextos actuales es imprescindible tomar en cuenta además cómo se da ese repliegue, cómo es su forma de vincularse en sus diferentes espacios, para poder valorar clínicamente las características de ese aislamiento.

En ocasiones, estas conductas son de “riesgo” y tienen su origen en las vivencias de desamparo. Otras veces se traduce a través de un grito o a través de una puesta en acto como fue el caso de la protagonista Hanna dado que lo se puso en juego fue su propia vida.

No siempre se reducen a un juego simbólico con la eventualidad de morir o de enfrentarse violentamente al mundo, a veces también se manifiestan discretamente, en silencio, pero ponen en peligro las potencialidades del joven, alterando en profundidad sus posibilidades de integración social, su amor y sentido por la vida.

Esto nos lleva a reflexionar y a estar “atentos” no sólo a lo que parece hacer ruido y se visibiliza sino también a las conductas silenciosas de aislamiento que también “hablan” por sí solas.

El tema muchas veces no es sólo la situación de riesgo, sino el sufrimiento del que busca salir y la dificultad para encontrar su lugar en el mundo. Problema no menor para un adolescente.

Y el tercer aspecto significativo encontrado es la depresión en adolescentes, en parte como forma de expresión de un mundo hostil.

Escuchamos cómo la depresión es una de las problemáticas detectadas por los profesionales y que en muchos de los casos se encuentra asociado a otras conductas o sintomatología.

En muchos casos estos adolescentes estaban medicados y llegaban a la consulta psicológica derivados por el médico psiquiatra.

Observamos el sufrimiento adolescente y los sentimientos frente a la incertidumbre. También las pérdidas.

Ya no era posible apoyarse en los padres que tenían respuesta para todo. Esa tonalidad depresiva experimenta intensidades diferentes según los momentos que atravesase y los contextos familiares.

Algunos tienen lo que se denomina “experiencia de despojo”, de ser arrancados de su infancia y simultáneamente de reconstrucción de sí mismo. Es una confusión del sentimiento de identidad.

Es fundamental que los adolescentes puedan encontrar su centro, sus límites de sentido que en principio puedan ser establecidos por sus padres u otros referentes para él.

Nos preguntamos, ¿qué transmitir en un mundo que privilegia la velocidad, la urgencia, la flexibilidad, el reciclaje? El valor del “ya fue”, “si pinta”, lo fast, el zapping, el surfing, en donde el estar conectados, les crea la ilusión de la “privacidad” y el anonimato.

Sin lugar a dudas, las innovaciones tecnológicas están impactando en las familias, en los adolescentes y sus padres, en el sistema educativo, en los educadores y en la vida misma.

Tengamos en cuenta que venimos atravesando significativos cambios culturales. Son nuevos paradigmas, nuevas generaciones, por lo que acompañar a nuestros jóvenes en las nuevas formas del “ser” y “estar” en el mundo es fundamental, dado que permitiría que la brecha generacional no se expanda de tal forma, que no quede posibilidad de “tender puentes”.

**Jorge Bafico:** Seguidamente, la ponencia de la licenciada Laura de los Santos, Magíster en Psicología Clínica, integrante del Instituto de Psicología Clínica, docente de la UCO de Psicopatología. Psicóloga del Centro Psicosocial de ASSE en Pando y psicoterapeuta en el Centro Psicosocial Sur Palermo.

### **Trabajo: Crónica de una adolescente que decide morir**

**Autora: Laura de los Santos**

El objetivo central de esta presentación no es el de dar una exposición teórica ni una divulgación académica científica acerca del suicidio en adolescencia, sino, el de

reflexionar e interrogar sobre algunos de los móviles y motivaciones conscientes, inconscientes que pueden conducir a un/a adolescente a consumir un intento de autoeliminación. Un poco la presentación de esta crónica de una adolescente que decide morir.

Es a partir de una ficción filmada, basada en una novela escrita por Jay Asher (2007) que, tomada a modo de ejemplo clínico, nos convoca hoy a pensar una realidad que conmociona y que abarca la principal causa de muerte de adolescentes entre 14 y 19 años en nuestro país. Se trata de una realidad que a partir de la ficción filmada en la serie “13 razones por qué” (2017) nos interpela como trabajadores de la Salud Mental y como docentes Universitarios para construir algunas hipótesis, a modo de respuesta posibles a una problemática familiar, social y sanitaria del Uruguay, que toca así lo intra, lo inter y lo transubjetivo.

La novela “13 razones por qué?” (2007) muestra el recorrido de su protagonista, Hannah, quien realiza un intento de autoeliminación (IAE), menos contundente que en la serie, con ingesta de pastillas. Esta novela nos sitúa en el contexto de una década atrás y nos atraviesa con el impacto de un intento de suicidio desde la palabra escrita de un texto. La novela nos posiciona como lectores activos en un proceso de elaboración, de imaginación y de simbolización distinto al de los espectadores de imágenes de una serie filmada casi diez años después. Es casi una década la que separan a una versión de otra acerca de una misma historia, década que no queda excluida frente a los cambios en torno a las dialécticas entre el mundo íntimo, privado y el mundo público, compartido, y entre el peso de la imagen y la hiper-conectividad virtual a la que asistimos actualmente.

El devenir en capítulos de la serie desarrolla el proceso de Hannah hacia la consumación de su muerte, con un método contundente como el cortarse las venas en una bañera. Es un acto autoagresivo que impacta con la espectacularidad de la imagen que recibimos como espectadores y que la protagonista también decide desplegar en las cintas que reparte por algunos otros elegidos de su entorno. Novela y serie filmada que son dos versiones y dos tratamientos distintos de una misma historia: el suicidio de una adolescente y el golpe tanto familiar como fraterno en su grupo de pares, y también social en su institución educativa, que ese acto conlleva para los otros.

La historia nos interpela a pensar por qué y nos hace tanto víctimas como victimarios de esa muerte, en el despliegue de escenas a ser miradas y escuchadas, que

hacen público algo del mundo privado de Hannah y que ella misma expone en las cintas que reparte. Podemos pensar ese despliegue de cintas como un movimiento de involucramiento histriónico, teatral, o como un movimiento perverso al sacar del cauce íntimo y privado al intento de autoeliminación, hacia un acontecimiento agresivo, hostil y comprometedor para los otros significativos de su historia.

Serán más o menos trece las razones que irán involucrando a esos otros convocados y elegidos por Hannah para participar de la decisión que ella toma, con toda la carga de significación que ese número trece nos propone: la mala suerte, el mal augurio, propiciador de la muerte para los nórdicos, pero también la diosa Freya del amor para los germanos, y la rebelión hacia Jesús y los pecados para la Biblia (Porto-Merino, 2008).

Pero todo esto transcurre nada más y nada menos que en un momento crucial en la vida del sujeto: la adolescencia, momento de crisis, de cambios, segundo momento, al decir de Freud (1926) de resignificación de la conflictiva infantil y los traumas edípicos y sus legados en la constitución de la identidad y las identificaciones secundarias que constituyen nuestra subjetividad y nuestras elecciones de objeto. Kancyper (2013), tomando a Balthus, va más allá y nos habla de la complejidad que conlleva pensar sobre la adolescencia, el dramático caos que implica esta etapa en el sujeto y su entorno, la pérdida de la ingenuidad, que podríamos asimilar a gran parte del mundo infantil, y a la desgastante confrontación generacional y fraterna que se da, entre padres e hijos, entre hermanos y entre los pares y las instituciones. En este período vital plagado de cambios, pérdidas, temores e incertidumbres frente a lo nuevo y lo desconocido, que oscila entre el mundo infantil y el adulto, las reacciones depresivas son frecuentes, ya sea en sus manifestaciones clínicas directas de tristeza y apatía, como en sus equivalentes de alteraciones conductuales y agresivas. Hay una esencia o núcleo común en todas las manifestaciones depresivas, según lo expone Hugo Bleichmar (1997), que tiene que ver con los sentimientos de desesperanza e impotencia para la realización de un deseo, que en este caso-ficción tiñen varios de los caminos de entrada a la depresión, como este mismo autor plantea. Se trata de distintas vías posibles que articularán y encadenarán diferentes componentes, que ofician interrelacionados como distintas condiciones causales para alguna manifestación depresiva (Bleichmar, 1997). Estas vías o caminos de acceso a la depresión son para este autor: los trastornos narcisistas, la agresividad, la culpa, la realidad traumática, el masoquismo, las fobias, las angustias persecutorias, la identificación con padres depresivos y el déficit yoico.

La historia de Hannah está atravesada por el desengaño amoroso en un triángulo sentimental del cual queda por fuera, por el acoso, los celos y el abuso sexual, y por el fracaso de un proyecto académico sabotado por otros, y también por las discusiones con sus padres. Es una historia que no se aparta de la realidad de muchos adolescentes pero que en Hannah dejan una cicatriz profunda en su autoestima. El inter juego de los estresores que padece por parte de su ambiente y su umbral particular de predisposición, que sobre determinan su conducta suicida, al decir de Gabbard (2000), la hacen flaquear ante estas embestidas, mostrándonos así al menos la vulnerabilidad de su homeostasis narcisista.

Un psicoanalista uruguayo, Daniel Gil (1995) nos recuerda uno de los principales problemas a los que se enfrenta el sujeto según Freud: el tema narcisista por excelencia de la pérdida del amor. Y como el narcisismo se manifiesta y es en un yo que pasa desde el extremo de la megalomanía al de la autodestrucción y el odio al extraño. “El narcisismo no es un exceso de amor a sí, sino una insuficiencia del amor del otro” (D. Gil, 1995:33). El yo es narcisista y necesita de los otros para constituirse en el proceso de la identificación primaria, e incluso para subsistir en los momentos de su indefensión inicial cuando el bebe viene al mundo. El vínculo con los otros salva al yo de enfermar va a decir Daniel Gil (1995) rescatando lo básico de Freud.

¿Qué pasa con Hannah que se frustra y sufre al punto de recurrir a los otros recién después de haber decidido morir? Sería una de las preguntas que nos acercaría con su respuesta a la dolorosa confirmación del predominio de sus impulsos tanáticos y autodestructivos frente a los vitales del amor. Equilibrio narcisista que se quebró y soltó sus lazos con los otros y al que asistimos tarde solo cómo meros espectadores de una decisión ya consumada.

Una paciente joven que se salvó de un IAE me dijo: “Si se hubiera querido matar mi hermana yo ¿hubiera dicho que era una loca de mierda que se quiso matar como mi madre dijo de mí? No.”

### Preguntas del público

**Asistente:** Con respecto a las prohibiciones, ¿qué tan cierto es el efecto del contagio del suicidio y qué tan interpelados pueden sentirse los adultos, de que los chicos vean la serie y sentirse un poco señalados con el dedo?

**Laura de los Santos:** Con el suicidio hay ciertos estudios que muestran que es mejor no publicar las estadísticas. Los casos en nuestro país son históricos. Nosotros tenemos una alta tasa de suicidios, que por día es más de uno. Sin embargo los medios de comunicación, si bien realizan toda la exposición con determinadas situaciones íntimas, de este tema se habla muy poco. Y no tiene que ver con el tabú imaginario, y con los prejuicios sobre este tema, sino que hay una presunción natural de este fenómeno: el contagio. Parece que si uno divulga esto, va a generar como una réplica.

**Adriana Tortorella:** Como tú decías es una presunción. Considero es un imaginario en realidad. Padres de adolescentes me preguntaban preocupados si ver la serie les haría tener intentos de suicidio. En realidad los chicos ya la vieron. Tengamos en cuenta esto que yo les decía de esa brecha que se abre, en el sentido de que muchos padres sienten que hay cosas que sus hijos manejan, por ejemplo las redes sociales, y donde ellos sienten que quedan afuera. Y no es solo un sentimiento, es que quedan afuera. En realidad, esos chicos ya vieron esa serie, ya vieron los comentarios, el tráiler, todo. Lo importante acá es trabajar con esos padres en relación a los miedos. Yo creo que pasa un poco por ahí.

**Silvana Contino:** Yo quería apoyar en parte lo que plantea Adriana, en lo que nos interpela en nuestro rol como profesionales. El poder trabajar con estos padres en función de estos miedos. Por otro lado, y sin embargo, no podemos ser desconocedores de que en las redes sociales, hay inclusive páginas, en las que los adolescentes se pasan las formas de cómo matarse. Hay todo un fenómeno sociocultural del mundo adolescente donde esto circula y está presente, y donde García Canclini, que habla de conectados y desconectados, dice que los jóvenes que son desconectados en realidad están fuera del mundo adolescente. El mundo adolescente hoy es la conexión.

Nosotros no podemos olvidar que también hay investigaciones. Esto es un punto bisagra en que nosotros como profesionales de la Salud tenemos que trabajar en un hilo muy fino de la singularidad de cada adolescente. Porque, por un lado, es cierto que los adolescentes buscan el apoyo de los padres y cuando están solos con ciertas vulnerabilidades, pueden mirar como soluciones estas situaciones, pero no todo adolescente emprende. Por eso estamos en la singularidad. Y creo que es esto lo que nosotros tenemos que escuchar como profesionales de la Salud. No es erradicar las publicaciones. Es importante y nos interpela como profesionales, pensar e investigar también sobre este punto.

**Asistente:** También es muy importante el lugar que juegan las instituciones en estos casos. En otras de las conferencias se hablaba del MSP, las guías para poder prevenir y estar atento a las conductas que pueden ser signos de alerta, de un posible intento de autoeliminación. Y me parece que en la serie se ve eso, después el suicidio de Hanna, la institución actúa horrible. Empieza a haber cursos de “no estés triste, no te suicides”. Y también le falta algo a la serie algo de crítica de qué es lo que hace que se suiciden los adolescentes, algo más macro, como las relaciones que se están dando hoy en día en la sociedad. Me parece súper importante que se considere en esas investigaciones las relaciones con los padres. Porque también la serie es muy *yanquee*, entonces traspolarla a la situación de Uruguay es diferente. Son condiciones diferentes, no tenemos los mismos suicidios de clase alta que de clase baja. Por eso la subjetividad de cada adolescente y de cada suicidio es importante.

**Adriana Tortorella:** Esto que decís es muy importante, porque Hanna pide ayuda. Otros movimientos que hace de hablar con amigos, hacerse amigos nuevos, va a hablar con un orientador a la institución. Y en realidad no hay una escucha del orientador, no puede escuchar qué es lo que está pasando. Sin lugar a duda tenemos que tener en cuenta esto de que hablamos de las adolescencias. Lo decía Viñar en el libro “Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio” (2009) todos los adolescentes la viven distinto, por eso hablamos de las adolescencias y por tanto sin duda hay que poderlo articular con la historia personal y todo lo social. Teniendo en cuenta que realmente la adolescencia es una construcción social, entonces lo tenemos que leer a la luz de la contemporaneidad.

**Silvana Contino:** Hay muchos jóvenes que buscan apoyos institucionales, pero a veces las instituciones tienen protocolizada determinadas cuestiones que lo que no escuchan es el sujeto en su singularidad. El sujeto queda perdido, eso no lo vive como un apoyo, al contrario lo vive como una expulsión. “A qué voy a ir, si no me va a escuchar” y esto aparece muy frecuentemente. Entonces también está nuestra posición. Y todo lo que implica la institucionalidad, las instituciones educativas frente a todo esto también. Como bien decís tú, la serie es muy *yanquee*, el manejo de la situación es lo que deja también permitir, dentro de la institución, a posterior de la muerte de Hanna, las imágenes, como si estuviera lo ausente de lo presente. Es un tema complejo. Ella sigue presente después de la muerte.

**Asistente:** Yo la vi a la serie, y en el último capítulo dice: “voy a darle una última chance a la vida y va a hablar con el consejero” y él no la escucha. A mí, me parece lo más preocupante de la serie el mensaje que da de que los adultos no escuchan.

Porque los padres no la escuchan, los adultos y el consejero, con esa última chance a la vida, tampoco la escucha. Entonces a mí me parece que ahí entramos nosotros en mostrar que sí estamos para escuchar y que vamos a dar una mano en esas situaciones. Creo que puede ser grave en el inconsciente el efecto de mostrar que los adultos no escuchan siempre. Que no es todos así.

**Jorge Bafico:** Está bien lo que decís, lo comparto, pero también pienso que la serie no deja de ser el discurso de un sujeto que sufre y que hace una ficción de lo que le pasa, como todos. Cuando uno va a un análisis uno hace una ficción de lo que le pasa que no necesariamente es el verdad objetiva. Qué quiero decir con eso, probablemente a Hanna le pasó todo eso, pero también ella estaba en una posición que refuerza permanentemente esta idea del otro me decepciona. Entonces también hay que pensar que lo que ella está planteando todo el tiempo es la misma posición subjetiva de la cual no puede salir. Digo porque ahí también es la singularidad de ese sujeto que tampoco permitió que lo ayudaran. Es muy terminante en su posición subjetiva, morir para triunfar. Y eso me parece que es una lectura que podemos hacer.



08



## Simposio

# Clínica e Interdisciplina en Instituciones

El rol del psicólogo clínico en un servicio de emergencia de un hospital psiquiátrico

*Geraldina Pezzani*

Clínica, Interdisciplina e Instituciones: un trabajo conjunto

*Silvana Contino*

Clínica e Interdisciplina en Instituciones

*Alicia Muniz*

Presentación

*Inés Sotelo*

## Simposio Clínica e Interdisciplina en Instituciones

### Coordinadora: Mercedes Couso

Soy docente del Instituto de Psicología Clínica. Me tocó coordinar esta mesa con cuatro mujeres quienes he compartido algún trayecto de trabajo en conjunto en la investigación, en la docencia o en coordinación. La idea es poder entablar un diálogo compartiendo la experiencia relacionada a la formación en la docencia, en recursos humanos, el trabajo de la docencia en Servicios de Salud y demás temáticas que iremos trabajando.

La primera expositora será Geraldina Pezzani, quien es Profesora Adjunta del curso de Psicopatología del Programa de Estudio sobre las Psicosis; es además, Magíster en Psicología Clínica, y su tesis de maestría fue sobre pacientes de puerta giratoria en el Hospital Vilardebó, un hospital psiquiátrico. Además de ser docente, es psicóloga del Hospital Vilardebó y trabajó muchos años en la sala 26, así como en la sala 16, de seguridad de mujeres. Actualmente está desempeñando su cargo en la emergencia, lugar interesante en relación a la exposición de la Dra. Inés Sotelo, donde se trabajó algo cómo separar la emergencia y cuando hay urgencia, partiendo de que siempre hay urgencia cuando escuchamos lo que escuchamos, en cualquier de los ámbitos que despleguemos nuestra clínica.

### Trabajo: El rol del psicólogo clínico en un servicio de emergencia de un hospital psiquiátrico

Autora: Geraldina Pezzani

Voy a hablar algunas generalidades del Hospital Vilardebó para introducir el marco en el que se desarrollan esta práctica. Es una práctica en el hospital, el cual es monovalente y es el centro de referencia nacional en Salud Mental. Tiene una dotación de 200 camas y se define como un hospital de agudos, supuestamente centrado en internaciones breves, o por lo menos de para la estabilización de la sintomatología y del motivo de internación.

En mi caso, he trabajado a lo largo de muchos años en distintos servicios y últimamente además del trabajo en sala, estoy en emergencia también.

El Hospital Vilardebó se establece como un hospital de agudos a partir del año 1996, por lo que antes era una estructura más bien asilar. Actualmente hay dos estructuras grandes asilares, que son las colonias Encepare y Santín Carlos Rossi, las cuales reciben a los pacientes crónicos que no poseen un sostén externo que posibilite su residencia en otro lugar. Ahora bien, el Hospital Vilardebó dista mucho de ser un hospital de agudos, es también una estructura asilar al estilo del antiguo modelo de Salud Mental, así como también un hospital judicial, en la que se realiza la internación de muchos pacientes por disposición del juez que permanecen internados más allá del área psiquiátrica, con oportunidades y consecuencia iatrogénicas. La gran cantidad de pacientes judiciales y los denominados pacientes sociales determinan que el número de las denominadas camas de agudos reales se vea

muy reducido. Este aspecto ha llevado a periodos de terciarización en sanatorios privados de la única habitación de situaciones agudas, debido a la falta de camas. Esto lo planteo por que es parte del ambiente de trabajo y sobre todo de la puerta de emergencia, donde muchas veces lo que se está definiendo es la hospitalización.

### **El trabajo del psicólogo clínico en la puerta de emergencia del hospital psiquiátrico**

La concepción subjetiva planteada por la psicoanalista Inés Sotelo en la conferencia inicial de estas Jornadas es aplicable a distintos ámbitos, como a la internación en sala, a las consultas en policlínicas, es decir, no se circunscribe a un trabajo en un servicio de emergencia hospitalario. De todas formas, es a partir del trabajo de emergencia en el hospital que surgen algunas cuestiones que me gustaría plantear aquí. Para empezar, la presencia de psicólogos clínicos como parte del equipo asistencia de la emergencia es algo relativamente nuevo, tiene aproximadamente cinco años. Estos son psicólogos que también trabajan en sala de internación, por el momento no hay ningún cargo con dedicación exclusiva para la emergencia.

La presencia en emergencia es una conquista de los psicólogos en el Hospital Vilardebó. Dicho pedido era cuestionado por las autoridades, quienes planteaban que los pacientes agudos de emergencia no estaban en oportunidad de una intervención psicológica. Eso fue un debate de mucho tiempo, pero que al final se logró generar algunos cambios y la posibilidad de comenzar a trabajar allí también.

Como fue planteado en la conferencia de la Dra. Sotelo, el concepto de agudeza desde el punto de vista médico es diferente con el tipo de urgencias que tratamos los psicólogos. En emergencia del hospital hay muchísimas situaciones en las que puede intervenir un psicólogo clínico; me han comentado que han habido anteriormente trabajos de psicólogos en el hospital Maciel, me decía Mercedes Couso en puerta de emergencia que han habido otras experiencias. Pero esta del Hospital Vilardebó es la que yo conozco como la más sostenida en el tiempo, como instituida y reconocida por la institución.

Venimos construyendo un lugar e inventando dispositivos de trabajo en las emergencias, siendo parte de esta construcción que surgió de dialogar y conocer experiencias de otros países, en las que hay un mayor desarrollo de estas prácticas. El servicio de emergencia del hospital Vilardebó se especializa en urgencias psiquiátricas, siendo el único en su tipo a nivel nacional. Consta de 20 camas de internación en sala de observación, así como también tiene consulta externa.

Las guardias son atendidas generalmente por psiquiatras, un residente de psiquiatría y un médico de medicina general, así mismo también trabajan allí tres licenciados de trabajo social, una psicóloga y un residente de psicología. Los psicólogos cubrimos habitualmente cuatro horas diarias; en un principio había un psicólogo diferente todos los días, pero después se planteó desde la jefatura del Departamento de Psicología que es mejor otorgar una continuidad en los procesos, sobre todo en los pacientes que tienen hospitalizaciones breves en observación, por lo que es preferible que sea el mismo psicólogo quien trabaje todos los días, así como sucede con los trabajadores sociales.

En cambio, la guardia médica y la psiquiátrica sí cambian todos los días, y sí hay presencia de Psiquiatría y de Medicina General las 24 horas del día, a diferencia de psicólogos y asistentes sociales, que estamos cuatro horas. El servicio de emergencia, entre otras cosas, es donde se define la hospitalización de los pacientes en la sala de internación del Hospital, pudiendo permanecer unos días en sala de observación previamente. El Hospital tiene aproximadamente 2000 consultas al mes, últimamente se ha visto desbordado por la falta de profesionales de la Salud Mental en algunos centros de salud, así como la falta de derivación en esos otros centros comunitarios. Las grandes esperas de meses para la consulta con el psiquiatra y mucho más tiempo aún para consultar con el psicólogo de policlínica, hacen que el servicio de emergencia reciba consultas para repetición de medicación y controles que no corresponden a una situación de agudeza, cuya atención hubiese sido pertinente en policlínica. En un momento donde la reforma de la Salud Mental nos habla de garantizar la atención en la comunidad y la descentralización, por el momento parece estar sucediendo todo lo contrario: policlínicas desbordadas, desabastecidas y personas yendo como por un embudo al servicio de emergencia del Hospital.

Estas carencias a nivel comunitario hacen que algunos pacientes desarrollen un lazo especial con el Hospital, es decir, en relación a aspectos transferenciales con los técnicos con los que trabajan y con la institución como único lugar donde alojan su pedido de ayuda u ofrece alivio a su padecimiento. Sería deseable, con la implementación de nuevos dispositivos en el contexto de reforma de la Salud Mental que estamos transitando, que se hagan estructuras de atención alternativas. Sería pertinente, por ejemplo, crear servicios que estén disponibles las 24 horas con presencia de equipos de Salud Mental interdisciplinarios. El concepto de disponibilidad es muy importante con pacientes graves, a veces hay situaciones críticas que pueden resolverse sin hospitalización, pero es necesario descentralizar los servicios para que todos no recaiga siempre en los hospitales. Esta disponibilidad es parte del dispositivo

de trabajo en la emergencia, donde muchos de los pacientes que hemos atendido saben que pueden encontrarnos allí si quieren hablar con nosotros.

Yo veía que una de las particularidades de la emergencia es que está siempre abierta, entonces eso hace con que se vuelva un lugar de referencia para muchas personas. Los psicólogos no estamos siempre allí, pero los usuarios comienzan a saber nuestros horarios o nosotros le decimos que estaremos a determinada hora, y eso genera un flujo de consultas.

### Organización, trabajo e interdisciplina

La intervención de la urgencia implica el trabajo en crisis, en la ruptura, cuando algo se movió en la existencia del sujeto. Una determinada manera de funcionar en el mundo dejó de ser eficaz y es un momento privilegiado para producir otro ordenamiento posible, otras maneras para estar en el mundo. Estas crisis muchas veces tienen la vivencia ruidosa, que hace que todo se movilizara por la presencia de diferentes tipos de actuaciones, intensificación de síntomas productivos en las psicosis, etcétera.

Un aspecto importante del trabajo clínico es situar un desencadenante de la situación en cuestión, y poder de alguna manera circunscribir, delimitar con el sujeto ese evento desencadenante que muchas veces no es reconocido para el paciente. Otro aspecto que a veces es parte del trabajo clínico es lograr enlazar el evento o situación con otras situaciones de la historia del sujeto que, de alguna manera, son movilizadas o ponen actualidad en virtud con la asociación de la situación conflictiva.

Se trata de abrir un lugar donde el sujeto pueda producir un decir sobre su sufrimiento y poder abrir a la posibilidad de generar un movimiento; son intervenciones que implica un número reducido de entrevistas y a veces una única.

Trabajamos intentando hacer derivaciones a las policlínicas y centros de salud comunitarios cuando vemos algún paciente por una o dos entrevistas tratando de continuar dentro de lo posible con los psicólogos de los centros de salud. Pero la red no está presentada. A veces uno hace un pase hacia la nada. En ese sentido, me he encontrado con muchos artículos que hablan de algo que en Estados Unidos llaman el síndrome de *Falling to the cracks*, cayendo entre las grietas del sistema de salud.

Yo creo que un aspecto importante sería poder armar una red. Hay que tejérla.

Ahora bien, ¿cuáles son las situaciones que generalmente son derivadas a los psicólogos? Crisis de angustia, paciente con diagnóstico con trastorno de la personalidad, con diversos niveles de actuación, con sintomatología disociativa o conversiva. Estos son pacientes que nos llegan más frecuentemente por derivación a nosotros, después a emergencia llegan otra cantidad enorme de situaciones. Los pacientes que realizan IAE, si bien que constituyen un grupo muy heterogéneo, hay un mandato que determina que sí o sí deben ser vistos por el psicólogo en la emergencia, ya que esto está vinculado a las prestaciones del Sistema Integrado de Salud y cómo son una población objetivo prioritaria, al Hospital se le impuso que todos los pacientes con IAE deban ser vistos (lo que genera una gran cantidad de estas situaciones).

Lo que me ha llamado la atención trabajando con el paciente sobre el desencadenante del IAE, es que aparece en el discurso el deseo de sustraerse de una situación intolerable, borrarse, desaparecer por un rato. Generalmente se pasa a trabajar sobre qué es lo intolerable de esa situación, intentando generar algún movimiento. Muchas veces la persona termina diciendo que en realidad no es que se quiera morir, no son todas así pero, esta situación se ha repetido muchas veces por eso quería compartirlo con ustedes.

En relación a los pacientes con IAE, es parte del trabajo en equipo la valoración del riesgo suicida, a los efectos de definir si tiene que quedar ingresado un tiempo más o se les da de alta. La pregunta sobre si se va o se queda, si pasa a sala de internación, permanece en sala de observación o si se va de alta, es uno de los aspectos centrales del trabajo en emergencia y si bien no es una decisión del psicólogo, es un aspecto que se dialoga. En ocasiones se produce un trabajo interdisciplinario entre distintas situaciones, no diría que hay un trabajo interdisciplinario, sino que hay momentos de interdisciplina. Hay algunos psiquiatras que trabajan en equipo cuanto a esa decisión, a otros les cuesta un poco más, entonces hay cosas a seguir construyendo.

Me parece importante uno de los dispositivos que se generó en emergencia, que implica un trabajo conjunto de psicología y psiquiatría, como una especie de policlínica de la urgencia entre comillas, pero es un dispositivo que consiste en realizar seguimientos ambulatorios de determinadas situaciones críticas ante las que en principio no se indica la internación, aunque sí se continúa citando a los pacientes cotidianamente para terminar de delimitar si se interna o no, y cómo abordar la situación.

Ahí también trabajamos los psicólogos y coordinamos una serie de entrevistas con estos pacientes que en realidad son ambulatorios, a veces se define que ingresen y otras no. También se trabaja así con pacientes que son dados de alta de la sala de observación y no puede esperar a la consulta en la policlínica porque necesita un sostén en ese mismo momento. Es un trabajo intensivo, tenemos muchas entrevistas en poco tiempo; si el paciente de repente viene a ver al psiquiatra y al psicólogo, se genera un dispositivo que para abordar esa situación como con otras estrategias.

Para terminar, también tienen nuestros teléfonos los psiquiatras, aunque no estamos en el lugar, ante alguna situación que consideren meritoria nos llaman o mandan mensajes. Son coordinaciones telefónicas que no quedan ingresadas, pero que se consideran pertinente para hacer una serie de entrevistas.

**Mercedes Couso:** En esto de las grietas, es importante recordar el tiempo que trabajamos con practicantes y pasantías de estudiantes en seguimientos. Lo que hicimos durante mucho tiempo eran dispositivos que tenían que ver con capturar el paciente que estaba por egresar en una entrevista en sala (lo en este momento sería en sala de emergencia) y acompañarlo un tiempo hasta que pudiera lograr conseguir la hora en la policlínica de referencia, los estudiantes hacían ese nexo que es esto que de repente Geraldina decía. Hay que construir y nosotros intentamos tejer. Realmente fue una experiencia muy rica ver cómo trae el texto el paciente, cómo vive, cómo maneja los espacios, cómo se desarrolla, cómo se vincula con el hábitat donde está inserta la familia y en su casa.

Ahora es el turno de Silvana Contino. Ella es Magíster en Psicología Clínica y Profesora Adjunta del instituto de Psicología Clínica, donde integra el Programa Modalidades y Efectos de las Intervenciones Clínicas en los Servicios de Salud. Es docente de la Unidad Curricular Obligatoria Técnicas e Intervenciones y de Prácticas Pre-profesionales en Clínica del Ciclo de Graduación, que se desarrollan en el Hospital de Clínicas. Además, trabaja como encargada de la Policlínica de Psicología del Hospital Universitario Manuel Quintela (donde la Facultad logró tener un lugar muy peleado); es ex miembro de la Comisión Directiva del Centro de Investigación Clínica de esta Facultad y coordinadora académica de Residentes del Programa de Residentes y Practicantes, a través de un convenio entre la Facultad de Psicología y ASSE.

## Trabajo: Clínica, Interdisciplina e Instituciones: un trabajo conjunto

**Autora: Silvana Contino**

Abordaré la inserción como docente en la policlínica psicológica de la Facultad de Psicología, de la cual yo estoy encargada en el Hospital de Clínicas. Este es un hospital universitario que pertenece a la Facultad de Medicina, y en realidad se hace docencia de la Facultad de Medicina.

La policlínica psicológica de la Facultad de Psicología en el hospital universitario está en el tercer piso, es un lugar muy peleado, tiene su historia, que parte desde que era la sede de la Psicología Infantil, cuando la carrera pertenecía a la Escuela de Tecnología Médica. Cuando desde Psicología Infantil se toma la decisión de unificarse con lo que era la antigua Escuela Universitaria de Psicología para hacer el Plan IPUR 88, esas puertas se cerraron y se reabrieron en el año 2000, con la presentación de la Policlínica de la Facultad de Psicología bajo la legitimidad del programa Plan IPUR 88, como uno de los servicios de la Facultad.

En realidad, el servicio que allí tenía sede era el de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología, por lo cual teníamos un lugar en el hospital universitario con una fuerte impronta médica. Eso fue un lugar privilegiado, pero no fue fácil. Hoy la policlínica es distinta, sin embargo seguimos siendo un híbrido, aunque tenemos un lugar donde se nos ubica. La Policlínica de la Facultad de Psicología es, a su vez, un lugar difícil de sostener porque nos movemos en un poderoso ámbito médico. Esto hace un poco de historia, para contextualizar.

Dentro del Plan 2013, los docentes que trabajamos allí tenemos propuestas para los Ciclos de Formación Integral y de Graduación. Hablaré sobre la policlínica y las conexiones que nosotros hacemos allí, así como sobre las concesiones que de alguna manera tenemos del concepto de salud, de subjetividad y como hacemos los abordajes.

El funcionamiento de la policlínica implica recibir consultas psicológicas del propio hospital, derivadas desde la Clínica de Psiquiatría, por lo que los residentes de Psiquiatría y la misma Clínica de Psiquiatría nos reconocen dentro de los departamentos del hospital. Recibimos consultas también del Anexo de la Facultad de Psicología de Mercedes, lugar donde llaman para recibir atención psicológica; de la población en general que nos conoce dentro del hospital, de los pacientes que han ido por ahí (y esto es lo mejor es del boca a boca).

También tenemos derivaciones de INAU, Organizaciones No gubernamentales, centros educativos, centros de Salud Pública y de policlínicas de la Intendencia de Montevideo.

Mariane Krause, una referente que manejamos, ha investigado las diferentes formas que un sujeto viene a la atención psicológica y describió que las formas son un momento de crisis, pero ella plantea que hay un momento de crisis en el cual el sujeto podrá consultar de forma indiscriminada o discriminada. En la forma discriminada, el sujeto llegó a un punto donde sus mecanismos de afrontamiento ante el conflicto o una situación problema han llegado al límite, pero mantiene cierta resistencia emocional que le permite tolerar los rodeos y caminos sinuosos que le permiten llegar una consulta. En este caso la resistencia no es la psicoanalítica, sino que cuando se tiene un padecimiento es posible tolerarlo emocionalmente, se puede aguantar. En la forma indiscriminada de acceso, ese momento álgido produce un verdadero desequilibrio entre la resistencia emocional del sujeto y sus mecanismos de afrontamiento frente a esas situaciones, y es lo que se ha llamado el movimiento crítico de ellas. El paciente entonces puede llegar en alguna de estas condiciones.

La policlínica cuenta de un dispositivo de atención que tiende a articular, hay un equipo de recepción de consultas, un equipo de evaluación psicológica y dos equipos de atención, con objetivos y tiempos limitados de intervención. Cabe destacar la importancia de la entrevista de recepción, que generalmente es una propuesta que se les hace a los estudiantes del Ciclo Integral, siempre acompañados del docente. Es el primer paso, pero no menos importante en un fino diagnóstico de la situación clínica que presenta el sujeto.

Un momento para entender la consulta psicológica es abordarla desde el modelo de situación clínica. Esta es la articulación de la diversidad, supone Psicología múltiple, Epistemología convergente y actitud técnica dispuesta a la planificación y la interdisciplina. Un diagnóstico de situación del paciente implica decir si la salud del sujeto se encuentra afectada por la presencia de su problema objetal. Un diagnóstico dinámico en cuanto a su funcionamiento psíquico en líneas generales, requiere poder dar valor a la pertinencia cuando el equipo de atención pueda entrar en acción o poder derivar; la derivación por su parte, implica al equipo de derivación psicológica o al equipo de atención con objetivos y tiempos limitados.

Por otro lado, la entrevista de recepción tiene la importante función activa de devolución en el momento, la derivación o indicación necesaria hasta el momen-

to de la concreción con un equipo de atención. Es decir, nosotros entendemos que una entrevista de recepción es una intervención porque es un momento donde el sujeto, si bien se tiene una posición de poder abordar una situación clínica, quizás sea una única posibilidad que tenga para poder intervenir. El dispositivo de atención psicológica de tiempos y objetivos limitados está enfocado en el abordaje psicodinámico de la situación, que tiene como referencia al momento la observación diagnóstica, la planificación del tratamiento y la identificación de los focos a ser trabajados. El poder contar con los aportes de un instrumento que para nosotros es de gran valor, tiene que ver con la formulación psicodinámica del caso y el OPD2. El diseño inmediato y estratégico de una intervención también implica gestión y coordinación, y en muchas oportunidades debemos gestionar conexiones interdisciplinarias. Eso permite que los posibles recursos, las instituciones disponibles y lo que en parte se describió como un conocimiento de la red (que en realidad la va creando uno), es como algo oculto, muchas veces lamentablemente tenemos que recurrir a las referencias particulares, no tendría por qué ser así pero a veces son las más efectivas.

En el abordaje psicodinámico del caso se trabaja la construcción del problema con el sujeto, en este caso el profesional de la salud comienza a desplegar y co-construir lo que se llama una posición subjetiva del sujeto. De alguna manera tiene esbozos de lo que le sucede, le damos el espacio para poder hablar en concepto de posición subjetiva. Este es un modelo teórico que implica una articulación de las formas significativas conscientes y no tanto lo que el sujeto trae como la fuente de su problema, acompañado siempre por un componente afectivo predominante y un componente que es orientador de su comportamiento. Y aparte la subjetivación del sufrimiento por la que se compone la consulta, del sujeto. SE pasa de la posición subjetiva «esto me pasa, me sucede esto, este es mi problema», por otro lado, la valoración de este proceso de la identificación de factores complejos de riesgo y protección por parte del profesional de la psicología no es un dato menor, permite tener una posición de potenciar los últimos o sea los protectores para ir disminuyendo los primeros. Permite tomar acciones que se enmarcan en lo interdisciplinar en caso de ser necesario.

El criterio de la enseñanza en clínica en el contexto de la inserción universitaria incentiva la integralidad no solo de las funciones universitarias, sino que también una estimula actitud ética interdisciplinar y de tácticas integrales en el ejercicio de nuestra función como profesionales de la Salud en instituciones encomendadas para ese sentido. Implica una postura ideológica de la Universidad Latinoamericana

como la Udelar; facilita prácticas pre-profesionales del Ciclo de Graduación de la carrera de grado, pasando por el programa de practicantes y de residentes a través del convenio de la Facultad de Psicología y ASSE. Esto marca una línea política e ideológica con la psicología actual, una postura integral e interdisciplinar en el pensar y el quehacer del psicólogo. Esta es una postura epistemológica que coloca al profesional en una posición de ejercicio de su profesión que no le quita especificidad, sino al contrario, otorga honestidad, marca una postura en un trabajo interdisciplinar conjunto, no a solas.

Esto que implica una lectura compleja de las situaciones, de las variables en juego; en cada situación existe un modelo complejo; esto a su vez inaugura una forma de trabajo que debe quedar instalada en las instituciones, más allá de las personas, sino como dispositivos dialógicos afin a las innovaciones, para estar abiertos a las diferentes presentaciones clínicas. Sin embargo, esto implica un obrar conjunto efectivo y eficiente. Esto no es fácil por diversas razones, tanto de lógicas internas institucionales, cuanto realidades socioeconómicas, culturales, disciplinares y las del orden del imaginario social, así como las visiones fragmentada de las competencias en la Salud. Muchas veces la idea de «para qué voy a ir al psicólogo si yo lo que quise fue consultar al cardiólogo» es un imaginario que circula no solo en el marco de la salud. La ley 18.211 del Sistema Nacional Integrado de Salud interpela al profesional de la psicología actual en el lugar dentro del sistema sanitario, donde en otro momento no tenía lugar.

La Psicología como disciplina de la Salud se ha incorporado de forma tardía en el campo de la Salud tanto pública como privada, lo que ha dificultado la integración y la mirada predominantemente médica de las situaciones que no les ha dado cabida a otras disciplinas no médicas en el sistema. Eso ha implicado en una concepción implícita de salud que se ha ido modificando a partir de la incorporación de otras disciplinas en el sistema sanitario, generando a su vez un cambio dimensional en la concepción de los procesos de salud y enfermedad.

La integración en los equipos de salud de diferentes disciplinas y los abordajes integrales de las problemáticas dan una perspectiva a la complejidad de las situaciones y resultan indispensable para la producción de conocimiento. Lo propuesto por el Sistema Nacional Integrado de Salud en referencia al aprovechamiento de los recursos humanos materiales y financieros para el desarrollo profesional, el trabajo interdisciplinario y la investigación científica incide en el modelo de atención en salud.

En este sentido, se prioriza las acciones de prevención y promoción desde la estrategia de la Atención Primaria de Salud, un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado. Debemos tener claro de qué manera actuar y eso implica tener una posición desde una noción de salud, entendida como una situación de relativo bienestar, tanto físico como psíquico social. Esto está marcado en un conflicto histórico sociocultural económico, determinado en el producto de la intersección constante, transformador entre el individuo y su ambiente, entendiéndose por el primero lo psico sociocultural y por el segundo la entidad fisicoquímica psíquico cultural social económico y política.

Por lo tanto, el estado de salud de un sujeto implica ubicarlo y ser considerado con la historia del mismo, su realidad económica, social, cultural y política. Estos aspectos constituyen a la hora de cómo el sujeto atiende y entiende lo que le pasa, cómo se acerca a la atención de la organización sanitaria y sus posibilidades de cobertura. Es desde ese lugar donde se atiende la situación. El concepto de Salud Mental es inseparable del concepto de Salud Integral, si bien tiene su especificidad en sus formas de abordaje y comprensión, es parte indisoluble del mismo. En este sentido, una concepción integral de todos aquellos aspectos involucrados con la salud mental deben incluirse en las diferentes formas de abordaje.

**Mercedes Couso:** Capaz que con todo esto la transferencia sería algo a trabajar con las instituciones y no con las personas y la disciplina solamente.

Ahora tendrá la palabra a la Profesora Titular Alicia Muniz, docente del Instituto de Psicología Clínica e integrante del Programa de Problemáticas Clínicas en la Infancia y Adolescencia; es además, especialista en Psicoterapia Psicoanalítica en Servicios de Salud y especialista en psicoanálisis vincular.

### **Trabajo: Clínica e interdisciplina en instituciones**

**Autora: Alicia Muniz**

Voy a tomar lo que decía Mercedes de la transferencia en las instituciones. Este panel se llama “Clínica e interdisciplina en instituciones”. Ya se han mencionado algunas cuestiones enmarcadas en este producto que ya tiene 10 años en la institución salud, que es el Sistema Integrado de Atención en Salud, marco en el que se desarrollan mayormente las prácticas clínicas en Psicología. Con esto, se ha generado mayor accesibilidad a prestaciones psicológicas por parte de la población.

Ha permitido un acceso universal a la consulta *psi*, aunque sigue manteniendo fallas que a mi entender derivan de una lógica basada en la dicotomía salud - enfermedad, con respuestas que obedecen a la implementación de un sistema sanitario bajo la hegemonía de las prácticas y los discursos médicos (poco es lo que queda por fuera de ella).

La prevención y promoción de salud en el primer nivel no se da en la práctica privada. En cuanto a las prestaciones, hay algunos factores que tiene que considerarse, es hora ya de revisar ciertos discursos en relación a algunas cuestiones que vienen sucediendo en la forma de estas prácticas de psicología clínica. Una de ellas tiene que ver con el tiempo, los pros y los contras en relación a la duración de las sesiones y de los tratamientos, que están determinados no por criterios clínicos ni técnicos, sino por criterios que tienen que ver con lo económico, o factores que el sistema no ha podido saldar, como son la larga lista de espera (como si no hubiesen psicólogos para trabajar en el sistema). Otro de los elementos que tiene que revisarse es la cuestión de lo locativo, nos hemos encontrado con algunos colegas que no tienen lugares adecuados para el trabajo no porque sea un lugar lindo o prolijo, sino porque tiene que ser un lugar que invite a una cierta continuidad. También nos hemos encontrado con algo maravilloso que puso el sistema, como es el trabajo con grupos de niños, pero no se provee a los colegas de materiales adecuados para el trabajo con esos niños, como lápiz y hoja. No se hace un trabajo grupal terapéutico con niños, pagan mal y encima el profesional es quien debe comprar los materiales. A veces no los dejan tener un co-coordinador y lo que es peor aún son algunas condiciones que tienen que ver con la libertad de indicación clínica, por ejemplo lugares donde no se permite tener un grupo paralelo de padres al grupo de niños. Entonces pasan cosas, como puede ser que estén todos los papás en la sala hablando de los que les pasa y todos los niños adentro trabajando con el psicólogo. Sentemos a un psicólogo en la sala de espera y vamos a tener un grupo de padres que va a potenciar el trabajo terapéutico de sus hijos y de ellos mismos como padres.

Hay un factor económico que me parece que no hay que prolongar demasiado. En las etapas previas en el acceso a prestaciones en sí, como la psicoterapéutica, el sistema ha sido engañoso porque la gente se ha corrido, FONASA mediante, hacia las instituciones privadas, pero después no pueden pagar lo que la institución les pide, por lo tanto el tratamiento no se puede cumplir.

Con relación a algunos de los aspectos que tienen que ver con lo clínico, se propuso que los psicólogos clínicos cambiáramos la consulta privada por la cantidad de

prestaciones en el sistema. Nosotros no debimos aceptar, y no me refiero solamente a la parte de paga, sino también a las condiciones de trabajo.

Me parece que debemos reclamar que es necesario trabajar con las instituciones Familia y Escuela. Cuando trabajamos con niños, debemos obtener el discurso propio de la psicología de la promoción de salud y no confundir con el discurso de la patologización, al que muchas veces se lo lleva al psicólogo cuando trabaja en una institución con una lógica médica. Es necesario pensar en términos de intervención. Comparto con Silvana cuando dijo que es preciso promover un nuevo sentido de lo que produce el sufrimiento, ese es el objetivo de la intervención: promover, provocar, dar un nuevo sentido, y solo podremos lograrlo estando involucrados, implicados en ese vínculo con el usuario consultante. La transferencia se despliega igual por lo que se produce en el encuentro, por lo cual este debe de ser un aliado del psicólogo con el debe de trabajar, así sea un retiro en la emergencia, o un producto más sistemático, como la psicoterapia. Para eso, es imprescindible que se inicie de forma urgente un cambio en la formación de los psicólogos. El plan 2013 fue nefasto para la Psicología Clínica; actualmente estamos transitando cambios interesantes en relación al mismo, pero debemos profundizar en la formación, no porque todos los psicólogos deben ser clínicos, sino porque la Clínica es una forma de pensar la condición humana para quienes hagan laboral, comunitaria, deporte lo que quiera. Una formación que provea herramientas para iniciar el ámbito profesional dentro del Sistema Integrado de Salud, ya que sabemos que es en lo que mayoritariamente van a trabajar los egresados (eso dice el censo que contempla las necesidades de estos jóvenes egresados).

Entonces hablaré sobre nuestra experiencia en el Programa de Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios de Salud. La Facultad cuenta con este espacio de formación desde el año 2010, el que se ha logrado después de muchos años de trabajo. A través de este Programa, estudiantes del último tramo y egresados trabajan en ASSE y se les paga para terminar la formación, para practicantes es un año, y para residentes son tres años. El Programa se desarrolla dentro de los servicios de ASSE del primer, segundo y tercer nivel de atención y brinda una formación académica. El aprendizaje obtenido allí es basado en el abordaje de problemáticas clínicas y comunitarias reales, que deben resolverse en el mismo campo de acción del residente. Me referiré particularmente de los residentes porque es en lo que me he enfocado estos años.

Intervención significa abrir un espacio de encuentro en el que sea posible dar sentido a lo que acontece para dicha intervención. Se podrán utilizar herramientas de acción diversas, así como el enlace con redes potencializando los recursos de la propia comunidad. La formación de los estudiantes al respecto conlleva al desafío de una teoría con recomendaciones técnicas, junto con una apertura que es imprescindible para deshacerse de temas preconcebidos a la hora de enfrentarse a las estrategias a delinear, y formar para lo desconocido. Hace años que trabajo sobre esta idea, que exige la tolerancia y la incertidumbre del porvenir, la construcción permanente del objeto de conocimiento y de las prácticas posibles para su abordaje.

La metodología de enseñanza se sustenta en la autonomía del estudiante, en la actividad colaborativa y en la tutoría. Con el fin de operacionalizar estos conceptos se utiliza diversos recursos didácticos, entre ellos voy a destacar lo que fue pensado como un grupo de reflexión que tiene que ver con el hecho de que cada residente traza su recorrido en función del lugar de trabajo, de su bagaje teórico y experiencial, su recorrido por los cursos previos (porque es un egresado y ha tenido otras formaciones). No hay un saber previo sobre el papel que deberá jugar sobre el territorio, sino que lo va construyendo día a día, con estrategias psicotécnicas, posiblemente con ensayo y error. Entonces va corrigiendo desde la forma que adopta para resolver en la consulta, hasta en la técnica para coordinar un grupo de usuarios. Cada residente construye su campo de problemática y su campo de conocimiento según las demandas generadas en su territorio y debe apropiarse de ellos. El aspecto colaborativo lo genera la colectivización de los problemas que se presentan a diario, con el objetivo de que el conjunto de residentes y la docente que están allí aporten a la cuestión, ya sea mediante cuestionamientos o bien dando información acerca de recursos disponibles en el medio. Esto produce un aprendizaje basado en un constante trabajo de grupo. Es al grupo que hay que construirlo y se construye todo el tiempo, porque cada año están entrando nuevos residentes.

La actividad tutorial es una doble vertiente, la del docente residente y la de la tutoría de pares, es una modalidad de seguimiento cercano por parte del docente o del residente respecto a los practicantes que están en el mismo territorio. Tiene el desafío de acompañar en el recorrido de cada uno en función de las necesidades que surgen. Las demandas exigen que de este espacio se construya una situación capaz de ser pensada en la complejidad multidimensional que las produce.

A nosotros nos preocupa que la formación de los residentes promueva el desarrollo de ciertas competencias, una de ellas tiene que ver con el trabajo nivel interdisci-

plinario. Esta es un ideal al que se aspira, pocas veces se logra pero debe de haber una apertura, una escucha, una renuncia a los narcisismos disciplinares, es necesario conocer dónde está el límite y cuánto puede aportar al otro.

La capacidad de aprender y aportar para la empatía, esas son las competencias que más nos interesa desarrollar en los residentes.

## Presentación

### Inés Sotelo

Para abrir un poco la interlocución pensaba en algunas cuestiones, la primera está relacionada a la necesidad de pensar, como psicólogos, en la dimensión política de nuestro quehacer. Dicha dimensión no tiene que ver con la política partidaria, sino con que nuestra intervención y nuestra manera de entender la Salud es política, no es otra cosa. Es un modo de entender el sufrimiento, cada uno desde sus paradigmas, pero lo que encuentro en común es el comprender la complejidad del sufrimiento humano, que tiene una dimensión singular, única, particular, que tiene que ver con el modo de estar en el mundo, de tener un cuerpo y de vivir como uno vive, sin duda con una estrecha relación de las condiciones de las que hemos nacido. Nosotros acá tenemos el privilegio de tener educación, de comer, de estar más o menos tranquilos en algunos aspectos de la vida básicos, y esto tiene consecuencias en la salud, más allá de que, como lo dice Lacan, «un hombre se hace hombre cuando se hace uno entre otros».

La complejidad del sufrimiento humano que, parafraseando a Lacan, es estructurado como un mensaje, podrá ser, en sus diversas formas, más explícita o menos explícita, más dramática, más silenciosa, más familiar, más sociales, pero es un mensaje. Y nosotros nos proponemos ser aquel que aloja ese mensaje, (sin duda no vamos a poder hacerlos solos) y acá me parece necesario que el trabajo entre otros nos atraviese, poniendo el narcisismo de las especialidades y de las disciplinas o del marco conceptual de lado.

Me encanta el modo de que los estudiantes se integran, como no solo participantes, sino que trabajan con el paciente porque si uno no atravesó la experiencia institucional, es difícil que uno pueda llegar a entender la complejidad del sufrimiento humano. En relación a lo interdisciplinar, es complejo a veces el poder armar un abordaje múltiple y pensar con otras disciplinas, o por lo menos aceptar, proponer

y convocar a otras disciplinas para que trabajen. En Argentina tenemos la misma problemática, ahora con la ventaja que es la Ley de Salud Mental que obliga que los equipos sean interdisciplinarios, entonces las guardias y emergencias tienen que estar integradas por trabajador social, un psicólogo y un psiquiatra. Esto hace con que, para la internación de un paciente, se requiera la firma de varios, además del consentimiento del paciente y de la familia. En los casos de que hubiera riesgos para sí o para terceros y el paciente no accediera, el equipo tiene que hablar con un juez y tomar todas las medidas de la internación. Esto ha producido efectos y ha obligado a que haya psicólogos en las guardias, se han multiplicado los puestos de trabajo. Pero esto es una cuestión política.

En otra mesa de estas Jornadas escuchaba a colegas que trabajaban con oncología en el hospital universitario. En oncología hemos sido muy bien recibidos, porque dentro de las especializaciones médicas, los oncólogos son los que están más divididos, son los que cuentan que no tienen todas las respuestas y que la muerte está ahí, que es una ilusión pensar que el médico cura o que el médico tiene la respuesta; ahí los psicólogos son bien recibidos, mucho mejor que en neurología, en Argentina los neurólogos tienen otro modo de ver la problemática humana. Muchas veces la interconsulta es para atender a los propios profesionales que están angustiados y divididos por estas problemáticas, entonces ese es un punto como para problematizar.

El otro punto interesante es cómo se pueden efectivamente armar espacios de alojamiento, después podemos discutir si esto va a producir una prevención en relación a la salud y demás, pero sin duda los grupos con los jóvenes provocan efectos de alojamiento. No es lo mismo quien tiene una crisis o una angustia, entre otros, y acá los invito a los estudiantes que están en esta época que tiene muchísimas ventajas, a pensar en otros problemas como puede ser la relación con el cuerpo, con poner el cuerpo. Les insisto a aquellos estudiantes de la facultad que tienen que hacer un trabajo grupal y lo hacen todo por e-mail o por Whatsapp, se mandan mensajes, que se están perdiendo de la mejor parte de la facultad que es juntarse y poner el cuerpo, no es lo mismo mandarse mensajes que poner el cuerpo; esto trae problema sí, y a la vez trae un compromiso de otro modo. Esto de poner el cuerpo, de hablar y estar también va a estar entramado en poder armar grupos, encontrarse, discutir con otros, se entrama con algo que ellos van a tener que resolver de algún modo, relacionado con el modo de comunicación de la época y sus consecuencias. La sexualidad por las redes, el modo de jugar en red, sin poner el cuerpo, todo esto tendrá consecuencias sobre nuestros niños, entonces ahí también van a tener que

darle otra vuelta de agruparse, reunirse, estar, escuchar. Poner el cuerpo exige, por lo cual es otra dimensión nueva que está en nuestras manos. Sobre eso también van a tener que intervenir.

## Preguntas

**Asistente:** Yo tenía una pregunta para Geraldina, al respecto de la controversia que hay con el Hospital Vilardebó que está muy sobre la mesa. Quisiera preguntarle sobre los beneficios y flaquezas que hay con el sistema de prestaciones, como tiene un beneficio en la puerta de emergencia, mi pregunta es la institución en sí ha puesto trabas en esta buena voluntad de vocación de los psicólogos que están ahí, si la ha promovido o dificultado en el tema de estar en contra de ciertos tipos de intervención.

**Geraldina Pezzani:** En realidad ha habido una gran apertura. Yo empecé como estudiante hace 20 años y en ese sentido se nos ha dado más espacios y realmente se han incorporado un montón de puestos de trabajo. Hay una cantidad ahora de psicólogos mucho mayor de la que había hace unos años y trabajando en los equipos de sala. Realmente creo que ha habido una apertura importante. Por eso traje lo de la emergencia, que fue como la última conquista.

**Mercedes Couso:** Me parece que hay otras perspectivas que a nivel políticos están bien, uno puede adherir a la desmanicomialización, al cierre de las colonias, al cierre del Hospital. A mí me ha permitido aprender muchísimos y llegaron a pasar generaciones de 800 estudiantes sin que saliéramos en los diarios. Es un lugar donde se aprende, de hecho no son solamente del Instituto de Psicología Clínicas, hay presencia otros institutos que hacen sus prácticas allí. Es un lugar donde uno aprende, hace, cuida y también recoge mucho de los pacientes y colegas. Creo que cuando la disciplina tiene peso en lo que uno hace, dice y se puede escuchar también uno se puede generar un espacio para luchar.

Las prácticas no se redujeron, a veces otros tienen que tomar las postas porque uno está grande y cansado. Yo creo que ahora, con los ajustes del plan, al menos el Instituto de Psicología Clínica está pensando y trabajando. Patricia Domínguez tiene mucho que ver en eso, proponiendo equipos para poder pensar en las Unidades Curriculares Obligatorias, en las optativas, en las prácticas y creo que se pueden retomar otras ideas y otras formas sobre cómo organizar las prácticas. También hay

docentes que se han ido de nuestra Facultad. Son pocos los que quieren volver a trabajar y se necesitan más recursos que tiene que ver con lo político y las cosas que peleamos como disciplina.

Una preocupación que hemos empezado a tener desde el Programa de Practicantes y Residentes es la de formar a los psicólogos para que hagan gestión, porque es muy difícil que se incorporen. No se como fue en Argentina, pero acá es difícil que se incorpore dentro de las políticas sanitarias, que se hagan cambios sustantivos. Si no hay psicólogos que estén pensando donde se llevan estas cosas, eso se interrumpe y se pierden las continuidades, entonces no es la propuesta. Si para los jóvenes la propuesta es no descartar la posibilidad de trabajar a nivel gestión en política, a nivel salud y educación que son las más sensibles. Como se lo indique a Luis Leopold en el año 2013, también se trabajó la idea de incorporar a los residentes en gestión y nos está costando mucho.

No sirve que el Estado de un sueldo por tres años para que después el recurso vaya a ir a trabajar a otro sector tanto privado de la salud como a otro. El objetivo es formar recursos para que se queden, es decir, apuntamos a que el residente y el practicante tenga un plus de mérito en su formación por haber pasado por allí, pero además queremos que aprendan sobre la gestión para que después, si les interesa, hagan un posgrado de gestión en salud. Nosotros tenemos que de nuestra parte como docentes, formar cabezas críticas que puedan posicionarse de otra manera, abrirse paso, un poco a los codazos y un poco con inteligencia, para ir ocupando esos lugares. Nadie nos va a traer nada, lo que el psicólogo no haga lo va a ser otro y lo que no quiera hacer nadie le va a pedir que haga. Eso sigue siendo así.

**Inés Sotelo:** Nosotros llamamos la residencia de los egresados que dan un examen y el Gobierno de la ciudad de Buenos Aires paga los sueldos de los hospitales. Ingresan a la residencia quienes ya pasaron por la formación. Se creó en el año 1990, yo era concurrente, hace 10 años que iba al hospital gratis, y me eligieron como instructora. El tema de los residentes psicólogos que se incorporan a la residencia médica, es decir de médicos que querían hacer la especialización en psiquiatría, tenían en su contrato 40 horas semanales y una guardia de 24 horas. Cuando entran los residentes de psicología, psicoanálisis y demás, dijeron «nosotros en la guardia no tenemos nada que hacer» a lo que le contestaron los médicos «váyanse tranquilos la guardia la hacemos nosotros». Así estuvimos seis meses discutiendo si el psicoanalista en la guardia si no tiene nada que hacer. Finalmente el jefe de servicio definió que se quedarían 24 horas de guardia. Una vez adentro, teniendo de

quedarse 24 horas, comenzaron a pensar que hacían un psicólogo en la guardia. Empezar a pensar que hacemos los psicólogos en una guardia es necesario porque, si uno ocupa los lugares y después tiene que pensar que va a inventar, cómo va a construir, cómo va a diseñar.

**Silvana Contino:** La disposición sobre cómo entendemos a los sujetos desde las distintas disciplinas, hay un imaginario social que nos atraviesa a nosotros como profesionales, ¿qué es lo que nosotros podemos hacer? También tenemos que desarticular, como decía Alicia, cuáles son los prejuicios, en un sentido amplio del término, que nosotros tenemos instalados, para desarticularlos, porque esto nos atraviesa a todos, por algo nosotros estamos en el lugar que estamos, algo nos pasa.

**Corrección de estilo**

Sarah Prates

**Diseño y maquetación**

Yoselin Souza

