



clepios

78

Riesgo
cierto e inminente

REVISTA DE PROFESIONALES EN
FORMACIÓN EN SALUD MENTAL

MARZO / JUNIO 2019
Nº 1 - VOLUMEN XXV

ISSN 1666-2776

Coordinadorxs: Lic. Florencia Pose / Lic. Pilar Neira / Dra. Renata Gómez Passalacqua

Comité de redacción: Med. Franco Magrini / Med. Natalia López Pappano / Lic. Luciana Rubel / Lic. María Mercedes Vega / Lic. Victoria Gándara / Lic. María Lucila García / Med. M. Belén Luchetti / Lic. Priscila Gradizuela / Lic. Gaia Giacometti / Lic. Julieta Zucchelli / Lic. Melisa Ladavaz / Med. Viviana R. Yañez Quezada

Comité asesor: Lic. Martín Agrest / Dr. Martín Nemirovsky / Dr. Nicolás Alonso / Lic. Paula Dombrovsky / Lic. Marino Nespral

Colaboradorxs: Dr. Guilad Gonen (diseño web) / DG Cecilia Álvaro

Colaboradorxs fotográficos de este número: María Florencia Cid, Julieta Fernaud, Sofía Grad, Priscila Gradizuela, María Belén Luchetti, Viviana Reneé Yañez Quezada, Ana Perez Villamil. **Foto tapa:** María Agustina Menéndez.

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual No 1603324 - ISSN No 1666-2776 - Hecho el depósito que marca la ley. Clepios, Vol. XXV - Nro. 1 - Marzo / Junio 2019. Todos los derechos reservados. © Copyright by POLEMOS S.A. "Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental" es una publicación de **Polemos, Sociedad Anónima. Informes y correspondencia:** Clepios, Moreno 1785 5° piso (1093) Buenos Aires. Tel/Fax 4.383-5291. clepios@gmail.com / www.clepios.com.ar

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son exclusiva responsabilidad de sus autores.

Impreso en: **Cosmos Print SRL** Edmundo Fernández 155, Avellaneda

Comité de lectura

Lic. Roxana Amendolaro
Dr. Nicolás Braguinsky
Dr. Norberto Conti
Dr. Norma Derito
Lic. Patricia Dolan
Dr. Daniel Ferioli Sevagopian
Lic. Élda Fernández
Dr. Pablo Gagliesi
Dr. Emiliano Galende
Dr. Miguel Ángel García Coto
Dr. Norberto Garrote
Dr. Aníbal Goldchluk

Dr. Gustavo Finvarb
Lic. Haydée Heinrich
Dra. Gabriela Jufe
Lic. Eduardo Keegan
Dr. David Laznik
Dr. Santiago Levín
Lic. Marita Manzotti
Dr. Miguel Márquez
Dr. Daniel Matusevich
Lic. Daniel Millas
Dr. Alberto Monchablón Espinoza
Lic. Eduardo Müller
Dra. Mónica Oliver

Dr. David Pattin
Lic. María Bernarda Pérez
Lic. Fernando Ramírez
Lic. Miguel Santarelli
Dr. Juan Carlos Stagnaro
Lic. Alicia Stolkiner
Dr. Esteban Toro Martínez
Dr. Fabián Triskier
Lic. Alejandro Vainer
Lic. Adriana Valmayor
Dr. Ernesto Wahlberg
Lic. Débora Yanco
Lic. Patricia Zunino

#78

Riesgo cierto e inminente

T₁ / 4

Internaciones en salud mental: tensiones entre el juicio clínico y la ley

PAULA BIANCO

T₂ / 7

Algunas puntualizaciones acerca del fenómeno de anorexia-bulimia desde una perspectiva psicoanalítica de orientación lacaniana

CATERINA RAE

T₃ / 12

Entre puertas cerradas y puertas abiertas: el riesgo. Un caso clínico y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

GABRIEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ
AGUSTINA MUCHIUTTI
JULIANA REVELLES

? / 18

REPORTAJE

Dra. Graciela Iglesias

REDACCIÓN CLEPIOS

& / 22

CADÁVER EXQUISITO

Riesgo cierto e inminente

CLAUDIA A. PUGLIESE
PABLO GLANC
ESTEBAN TORO MARTÍNEZ

[] / 28

SALA DE ENSAYOS

Un caso, muchas supervisiones: la clínica subjetiva

DANIEL HENDLIN

[] / 32

SALA DE ENSAYOS

Este no es un cuento de Disney

TAMARA CHERNOFF
SOFÍA GRAD

+ / 37

RELATO CLÍNICO

Carlos, en búsqueda de algo propio. O sobre la apuesta al sujeto

ANA ALLI

📍 / 42

YO ESTUVE EN

Arte y Salud Mental. Una experiencia de rotación de APS en Londres. Rotación APS – Externa

MERCEDES DOMINGUEZ

5 / 47

LXS 5...

Películas de internaciones poco felices

NICOLÁS SAVIGNONE

Editorial

¡Bienvenidxs lectorxs!

Hemos dejado atrás un 2018 con tres números heterogéneos entre sí (Historias I, Prácticas Basadas en la Evidencia, y Salud Sexual Integral); tres números que dan cuenta de la complejidad de nuestro campo de interés y que nos interpelan como profesionales en formación. Para este 2019 quisimos apostar por el crecimiento de la revista e invitamos a más colegas a que se sumen al comité de redacción. Satisfechxs por el resultado de nuestra apuesta, ¡nos encontramos con pulmones llenos de aire fértil para continuar interrogándonos por nuestra práctica a través de esta vía de comunicación! También nos despedimos de Eduardo y Agustina, que han participado a la distancia de los últimos números, desde Tucumán y Bahía Blanca, respectivamente. ¡Ya nos cruzaremos de nuevo!

Este año nos encuentra con el intento de empezar a saldar una deuda pendiente: el repensar la inserción de la revista en la era de las tecnologías virtuales y las redes sociales. La incorporación de nuevxs miembros al equipo ha resultado en novedosos aportes en este último sentido y esperamos que a lxs lectores les haya resultado beneficioso en su intercambio con Clepios. En sintonía con esto, le damos la bienvenida a: Gaia, Priscila, Belén, Juli, Vivi y Melisa.

De la mano de lo novedoso lanzamos el primer **concurso fotográfico** de la revista en el cual pudieron participar de forma interactiva nuestrxs seguidorxs de las redes sociales a través de Facebook e Instagram (@revistaclepios) a lxs cuales lxs invitamos, si todavía no lo hicieron, ¡a sumarse! La ganadora en esta ocasión (M. Agustina Menéndez) nos brinda la foto de portada de este nuevo número, siendo el resto de las fotos más votadas partes del contenido de la revista.

Felizmente, en esta Clepios 78 que abre el 2019, nos encontramos con un grupo más numeroso y diverso en cuanto a instituciones participantes. La curiosidad de las camadas entrantes y el debate respecto hacia dónde orientar este número, ha traído como punto de encuentro la necesidad de dar lugar a un constructo que forma parte de nuestras prácticas y delimita el marco de las mismas, que -aún recién ingresando a los sistemas de formación- unx puede percibir como embadurnado de confusiones y dudas: **el riesgo cierto e inminente**. ¿Qué entendemos aquí?, ¿Qué entienden algunxs referentes en el tema?, ¿Qué pasa cuando se transita la práctica en el archivo de “variables a considerar”?... y otro mar de preguntas compartidas en el copete allá por marzo.

Sabemos, porque los pasillos nos cuentan (y las aulas también), que lxs colegas tienen opiniones encontradas y polarizadas al respecto. Tratamos, por lo tanto, de pensar formas de abarcar opiniones de orígenes diversos. Desafortunadamente

el *cocktail* de las circunstancias, los imponderables de algunxs referentes y el intento de observancia de los tiempos de editorial ha dificultado la posibilidad de contar con todos los aportes propuestos teniendo en cuenta lo amplio que este tema puede resultar y las infinitas variables o temáticas asociadas que pueden pensarse. Estaremos como siempre atentxs a las cartas de lectores ¿Tal vez hayan corolarios de la Clepios 78 a incluir en la 79?

Sin intención de ahondar en el contenido de la temática en esta sección, dado que en el resto del número el tema ha sido diseccionado, les compartimos que hemos tenido oportunidad de **entrevistar** a Dra. Graciela Iglesias, responsable de la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental, quien amablemente nos recibió y nos ofreció respuestas concisas y claras a los interrogantes propuestos.

En la sección **cadáver exquisito** pudimos contar con tres disciplinas que tienen mucho para decir acerca del tema que nos convoca: Pablo Glanc, abogado de la Unidad de Letrados de CABA; Esteban Toro Martínez, médico psiquiatra legista y ex-clepios; y Claudia Pugliese, trabajadora social del servicio de urgencias del Htal. Tornú. Sus múltiples visiones y el debate acerca del riesgo cierto e inminente podrán enriquecer nuestros puntos de vista.

Como a veces con uno solo no alcanza y los trabajos ameritan sus publicaciones, esta vez decidimos tener una **sala de ensayo** doble. Por un lado, un compañero residente del Htal. Tornú nos cuenta acerca de un experimento realizado, donde múltiples supervisorxs tienen voz; y por otro lado, compañeras del Htal. Álvarez nos invitan a un recorrido por la sala de internación de dicho hospital de la mano del caso de “Pirulo”. **Yo estuve en** esta vez nos lleva al otro lado del Atlántico, a la ciudad de Londres, donde una concurrente del Htal. Durand participó de un centro de día con una impronta artística durante su rotación libre.

El riesgo cierto e inminente aparece atado al dispositivo de internación, que ha sido retratado en el cine tantas veces, desde donde se ha forjado un imaginario colectivo acerca de cómo son y qué sucede en esos lugares. Le pedimos a un colega residente de psiquiatría y cineasta, que nos cuente las cinco películas de internaciones “poco felices” en **Los 5**.

Lxs invitamos entonces a introducirse en esta aventura que esperamos conlleve correr el riesgo de dejarse interrogar sobre las propias prácticas y los procesos de formación en los cuales las mismas se llevan a cabo.

COMITÉ DE REDACCIÓN INTERDISCIPLINARIO REVISTA CLEPIOS



PAULA BIANCO
Psicóloga Residente de 3° año (2016-2020);
Gargiulo Verónica, Psicóloga Residente
de 4° año (2015-2019); Grela Mariana,
Psicóloga Residente de 3° año (2016-2020)
y Méndez Martina, Psicóloga Residente de
3° año (2016-2020).

— Foto Priscila Gradizuela

Internaciones en salud mental: tensiones entre el juicio clínico y la ley



RESUMEN :: El propósito del siguiente escrito es reflexionar como profesionales en formación acerca de las prácticas en el dispositivo de internación en un servicio de Salud Mental de un hospital general de la Ciudad de Buenos Aires.

Intentaremos visibilizar las tensiones que surgen al momento de la evaluación del carácter de voluntariedad o involuntariedad de una internación, teniendo en cuenta las normativas vigentes. Haremos hincapié en las dificultades de la determinación clínica del juicio, en pacientes con trastornos mentales severos, teniendo en cuenta el paradigma vigente en relación a concebir a los usuarios de salud mental como sujetos de derecho.

PALABRAS CLAVE :: internación – voluntariedad - consentimiento informado – juicio – riesgo cierto e inminente.



INTERACCIONES EN SALUD MENTAL

El recurso de la internación en salud mental es un terreno fértil para propiciar debates en torno de su utilidad como herramienta de tratamiento y respecto de nuestra función como profesionales del campo para decidir su uso en la práctica. En este sentido el planteo del problema que desarrollaremos nos incluye como uno de los actores en el proceso de internación-externación interactuando con los usuarios, teniendo como premisa la necesidad de transformar el saber técnico con la construcción que posibilita trabajar con aquellos considerándolos sujetos de derecho.

Utilizamos como marco la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) del año 2008 y la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) del año 2010, que establecieron una mayor visibilización y participación de los sujetos con discapacidad psicosocial, antes segregados y estigmatizados por el discurso social, biomédico y jurídico.

En el documento del CELS “El desafío de implementar la ley nacional de Salud Mental” se señala la preocupación por el *“protagonismo que debería tener en la implementación de la LNSM el cambio de paradigma en materia de capacidad jurídica, un derecho que históricamente fue vedado a las personas con discapacidad psicosocial [...]”* (CELS, 2015, p.479). Se define dicha capacidad como la aptitud de una persona para adquirir derechos y contraer obligaciones por sí misma, sin el ministerio o autorización de otro. Esto incluye la capacidad de actuar autónomamente según las propias preferencias, y la posibilidad de recibir apoyos si lo desean o necesitan transitoriamente para la toma de decisiones como ciudadanos de pleno derecho. La elaboración del nuevo Código Civil y Comercial intentó adecuarse a lo postulado en la CDPC. No obstante, continúa considerando *“la capacidad jurídica como un derecho cuyo ejercicio puede ser restringido con determinaciones judiciales que asocian la posibilidad de tomar decisiones a una cuestión diagnóstica. Si bien es un avance la incorporación del esquema de sistemas de apoyo para la toma de decisiones en el art. 43, el Código incluye esta figura en el seno del sistema de incapacitación, como una variante de restricción a la capacidad jurídica, en lugar de propender al desarrollo de la autonomía de la persona”* (CELS, 2015, pp. 484-485).

En este sentido, hay lecturas que apuntan a que, aquellos que padecen un trastorno mental severo o presentan síntomas psicóticos positivos al momento de la evaluación, no estarían en condiciones de decidir voluntariamente cursar una internación, alegando la falta de capacidad para comprender globalmente la situación. A través de las herramientas para pensar la práctica que nos brindan los textos de las legislaciones vigentes, consideramos necesario construir criterios clínicos elaborados a partir de la lectura crítica de aquellos y de cada caso en su dimensión singular. Asimismo, nos planteamos la necesidad de abogar por cambios locales, partiendo de lo que podemos aportar con la función que tenemos en lo cotidiano de nuestro trabajo.

UN PROCESO CON-SENTIDO

“Se trata de efectivizar cotidianamente una concepción respecto de la salud, los usuarios y los equipos, radicalmente distinta, repensar cotidianamente el lugar asignado y asumido, desmitificando el automático de que “sabemos lo que es mejor para el otro [...] Reconocer el derecho a ejercer la capacidad de decidir de una persona respecto de sí misma, plantea el desafío de democratizar las prácticas en salud [...]” (Frias, López & Povilaitis, 2010).

El momento en que se accede o se decide la internación, suele asociarse a momentos agudos del padecimiento mental, en los que los síntomas condicionan la vida de los sujetos de un modo tal que: por las características y condiciones del tratamiento ambulatorio no se podrían abordar; o que los mismos impliquen un riesgo cierto e inminente para quien consulta o para terceros. En este punto, la división entre voluntariedad e involuntariedad de las internaciones podría suscitar el problema de hacer coincidir las dos situaciones mencionadas con el carácter de la internación respectivamente. Consideramos que en nuestra práctica, el tipo de internación debe estar asociada a la premisa del derecho de los usuarios a tomar decisiones sobre su salud y tratamiento, lo cual implica la posibilidad de cursar internaciones voluntarias aún cuando se evalúe la presencia de un riesgo cierto e inminente. El único caso que contradiría esta lectura, es el de la presencia de un riesgo y la negativa del usuario de realizar un tratamiento de internación, fundamentado en preponderar el derecho a la vida por sobre el de la libertad.

En este contexto es necesario hablar del consentimiento informado como una instancia obligatoria y de la noción de riesgo y su determinación, a partir de la evaluación clínica. ¿En qué condiciones el consentimiento tiene validez? Según el ministerio de Salud *“será válido cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación”* (Ministerio de Salud, 2011). Se torna fundamental determinar la capacidad para consentir, ligado fundamentalmente a dos aspectos del examen de las funciones psíquicas: la lucidez y el juicio. Según Toro Martínez (2011) existen dos principios subyacentes a dicha capacidad que se encuentran en tensión: beneficencia y autonomía. Hay que considerar que una evaluación diagnóstica no contempla la ponderación de la capacidad o incapacidad, sino que debe complementarse con la valoración de una serie de elementos que incluyen: signos, síntomas, rendimientos, habilidades específicas, mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento. Para tal fin, es importante considerar que la incapacidad está relacionada con, pero no es sinónimo de, un estado mental alterado; y se refiere a déficits funcionales, la misma depende de una situación concreta y de las consecuencias, no siendo un estado estático sino que puede cambiar con el tiempo. Los elementos funcionales de la capacidad son: la capacidad para tomar decisiones; la comprensión de la información; la apreciación de la misma y el razonamiento seguido. Un elemento esencial en juego en el proceso de consentimiento, es el poder que detentamos como profesionales de la

salud y que puede convertir la relación con el paciente en una pugna particularmente desigual. Detrás de las presiones sobre la voluntad del paciente, se encuentra la manera de hacer del profesional o de la institución. De este modo consideramos que respecto del juicio clínico, se torna necesario tomar en consideración de qué se trata la ponderación del riesgo en el campo de la salud mental, teniendo en cuenta que la conducta humana no puede reducirse a ítems de los cuales se deduce tal o cual probabilidad con su riesgo y la conducta a seguir.

El Decreto 603/2013 que reglamenta la Ley Nacional de Salud Mental dice en su artículo 20: *“Entiéndase por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros”*. (Ministerio de Salud, 2013) Asimismo, Toro Martínez (2011) sostiene que la mencionada ley entiende al riesgo de daño como un atributo de estado, es decir, como una situación en la que alguien se encuentra y luego puede salir. Por lo tanto, el riesgo de daño sería un estado de la persona en el momento preciso de la evaluación interdisciplinaria, que no atañe a la persona en sí misma sino a las coordenadas de un momento particular. La concepción de riesgo cierto e inminente se asienta en un estar del sujeto aquí y ahora, por lo que se habla de situación de riesgo cierto e inminente. Entendido de este modo, la persona se encuentra en una situación que lo expone a un riesgo de sufrir un daño a la salud o la vida de sí mismo u otras personas en su entorno inmediato, haciendo foco en el sujeto y su situación social y vincular. El mismo autor se pregunta: ¿qué es lo que se evalúa? El riesgo, el atributo de estado, la contingencia del menoscabo en un momento y en una situación dada, a partir de 4 puntos cardinales: I) riesgo de daño, II) deducido a partir de una evaluación interdisciplinaria, III) de cada situación particular y IV) en un momento determinado. (Toro Martínez, 2011).

Debemos tener presente que la decisión en relación con la opción terapéutica a elegir pasa por el adecuado diagnóstico de riesgo de daño, el cual nunca puede ser presupuesto a partir de un diagnóstico clínico, sino que debe ser evaluado específicamente. Asimismo, si el riesgo es algo que se atribuye al sujeto y no una propiedad de la situación en la que está, se descomplejiza y reduce la problemática a un conjunto de variables predecibles, exactas y delimitadas, que no admitan preguntarse más allá, impidiendo pensar en un abordaje integral. El encuentro de distintos universos discursivos presenta tensiones. El discurso del derecho es normativo y su finalidad es ordenadora, tiende a determinar lo que se debe hacer; es estático, preciso y va de lo general a lo particular; mientras que la

salud mental se aboca sobre la vida, lo cambiante, el singular de lo psíquico – difícil de aprehender, mensurar, de objetivar-, siendo en general las respuestas presuntivas, mientras que el del jurista es concreto, claro, preciso.

A continuación intentaremos ilustrar lo trabajado en el escrito a partir de una viñeta:

P. llega a la guardia interna del hospital, sin compañía y con sus pertenencias. Es paciente del servicio de salud mental desde hace varios años y continúa tratamiento actualmente con un equipo interdisciplinario de la residencia. Solicita hablar con el equipo de guardia por encontrarse muy angustiado. Refiere *“no poder más”* y solicita permanecer internado en el hospital. Al indagar por el motivo de este pedido, P. refiere que *“las voces volvieron hace dos días”*, provocándole insomnio y ordenándole que se electrocute, haciéndolo once veces hasta que decide preparar su bolso y acudir al hospital. No logra ubicar, en aquella entrevista, algún desencadenante de la reaparición de las alucinaciones, resaltando su comienzo repentino y carácter disruptivo. Presenta crítica y distancia respecto de ellas pero condicionan su conducta y se angustia presentando crisis de llanto. P. ya había cursado otras internaciones en el servicio y ubicaba esta estrategia como la única posible para aliviar su cuadro en esta oportunidad, por lo que cursó nuevamente una internación de carácter voluntario. En este caso, P. no sólo solicitaba esta medida terapéutica, sino que también podía comprender las condiciones de la misma, junto con los beneficios y restricciones que ésta acarrea.

CONCLUSIÓN

En suma, Emiliano Galende (B. Geller, 2007) sostiene que el problema (cuando se trata de problemas de salud mental) no es estrictamente psicopatológico, lo que está en riesgo es la capacidad subjetiva de esa persona de subsistir en un medio social. Esa capacidad de subsistencia, de desarrollar su vida en un medio social, también está en relación con los recursos que esa persona pueda encontrar en el ámbito de la salud mental. En ese sentido quienes trabajamos en esta área no tenemos que olvidar algo que es clave: todo lo que llamamos padecimiento mental comienza con la pérdida de capacidades sociales para poder integrarse a un mundo simbólico, de participar de los intercambios culturales, económicos y sociales, entre otros. Por último, concluimos con la convicción de que lejos de ser esta una práctica descontextualizada y apolítica, se entrama con la ideología que sostengamos como profesionales de la salud mental sobre la consideración del padecimiento y la posición de quienes lo portan.

BIBLIOGRAFÍA

Angelini, S. y otros (sin fecha). “La ley 26657 y la evaluación de la situación de riesgo cierto e inminente en las internaciones involuntarias”. Dirección Nacional de Salud Mental. Disponible en: <https://cursos-paises.campusvirtualsp.org>

Centro de estudios legales y sociales (2015). “El desafío de implementar la ley de salud mental. Avances y deudas en el camino del cambio de paradigma y el cierre de los manicomios”. En *Derechos Humanos en Argentina. Informe anual del CELS 2015*.

Frias, López & Povlaitis (2010). “El consentimiento informado y la atención en salud Mental”. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/94202418/El-consentimiento-informado-y-la-atencion-ensalud-mental>.

Geller, B. (2007). “La institucionalización psiquiátrica y la medicalización son estrategias de aniquilación del sujeto”. Entrevista a Emiliano Galende. Agencia CyTA. Instituto Leloir. Disponible en: www.agencia-cyta.org.ar.

Giunta, V. y Gordillo, A. (2010). “Consentimiento informado en salud mental”. Curso anual de auditoría médica del Hospital Alemán. Disponible en: <http://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca.asp>

Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Decreto reglamentario 603/2013.

Ministerio de Salud de la Nación (2011). El derecho al consentimiento informado en el ámbito de la salud mental.

Toro Martínez, E. (2011). “Internación y responsabilidad profesional: bases médico legales de la intervención en dispositivos previos y posteriores a la internación”. En Gabay, P. y Bruno, M. Rehabilitación psiquiátrica. Claves para la recuperación. (271- 299). Buenos Aires, AstraZeneca.



CATERINA RAE
Licenciada en Psicología. Residente de cuarto año en Salud Mental, Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Período 2015-2019.
raecaterina@gmail.com

— Foto Priscila Gradizuela

Algunas puntualizaciones acerca del fenómeno de anorexia-bulimia desde una perspectiva psicoanalítica de orientación lacaniana

RESUMEN :: Este escrito surge a partir de mi recorrido como Residente en una Institución que trabaja de forma ambulatoria con pacientes con problemáticas de consumo (toxicomanías, alcoholismo, ludopatías, anorexias, bulimia, obesidad). Allí el equipo de trabajo es interdisciplinario, conformado por psiquiatras, nutricionistas y psicoanalistas. Lo que orienta el modo de trabajo respecto a los llamados Trastornos de la Conducta Alimentaria es la hipótesis sobre la cual se sostiene la práctica psicoanalítica: considerar estas problemáticas no como enfermedades del apetito, sino principalmente como posiciones subjetivas que cuestionan la lógica del principio de placer y del principio de realidad: comer hasta reventar, vomitar varias veces al día, rechazar la comida hasta dejarse morir. La dimensión del riesgo se hace presente y en ocasiones son necesarios períodos de internaciones clínicas para compensar fallas a nivel orgánico.

PALABRAS CLAVE :: Riesgo. Anorexia. Bulimia. Interdisciplina. Psicoanálisis.

Este escrito surge a partir de mi recorrido como Residente en una Institución que trabaja de forma ambulatoria con pacientes con problemáticas de consumo (toxicomanías, alcoholismo, ludopatías, anorexias, bulimia, obesidad). Allí el equipo de trabajo es interdisciplinario, conformado por psiquiatras, nutricionistas y psicoanalistas. Lo que orienta el modo de trabajo respecto a los llamados Trastornos de la Conducta Alimentaria es la hipótesis sobre la cual se sostiene la práctica psicoanalítica: considerar estas problemáticas no como enfermedades del apetito, sino principalmente como posiciones subjetivas. Hipótesis crucial al orientar la dirección de la cura no hacia una normalización de la función orgánica alterada -el apetito- sino hacia la escucha de la palabra del sujeto (Recalcati, 1997).

En primer lugar, podemos ubicar que se trata de posiciones subjetivas que cuestionan la lógica del principio de placer y del principio de realidad: comer hasta reventar, vomitar varias veces al día, rechazar la comida hasta dejarse morir. Salta a la vista que no se trata de una conducta que se trastorna y que se podría volver a la 'normalidad' sólo con algunas indicaciones sobre cómo comportarse. La dimensión del riesgo se hace presente y en ocasiones son necesarios períodos de internaciones clínicas para compensar fallas a nivel orgánico. En el caso de la anorexia, cuando la restricción de los alimentos avanza, además de la pérdida visible de peso, al cuerpo se le niegan los nutrientes necesarios para su correcto funcionamiento por lo que se ve forzado a disminuir todos sus procesos para conservar energía, resultando en:

- Disminución en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, con riesgo de falla cardíaca.
- Reducción en la densidad de los huesos que resulta en huesos débiles y frágiles.
- Pérdida y debilidad muscular.
- Deshidratación severa que puede resultar en falla renal.
- Sensación de desmayo, fatiga y debilidad general.
- Crecimiento en todo el cuerpo de una capa fina de cabello (lanugo) como intento de conservar el calor corporal.

Respecto a los ciclos de atracones-vómitos propios de la bulimia, la afectación del sistema digestivo puede llevar a un desbalance químico y electrolítico en el cuerpo que puede afectar las funciones del corazón y otros órganos principales. Otra particularidad de estas presentaciones clínicas tiene que ver con la difícil disposición al dispositivo analítico. En muchos casos el padecimiento no es motivo de consulta para el paciente, siendo el entorno quien se angustia y solicita el tratamiento. Su padecimiento no suele interrogarlos, sino que les da cierta consistencia.

HAMBRE Y AMOR:

El doble requerimiento del órgano. La función de asistencia del Otro ante el desvalimiento inicial del individuo

“Hambre y amor mueven al mundo” Schiller, Die Weltweisen; citado por Sigmund Freud en “La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis”.

Conviene recordar que el mundo humano no tiene nada de natural. Las marcas que producen el cuerpo son de lenguaje y no de naturaleza, siendo el cuerpo el lugar del Otro tal como señala Lacan. Así, el destete, la educación de esfínteres, la interdicción del incesto, indican que el sujeto está constreñido a subordinarse a partir de su pertenencia al campo simbólico. En este sentido podemos pensar la dimensión del comer. ¿Qué significa comer para el ser humano? ¿Se trata de la mera satisfacción de una necesidad? ¿Existe tal dimensión para el parlêtre?

La comida es el primer don que el sujeto recibe del Otro, es por ello que tiene un valor simbólico y pone en juego la dimensión del deseo. Freud lo explica claramente cuando observa que el niño cuando se orienta hacia el pecho de la madre continúa su experiencia de satisfacción más allá de sus exigencias nutricionales. De este modo, la introducción del objeto oral se apoya en la necesidad pero también más allá de ésta. Freud va a trabajar este punto en sus Tres ensayos de teoría sexual (Freud, 1905), donde nos dice que la primera actividad y la más importante en la vida del niño se trata de mamar del pecho materno -o sus subrogados-. Al comienzo la satisfacción de dicha zona erógena se asoció a la satisfacción de la necesidad de alimentarse, sin embargo, coexisten en ella dos satisfacciones diferenciadas: una de tipo biológico-natural -alimentarse- y la otra de tipo sexual -el chupeteo-. Está última, montándose en la primera, introduce en el sujeto la dimensión estructuralmente “perversa” de la pulsión.

Se trata hasta aquí del primer modelo pulsional de Freud -pulsiones de autoconservación y pulsiones sexuales-, que permitía pensar una génesis precisa de la sexualidad en relación a la erogeneización del cuerpo producto de la dependencia biológica con el objeto primordial, la madre. Masotta (1980) señala que en este desarrollo Freud gesta un verdadero concepto, habla de apoyo -*anlehnung*-. El autor remarca que “la determinación de las zonas erógenas depende de la *Anlehnung*, el sujeto erogeniza las partes de su cuerpo que cumplieron una función biológica” (Masotta, 1980, p.39). Esto significa que las pulsiones de autoconservación o del yo y las sexuales tienen los mismos órganos a su disposición, con las posibles consecuencias que podría acarrear:

“En general, son los mismos órganos y sistemas de órganos los que están al servicio tanto de las pulsiones sexuales como de las yoicas. El placer sexual no se anuda mera-

mente a la función de los genitales; la boca sirve para besar tanto como para la acción de comer y de la comunicación lingüística (...) en este punto se confirma que a nadie le resulta fácil servir a dos amos al mismo tiempo. Mientras más íntimo sea el vínculo en que un órgano dotado de esa doble función entre con una de las grandes pulsiones, tanto más se rehusará a la otra. Este principio tiene que producir consecuencias patológicas cuando las dos funciones básicas estén en discordia, cuando desde el yo se mantenga una represión contra la pulsión sexual parcial respectiva”.

(Freud, 1910, p.213).

Es evidente entonces cómo el auxilio del Otro se hace presente y necesario ante la urgencia de la vida, introduciéndose así en el humano una necesidad de cuya presencia no tenemos noticia alguna en la especie animal. El desamparo, correlativo a la prematuración con la que el infante adviene al mundo y la introducción de la acción específica, produce la primera inscripción de lo que Freud denomina huella mnémica, primera inscripción en la memoria de una percepción satisfactoria en el aparato psíquico. De allí que existan dos declinaciones posibles del hambre, montadas una sobre la otra. El hambre de comida y el hambre que ningún objeto puede calmar porque es el hambre del seno, como significante del primer objeto (perdido) de satisfacción. Entonces se come también para gozar. Se come -esta es la enseñanza de la anorexia-bulimia- el vacío, objeto perdido de la primera satisfacción. (Recalcati, 1997, p.46). Podría pensarse que nos lo muestra la anorexia al comer-nada.

Asimismo, para poder ubicar esta diferencia que el lenguaje -el Otro- imprime entre el objeto de la necesidad y los rodeos necesarios para la satisfacción pulsional, podemos pensar en lo que sucede con la función de la alimentación en la cultura. Decíamos que el alimento aplaca la urgencia del hambre tanto en el hombre como en el animal. Pero a diferencia de éste, el hombre inventa un discurso alimentario -la gastronomía-, enriquece el objeto de la necesidad con adornos, especias. Lo manipula, lo desnaturaliza.

Para resumir, el aporte de Lacan respecto a estos postulados freudianos ha sido el de señalar claramente que para el sujeto que nace en el campo de Otro, la dimensión de la necesidad está perdida, y está estructuralmente obligado a hacer desfilas las propias necesidades a través del filtro del significante. La demanda es la dimensión de la necesidad modelada/subordinada al significante. En este sentido se dice que “se come siempre en la mesa del Otro” (Recalcati, 1997).

FENÓMENO ANOREXIA-BULIMIA

A propósito de la anorexia-bulimia, autores como Massimo Recalcati (1997) sostienen que se trata de un mismo circuito anoréxico-bulímico, sostenido por la misma lógica de

funcionamiento. Se trata de un discurso que da cuenta de una posición subjetiva singular en un sujeto psicótico o neurótico (histérico), diagnóstico que se realizará -transferencia mediante- en un tratamiento. Sin embargo, algunos autores piensan formas puras de ‘anorexia mental’, aunque al mismo tiempo remarcan que no se trataría de una nueva estructura.

En este sentido, elegir la vía del psicoanálisis en la lectura y tratamiento de la anorexia-bulimia significa de forma preliminar partir de la tesis de que la anorexia-bulimia no se trata de un simple cuadro nosográfico, una descripción de síntomas recurrentes, sino del resultado de un proceso de construcción subjetiva en el que el sujeto que la padece está implicado, aunque no lo sepa o se niegue a reconocerlo. Diversos autores coinciden en la importancia del abordaje interdisciplinario y no sólo un abordaje por la palabra. Por mi parte, considero fundamental no perder de vista que se trata para el sujeto de una solución, una respuesta. Asimismo, una de las inquietudes que me genera es si se trata efectivamente de presentaciones clínicas propias de esta época como se suele escuchar. ¿Cómo impacta la pregnancia de la imagen y el empuje a la satisfacción inmediata, con la ilusión de que existiría un objeto capaz de satisfacer la pulsión, propios de la época actual? ¿No es acaso esta ilusión la que queda de manifiesto en el atracón bulímico?

En mi breve recorrido en esta institución he podido constatar que una gran cantidad de los casos que se presentan a las consultas se trata de muchachas en el período puberal/adolescente, respecto a un problema fundamental que las concierne en relación con la imagen de sí y de su cuerpo, su posición en el vínculo social y la experiencia de un exceso pulsional que irrumpe, con lo que esto tiene de traumático. Por tal motivo, el empuje pulsional propio de esta etapa puberal y las dificultades que el sujeto tiene para tratar este exceso suelen estar entre las coyunturas de desencadenamiento, así como también las experiencias traumáticas de pérdida.

Introduciré ahora una viñeta clínica sobre algunas entrevistas con una paciente cuyo tratamiento es aún incipiente:

Julia (11 años) es traída por sus padres a la institución para iniciar un tratamiento. Se presenta a la admisión con sonda nasogástrica, pálida, con el cabello sobre el rostro y haciendo poco contacto visual. Sus padres relatan que ha sido dada de alta de su última internación clínica esa semana, habiendo atravesado en el transcurso de un mes por dos internaciones en clínica médica debido a su bajo peso y cuadro de deshidratación. Paradójicamente, durante las internaciones continúa bajando de peso, presentándose en la institución con 28kg.

En los meses que estuve en esta institución fue habitual ver que en general los pacientes llegan a partir de la demanda de la familia. A la consulta no llega un paciente con un pedido propio, quizás porque el sujeto ya tiene su síntoma que es su respuesta al problema. En ocasiones, suelen experimentar que dicha respuesta ya no es suficiente para tratar aquello

que los angustia y es en estos momentos cuando es posible que se produzca una hiancia, una falta en el saber que han construido, algo que se les escapa frente a las experiencias de angustia. Por el contrario, cuando el síntoma está instalado de manera fuerte la posición del sujeto anoréxico es más bien la de angustiarse al Otro pero parece casi indiferente a todo lo que le pasa. Domenico Cosenza (2013) señala que esto se debe a que un efecto del síntoma, también a nivel fisiológico, es el de anestesia, 'alexitimia', el sujeto no experimenta las emociones y parece que cualquier cosa que pueda ocurrir no produzca efectos sobre él. El desafío será entonces cómo conducir al sujeto a que salga de la anestesia en la cual se ha instalado con el desarrollo de la anorexia.

Respecto a Julia se decide que el dispositivo de tratamiento estaría conformado por psicología, entrevistas familiares, nutrición y posteriormente se incluirá tratamiento psiquiátrico. Se solicita al pediatra tratante el retiro de la sonda y se suspende su concurrencia al colegio por el momento, así como también se restringen sus actividades a lo mínimo (la paciente se agitaba al caminar una cuadra).

El inicio del padecimiento de Julia es situado por sus padres a principios de ese año, cuando comienza con un firme rechazo a ingerir alimentos. Dejó de participar del momento de la "mesa" y comenzó a recluírse en su habitación, rechazando el contacto con el entorno familiar. Con su madre la relación se volvió hostil y agresiva.

Julia vive con su madre y hermana, en la parte de abajo de la misma casa vive su abuela materna, con quien Julia duerme desde hace un año tras el fallecimiento de su abuelo (cáncer de garganta). Asimismo en el terreno viven los demás integrantes de la familia materna (tías y primas). Los padres de Julia están separados desde hace 3 años y medio, con una mala relación entre ellos, al punto de que a es partir de la problemática de Julia que su madre volvió a permitirle al padre ingresar al hogar a visitar a sus hijas. Los motivos de la separación de ambos no son claros, y según cuentan no es algo que hayan conversado con Julia ya que son temas de adultos; como consecuencia Julia ha creado su propia versión de los hechos y culpa a su madre de haber expulsado a su padre.

Inicialmente me incluí en el tratamiento en entrevistas vinculares. Tal como señalaba previamente, a menudo son los padres los que piden ayuda cuando las señales del padecimiento de la hija empiezan a hacerse evidentes. Por esta razón no se los puede dejar de incluir en la lógica del tratamiento, con la apuesta de explorar qué tipo de vínculo subsiste y qué función reviste el síntoma de la hija dentro de la economía de las relaciones familiares, asimismo brindar alguna contención y evitar que la angustia que les genera sea puesta en acto en una suerte de vigilancia sobre Julia, como estaba ocurriendo. Las entrevistas sólo tuvieron lugar durante dos semanas, dado que Julia es hospitalizada por tercera vez. Dicha internación transcurre durante tres días por cuadro de deshidrata-

ción e insuficiencia cardíaca, con un Índice de Masa Corporal de 12,04 y un peso de 26kg. Julia había llegado al punto de negarse a ingerir líquidos. Retomando la dimensión del riesgo, Massimo Recalcati señala que "la acción del analista no debe descuidar este contenido escandaloso del cuerpo mortal. Pero tampoco debe delegarlo al discurso médico (...) un elemento fundamental de la dirección de la cura en la anorexia-bulimia es la de hacer visible el riesgo mortal del cuerpo" (Recalcati, 1997, p.199). Desde el equipo tratante se decide la inmediata internación.

Julia no pide nada, no dice nada. Algo de lo inquietante, de la impenetrabilidad se hace presente en las entrevistas, el 'muro' del que algunos autores hablan respecto a la anorexia. ¿Cómo producir un pasaje desde lo que se muestra y no se dice, hacia algo del orden de la palabra? ¿A qué se refiere este rechazo? Domenico Cosenza (2013) eleva el 'rechazo' a factor paradigmático que unifica las diversas conductas «negativas» del sujeto anoréxico: rechazo de la comida, del cuerpo femenino, de la sexualidad, del lazo social, del tratamiento. En esta acepción, el rechazo anoréxico se presenta como una toma de posición ante el Otro, más que como un déficit o una conducta negativa. Se tratará entonces de interrogar aquella función y clarificar lo que lo sostiene: el autor propone elevar el rechazo anoréxico del mero estatuto mudo de comportamiento a la dimensión simbólica. Ahora bien, en este caso ¿podríamos pensar que estamos frente a una situación de riesgo cierto e inminente? ¿Por qué en estos cuadros no se piensa tan a menudo en las internaciones psiquiátricas como estrategia de abordaje? ¿Qué sucede cuando un paciente no expresa verbalmente ideas de muerte y/o suicidio pero el riesgo mortal del cuerpo se hace presente? Desde que esto comenzó Julia dejó de compartir la mesa con su familia, rechazando todo tipo de alimentos con el pensamiento de que si come algo malo va a suceder. Comenzó a peinarse ocultando su rostro y a negarse a ser vista por sus amigos y familiares. Debe comer en horarios determinados y fijos, organizar la comida de determinada manera en el plato; si come galletitas, por ejemplo, tiene que ser una cantidad par y sube fotos de cada plato a Instagram donde recibe comentarios de otras chicas con su misma problemática. Luego de la última internación accedió a comer algunos alimentos, aunque no puede dejar de calcular las calorías de cada porción que ingiere y tal como ocurre con la mayoría de las pacientes se cocina su propia comida. El síntoma anoréxico trata la relación del sujeto con lo real pulsional a través de la construcción de una identidad ligada a la enfermedad, desenganchándolo del vínculo con el Otro. Por esta razón, estos pacientes tienden progresivamente a situarse fuera del vínculo social, a suspender todas las actividades y relaciones, a abandonar la mesa y a encerrarse en un aislamiento mortífero. Las relaciones extrafamiliares que se permiten en las comunidades virtuales están más bien ligadas a relaciones narcisista-especulares

que refuerzan la identidad de goce ligada a sus síntomas. Las entrevistas con Julia continúan siendo breves y difíciles, no sólo no habla de su padecimiento, sino que casi no habla. Ha dicho que no le gusta verse al espejo y verse los huesos pero no sabe cómo hacer para comer. Domenico Cosenza señala que “lo que se ve en la clínica de la anorexia no es que, simplemente, el sujeto deja de comer sino que empieza a comer otra cosa (...) el objeto exclusivo de su goce” (Cosenza, 2014, p.1); “comer-nada”, señala Lacan (1964, p.110). Se alimenta del rechazo a alimentarse. Cuanto más rechaza la comida, más experimenta un goce especial que tiene un rasgo de absoluto. Es por eso que cuando el síntoma empieza se constituye una especie de “luna de miel” comparable en algunos aspectos con lo que le sucede al toxicómano. Se estructura una relación egosintónica en la que el sujeto empieza a amar a su síntoma más que a sí mismo, llegando en algunos casos a la muerte. No porque quiera suicidarse, señala el autor (Cosenza, 2014, entrevista extraída de internet), sino porque goza de su síntoma a un nivel tan fuerte que nunca se plantea el problema de la muerte. Existe una relación con el objeto de goce donde el sujeto pierde la medida, está sin límites. De aquí la importancia de una intervención a tiempo y del trabajo con otras disciplinas.

PALABRAS FINALES

Son aquellos casos en los que no nos encontramos desde el inicio con un sujeto que viene con una pregunta acerca de lo que le pasa, los que generan mayor dificultad para el despliegue del dispositivo analítico. He podido ver que es algo que se repite en las consultas de estos pacientes, con lo cual la pregunta por cómo maniobrar para que se produzca un interés por saber algo acerca de su padecimiento se hace presente en el caso por caso. Asimismo, si bien considero que los aportes de Freud y Lacan siguen vigentes y aportan herramientas para pensar la clínica, me pregunto si es mediante el dispositivo analítico clásico pensado por Freud para las neurosis -pensando el síntoma como un enigma a descifrar y el uso de la interpretación para su desciframiento- la forma de abordaje. A priori considero necesario el trabajo articulado con otras disciplinas que tienen mucho para decir respecto a lo que nos encontramos en la clínica.

Para finalizar, podemos situar que solo para el ser humano, para quien el alimento ya no pertenece al campo de la necesidad pura, puede existir un discurso como el de la anorexia-bulimia. Surgen varios interrogantes, ¿por qué ante determinadas encrucijadas un sujeto responde con una anorexia-bulimia? ¿Es en relación a esto que podemos pensar la incidencia de la época actual? ¿Cómo incide la familia en la aparición de estos fenómenos?.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cosenza D (2013): El muro de la anorexia. Ed. Gredos.
- Cosenza D (2014): “La anoréxica tiene una relación con el espejo; que está al límite de la persecución”. Extraído de: <https://www.lacasadelaparaula.com/es/domenico-cosenza-psicoanalista-la-anorexica-tiene-una-relacion-con-el-espejo-que-esta-al-limite-de-la-persecucion-2/>
- Donghi A y cols. (2007) Innovaciones de la práctica II. Anorexias, bulimias y obesidad. Ed. JCE.
- Freud S (1910): La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis. Ed. Amorrortu.
- Freud S (1905): Tres ensayos de teoría sexual. Ed. Amorrortu.
- Krauss N (2017): Hambre y amor. La noción de necesidad en psicoanálisis. Ed. Letra viva.
- Lacan J (1964): Seminario XI, “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”. Ed. Paidós, 1993, Buenos Aires.
- Masotta O (1980): El modelo pulsional. Ed. Altazor.
- National Eating Disorders Association (NEDA): Consecuencias de salud de los trastornos alimenticios. Extraído de: <https://www.nationaleatingdisorders.org/consecuencias-de-salud-de-los-trastornos-alimenticios>.
- Recalcati, M (1997): La última cena: anorexia y bulimia. Ed. Del Cifrado.



GABRIEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ
Médico. Residente de primer año en Salud Mental. Hospital Escuela de Salud Mental. Paraná, Entre Ríos. Período 2018-2022.
fmartinez.gabriel@gmail.com

AGUSTINA MUCHIUTTI
Lic. en Trabajo Social. Residente de primer año en Salud Mental. Hospital Escuela de Salud Mental. Paraná, Entre Ríos. Período 2018-2022.
muchiuttiagustina28@gmail.com

JULIANA REVELLES
Lic. en Psicología. Residente de primer año en Salud Mental. Hospital Escuela de Salud Mental. Paraná, Entre Ríos. Período 2018-2022.
juu.r8@hotmail.com

— Foto Sofía Grad

Entre puertas cerradas y puertas abiertas: el riesgo. Un caso clínico y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657



RESUMEN :: El presente escrito tiene como eje la problematización de las nociones de “riesgo” y de “cierto e inminente”, propuestas por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 con el objetivo de encontrarnos con los múltiples modos posibles de ser interpretada, y así reivindicar su importancia a la hora de pensar las internaciones involuntarias y otros tratamientos posibles en el marco de las prácticas en salud denominadas “alternativas”. En esta línea se presenta una situación clínica con el fin de plasmar una experiencia transcurrida en una sala de internación de usuarios y su articulación con la ley.

PALABRAS CLAVE :: Riesgo, Ley de Salud Mental, Internación involuntaria, Paranoia.



Escribimos hoy, durante nuestro transitar por una sala de internación de “agudos”, en un tiempo bisagra para la institución hospitalaria en donde nos ha sido necesario inscribir una pausa para pensar en qué situaciones las puertas se deben “abrir”, o se deben “cerrar”. Escribimos pensando en esa bisagra, que en su vaivén nos invita (a veces nos empuja) a problematizar nuestras prácticas y su relación con la Ley (¿cuál?) y con la singularidad de cada caso clínico (¿es eso posible?).

Ya en el comienzo de este relato, ubicamos un “entre”. Un entre que no sólo se reduce al abrir y cerrar de puertas, sino también que marca cierta disyuntiva (y a la vez relación) entre otros binarios con los que nos topamos: entre lo manicomial y las prácticas alternativas; entre las generalidades de una ley y las particularidades de un sujeto; entre la noción de riesgo y la antigua idea de “peligrosidad”; o entre ubicar el imposible irreductible de cada práctica y el chocarnos con la impotencia que inhibe, sanciona y culpabiliza. Este “entre” funciona a modo de resto que motoriza nuestra escritura, y nos reúne hoy en esta pausa que pretende trascender las agujas de lo cronológico.

Nuestras prácticas transcurren en el Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná, el cual se encuentra ya desde hace años en un proceso de transformación, pretendiendo el abandono de las representaciones, prácticas y discursos llamados manicomiales, y camina hacia el horizonte del conocido paradigma “alternativo”. La sanción de la ley de Salud Mental N° 26.657 es parte fundamental de dicho proceso y nuestro cotidiano en la sala de internación se encuentra atravesado por cada uno de sus artículos, en particular por un concepto tan superador como ambiguo y polémico: el de “riesgo cierto e inminente”. El decreto que reglamenta dicha Ley, intenta aclarar en su artículo 20:

“Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros (...)” (Decreto reglamentario 663/2013. Boletín Oficial de la Nación 05/05/2013).

Contingencia, daño verdadero, perjuicio a la vida, verificación. ¿Cuánto de medible y cuanto de tyche implica el riesgo? ¿Asegurar lo contingente? ¿Quién podría determinar qué es Daño Verdadero? Espector (2014) al respecto argumenta que la frase “riesgo cierto e inminente” lleva a hacer creer que se debe tener completa certeza de la aparición de su consecuencia (por ej. suicidio) para determinar una internación involuntaria, y como bien sabemos el pasaje al acto difícilmente puede ser diagnosticado de antemano de forma “verdadera, segura e indubitable”. La cualidad de inminente, desarrollada como “plazo perentorio” (Dirección Nacional de Salud Mental

y Adicciones, 2018), también podría surgir como confusa en situaciones donde se manifieste la probabilidad de un daño severo, pero no evidente en el cortísimo plazo; la ley obliga a que existan ambos determinantes por su conector discursivo “y”.

Lejos de intentar relativizar este concepto sumamente importante y al cual apelamos permanentemente, pretendemos ubicar los matices, las grietas y sus posibles interpretaciones para desde allí, a partir de encontrarnos con su “malentendido” inherente, reivindicarlo.

En el medio de este proceso transformativo, una mañana irrumpieron en el cotidiano de la sala *“las letradas del artículo 22”*. En las internaciones involuntarias en donde el usuario no posea un abogado defensor, el Órgano de Revisión da intervención a la Unidad de Letrados Art. 22 de la Ley N° 26.657, para que garantice el derecho de las persona internada a contar con el antes dicho (art. 22). Esta llegada inesperada y sorpresiva (ya que los profesionales de la sala desconocíamos de la creación de dicha Unidad en nuestra provincia) hizo que en un principio surgieran grandes interrogantes respecto algunos puntos (claves, a decir verdad) propuestos por la ley y que aún no se habían interpretado bajo alguna, digamos, “presión litigante”. Allí es que comenzábamos a comprender a través de la propia experiencia qué significa el estar dentro de un *campo de disputas y de saberes (Bourdieu, 1990)*, en el que conviven ambas lógicas: la alternativa y la manicomial. Comenzamos a comprender la puja por encontrar dentro de esta complejidad las estrategias para producir salud con otros en momentos de crisis, no sin tener presente la legalidad que nos “rige”.

Las letradas llegaban para indagar respecto de la praxis; se presentaban ante nosotros como *quienes venían a garantizar el cumplimiento de los derechos humanos de aquellas personas internadas de manera “involuntaria”, como “la voz de las usuarias”*. Esta nueva figura nos advierte que todo candado, puerta cerrada o cualquier práctica de aislamiento estaba “prohibida por ley”. ¿Éramos los profesionales quienes cerrábamos dichas puertas? Previo a su llegada, ¿no escuchábamos “las voces de las usuarias”?

UN CASO CLÍNICO, UNA LEY, UN EQUIPO DE SALUD

“De la escucha al escrito y de lo escrito a lo real, a lo imposible de escribir. La escritura es una utopía que nos enfrenta con la castración y el límite.”

Elida Fernández (2013). Imago Agenda N° 170.

Francoise Davoine, en su historización respecto de la relación entre los analistas y la locura, refiere que en Francia durante

mucho tiempo estuvo “mal visto” el relatar situaciones clínicas ya que dicho relato se pensaba como “poco científico y anecdótico”. La autora, lee entre líneas otro motivo que sostenía dicha posición: en estos relatos “*los terapeutas también confesaban no lucirse siempre, ni tener la interpretación precisa, y debían trabajar precisamente a partir de sus propias fallas*” (Davoine & Gaudillière, 2011, p.27). Tomamos la decisión de ilustrar este escrito con una situación clínica, que va de la mano con el poder ubicar a partir de la escritura y del encuentro con otros interlocutores, los avatares con los que nos topamos, nuestras fallas, nuestros puntos ciegos, y los propios imposibles de la práctica con la locura; no desde un lugar culpabilizante y superyoico, sino con el objetivo de ubicarnos “en el banquillo” (Lacan, 1976) y re-preguntarnos acerca de las consideradas “buenas prácticas” y también de “lo posible”. Y si en todo caso es posible hablar de “buenas o malas prácticas” en salud mental, o si por el contrario vale darse la oportunidad de detenerse en el medio del desborde a reflexionar.

“ESTO ES UN CASTIGO”: LOS INICIOS DE LA INTERNACIÓN

“¿Puede extrañar que la prisión se asemeje a las fábricas, a las escuelas, a los cuarteles, a los hospitales, todos los cuales se asemejan a las prisiones?”

Foucault, M. (1975). Vigilar y castigar (p. 230).

Guadalupe llega traída por la policía a la guardia hospitalaria, con un oficio para que un equipo interdisciplinario de salud mental evalúe su situación. Refiere haber venido a raíz de una “denuncia” que realiza para defender a su hija de una serie de abusos, y ubica desde los comienzos a su familia como aquellos que sostienen “una trata de personas”. El equipo de guardia, tras evaluar que la situación comprende un riesgo para sí y para su hija, quien al ser menor se encontraría vulnerable ante esta situación de desborde, y tras rastrear la imposibilidad de contar con un contexto continente ya que todos sus lazos estaban teñidos de contenido delirante persecutorio, decide internación involuntaria. Guadalupe vivencia la internación como una “venganza” de parte de su familia.

Al no poseer “conciencia de enfermedad” ni de situación, y al resistirse tanto a la internación como a la indicación de medicación, en un primer momento se realiza sujeción mecánica bajo protocolo específico.

La sujeción física o mecánica es un recurso terapéutico de última instancia para ser utilizado en situaciones excepcionales donde se requiera garantizar la seguridad del paciente y/o

de terceros, que ha sido aceptado por la normativa vigente, y protocolizado por numerosas instituciones hospitalarias para asegurar su adecuado uso (por ej., Mostajo y Otero, 2016), como toda intervención en salud que supone efectos beneficiosos, e intenta disminuir al máximo posible los efectos adversos. Un “protocolo” viene a inscribir cierta legalidad allí donde una práctica no puede quedar librada a la ética de cada profesional, allí donde el intento de “evitar el riesgo” puede resultar aún más iatrogénico que la “fuga” misma. Nuevamente una pregunta que *no cesa de no* inscribirse, generándonos incertidumbre y perplejidad, ¿con qué criterios los profesionales nos habilitamos a realizar dicha medida restrictiva? Entre el *riesgo* y la sujeción mecánica, ¿hay un “entre”?

“¿Cómo me van a atar? Yo soy docente en la Universidad, soy madre, esto es un castigo”.

El decreto 603/13 que reglamenta el artículo 14 de la ley antes dicha, expresamente prohíbe la existencia y utilización de salas de aislamiento, práctica que en nuestra institución era llamada “contención en habitación” en momentos agudos de la crisis, con el objetivo de evitar “fugas” que pongan en riesgo la vida de las usuarias o de terceros. Dicha contención, a partir de una decisión institucional y tras múltiples conversaciones al respecto con el Órgano de revisión provincial, es estrictamente prohibida hace apenas pocos meses provocando una transformación radical en los procesos de internación. Si dicha medida era tomada con criterios clínicos y era pensada como una práctica pertinente y cuidada, ¿qué hacer de ahora en más con ese vacío que deja su prohibición? ¿Hay otras alternativas para el tratamiento del momento agudo de la crisis?

La medida de contener físicamente a una persona en una sala de forma excepcional, al igual que la contención mecánica en una cama, ¿no podría constituir un recurso terapéutico protocolizado? ¿Cuál medida es la pertinente para asegurar la involuntariedad de la internación, cuando la situación por la que atraviesa el usuario no tiene criterios para la sujeción mecánica?

Consideramos que la ley viene a proponer tópicos o claves que nos invitan a desarrollar al máximo posible estrategias de abordaje comunitario, teniendo como horizonte de sentido la implementación de prácticas cuidadas para la población que es usuaria de los servicios de salud mental. Sin embargo, es en el día a día que vamos configurando estas nuevas prácticas, en un contexto de políticas neoliberales y de recortes presupuestarios en el ámbito de la salud, donde nos preguntamos: ¿cuáles son las condiciones de posibilidad de una internación que promueva prácticas de cuidado? ¿A qué condiciones sometemos a los usuarios en internaciones donde se hace *lo que se puede con lo que hay*?

Durante su internación, entrevista tras entrevista, Guadalupe no sólo denuncia la “trata de personas” en la que se encuentra sumergida si no también los “tratos” que recibe en el hospi-

tal, interpellando constantemente al equipo de salud, quienes no dejábamos de sorprendernos tras escuchar sus múltiples demandas y los fundamentos con los que las sostenía. “*Yo no necesito medicación, trabaje toda mi vida y sin medicación*”. Tras lo reciente de su crisis y a partir de la evaluación de su falta de “conciencia de enfermedad” y “adherencia al tratamiento”, se decide establecer un esquema inyectable en lugar de la medicación vía oral; teniendo siempre presente, a su vez, el *riesgo* que implicaba para el lazo transferencial el “colocar un inyectable”, medicación ubicada como elemento de sus ideas paranoides.

Tras cuatro días de internación, la usuaria se “fuga”. Y este momento agenció también de bisagra.

Nos encontramos como equipo sosteniendo intervenciones fuera del hospital, en un fin de semana, respondiendo llamados, mensajes de familiares, intentando estar al *pie del cañón* de la situación. Y sucede que la urgencia atraviesa tanto a la familia, la usuaria y el equipo. Finalmente, los familiares logran tras un nuevo oficio que Guadalupe vuelva a ser reingresada al nosocomio pasadas algunas horas de su retiro. Que la usuaria no esté en la institución, era un *riesgo*. ¿Para quién? Ante esta situación en entrevista con familiares, estos interpellan la responsabilidad de la institución y del equipo tratante de garantizar la “involuntariedad” de la internación. Nuestra respuesta, a modo de eslogan tranquilizador: “*esta es una institución de puertas abiertas*”. El equipo tratante *era preguntado* constantemente, y a la vez, *éramos hablados*: por los artículos de la ley, por los clichés institucionales, por los mandatos propios que sostenemos los practicantes que nos iniciamos en la experiencia. Ser mirados por los otros, y -principalmente- por nuestros severos ideales superyoicos a modo de panóptico.

Otra reunión, esta vez con el Órgano de revisión provincial. El motivo de reunión fue en relación a las internaciones involuntarias, las condiciones hospitalarias y los modos de abordajes de situaciones de crisis. Nuevamente tuvimos que dar fundamentos clínicos de los motivos de la internación y de las coordenadas del tratamiento, y es en este (des)encuentro que surge la pregunta, esta vez de parte del equipo, respecto de cómo abordar episodios agudos sin la tan nombrada contención en habitación. Frente a dicho interrogante, el cual encubría de alguna forma una demanda, nos devuelven una respuesta (que no era la esperada) y con ella nos reubican en un lugar activo y potente: “*de ahora en más, es a construir*”. Entonces, ¿qué puertas abrir, y cuáles cerrar?

Carlos Tisera (2014) dirá que “estamos contra las cuerdas, trabajando con una población que permanentemente pone en juego a las instituciones y a cierta estructura social desde el ponerse ellas en peligro. Hay que ver qué pasa cuando ellos peligran y la institución queda impotente en relación a ello” (p. 120).

LA LIBERTAD EN RIESGO

“*Los hombres libres, los verdaderos, son precisamente los locos.*”

Lacan, J. (1971). Acerca de la causalidad psíquica.
En J. Lacan, Escritos 1.

Luego de este episodio que nos desbordó y nos puso *al pie del cañón* nuevamente, otra detención fue necesaria para construir - cual alfarero - alrededor de ese vacío de alternativas a la contención. ¿Qué implica que el Hospital Escuela de Salud Mental sea “de puertas abiertas”? ¿Abiertas para todos? Esta situación de urgencia y la consecuente angustia y desborde familiar, nos permitió ubicar el hecho de que el *ser preguntados*, no nos permitía preguntar, acción plenamente necesaria para abrir las puertas que verdaderamente estaban cerradas. Una urgencia que se transforma en oportunidad de otras lecturas, y que al ser pensada como parte del proceso salud-enfermedad, posibilita un ordenamiento distinto en el equipo por un lado, y en la usuaria por otro.

“*Cuando mi mundo se desarmó, la política se metió en mi ser, y toda mi familia estaba complotada. Y me siguen avasallando*”

Comenzamos a pesquisar que era necesario cerrar -momentáneamente- algunas puertas a los otros avasallantes pertenecientes al núcleo persecutorio de la usuaria. Esto con la finalidad de crear un lugar durante y en la internación del cual, en algún momento, Guadalupe pueda irse y no “fugarse” y así mismo comenzar a delinear otros posibles lugares menos persecutorios y omnipotentes en ese afuera del cual se defiende a partir de la creación delirante; lugares a los cuales poder volver.

“*Yo siempre fui muy libre, crié a mi hija como una persona libre, y los otros siempre inhibían esa libertad*”

Preguntar y escuchar el relato que la usuaria paulatinamente comenzaba a tramar, nos permitió ubicar significantes a partir de los cuales montaríamos estrategias terapéuticas que contengan, ya no en una sala, *la libertad, la verdad, la justicia*. Significantes que, a pesar de contener fuerte carga simbólica, intentamos vaciar de sentido, para construir en conjunto con Guadalupe una significación común. Si para Guadalupe *el infierno son los otros* (Sartre, 1944), ¿es posible pensar la construcción de una libertad que no implique desamparo, anomia y soledad?

La ley insiste en el derecho del usuario de decidir respecto de su tratamiento, y el equipo reivindica dicha legalidad escuchando las demandas y percepciones de la usuaria respecto

del proceso de internación. En esta línea, se adapta el esquema farmacológico en relación a determinados acuerdos con Guadalupe, se programan “permisos terapéuticos”, se incluye una acompañante terapéutica: “*Vieron, cuando entendieron que no me tenían que atar no me fui más*”

Pero la pausa nuevamente se transforma en prisa: “*Estoy hace un mes acá ya, te aviso por el tema de la ley de salud mental*”.

ENTRE LA VERDAD PARANOICA Y LA VERDAD JURÍDICA

“*El vínculo analítico se funda en el amor por la verdad.*”
Freud (1937). Análisis terminable e interminable, p. 249.

A raíz de la insistente demanda de la usuaria, y a partir de la lectura de la Ley de Salud Mental la cual propone la brevedad de las internaciones (art. 15), el equipo decide “otorgar” un permiso de salida acompañada de su A.T., para encontrarse con su hija en su casa, y comenzar a pensar en la reconstrucción del “afuera” para que la internación sea “lo más breve posible”.

En el encuentro con su hija, en lugar de habilitar la posibilidad de comenzar a pensar en *los otros* como lazos saludables y ya no avasallantes, se produce una nueva crisis y nos obliga a repensar nuestras decisiones. Guadalupe retoma sus denuncias, realiza llamados telefónicos a la policía de forma compulsiva, y ubica a su hija como parte del “complot”. Recordamos entonces la propuesta freudiana: “*el psicótico ama su delirio como a sí mismo*” (Freud, 1895).

Ana María Fernández (1999) nos alerta, siguiendo a Althusser, respecto de realizar “*lecturas bíblicas del texto*”. ¿De qué brevedad habla la ley? ¿Es posible compartir una noción de tiempo con el discurso jurídico? Si bien apelamos y reivindicamos la idea de *presunción de capacidad de las personas* a la hora de tomar decisiones junto con la usuaria, ¿siempre es posible la toma de decisiones en conjunto? Nos preguntábamos entonces, si en lugar de pensar a la ley y sus valiosos aportes como herramientas para el trabajo con la locura, no estábamos enceguecidos con su potencia, obnubilados por una especie de certeza y enamoramiento enloquecedor, sin dar lugar a leer entre líneas y hallar allí el *caso por caso*.

Este permiso, que hoy *-con el diario del lunes-* consideramos que fue apresurado y pensado a partir de la escucha del tiempo de las agujas del reloj más que de los criterios clínicos, instaló un nueva pausa. Era necesario, para que la Ley no sea letra muerta, que una lectura clínica e interdisciplinaria nos permita desplazarnos del “*para todos*” a la singularidad de la situación.

En palabras de Miguel Furman (2013):

“La clínica de las psicosis nos enseña con mucha claridad lo singular de la locura de cada uno, el concepto de pluralización de las suplencias es opuesto: a la idea de una salud mental para todos”. (p.12)

Pensar lo breve y lo posible, en este caso en particular, era clave para no quedar fascinados por la verdad que propone la normativa legal, y transformar la *lectura bíblica* en lectura crítica. Del *buen pastor*, a sujetos con responsabilidad que aceptan *el riesgo* como inherente a toda decisión.

En las siguientes entrevistas la usuaria nos relata que sintió que era necesario nuevamente denunciar la serie de abusos de los que ella y su hija eran víctimas, “*lo volvería a hacer, es una injusticia*”. La situación se había nuevamente desbordado, y la familia denuncia “el desorden” que produjo esta salida, indicándonos que la verdad de Guadalupe no era aún susceptible de ser relativizada. “*Cuando mi mundo se desmoronó, yo tuve que reconstruir todo hablando desde la verdad, como mecánicamente*”.

Consideramos en ese momento que parte de los motivos que sostenían la internación como “la única opción terapéutica posible”, además de percibir que la sintomatología clínica de Guadalupe no mostraba mejoría o acotamiento, radicaba en percibir el gran monto de angustia en la familia de la usuaria, por lo que ubicábamos un *riesgo* para ella y “sus terceros” al pensar en un posible alta.

Según Elena Levy Yeyati (2004):

“Podemos valernos de la señal de angustia para hacer algún cálculo sobre un riesgo potencial, que no debe ser necesariamente del interior del sujeto; podemos entender que es en su entorno, sus allegados, en alguno de los miembros de su rebaño donde podemos encontrarla” (p.123).

Al estilo freudiano, la experiencia nos iba delimitando ciertos horizontes y delineaba nuevos modos de pensar aquellos textos que ya comenzaban a perder su tinte sacralizado. Se realiza una nueva modificación del esquema farmacológico y se comienza a introducir en las entrevistas que *no todo* es posible, habilitándonos como equipo a intentar inscribir algún tipo de límite o acotamiento para de esta forma, *no retroceder frente a la psicosis* como nos lo propone el psicoanalista francés Lacan (1977). El establecer algunos límites comenzó a ser pensado entonces, ya no como restricción de los derechos de la usuaria o silenciamiento de su voz, sino como estrategia clínica, como *contención*.

Durante una de las entrevistas, retomando el gusto por la lectura al que Guadalupe había hecho referencia, el equipo le sugiere que *escriba* en relación a la idea que tenía respecto de su próxima salida y sus próximos encuentros con esos *otros*. Sorpresivamente, esta propuesta resuena en la usuaria de forma tal que a lo largo de los días siguientes nos trae anota-

ciones en las que comienza a ordenar y reconstruir un *afuera* distinto del que la había eyectado.

“Yo sé que esa gente sigue en la trata de personas, que abusan de mi hija, pero ya hice todas las denuncias que tenía que hacer, ya está”.

Si bien tanto en sus escritos como en su relato durante las entrevistas el núcleo delirante persistía cual *roca viva* (Freud, 1937), algún anudamiento “aunque sea momentáneo y lábil” se había producido, para que Guadalupe pueda sostener su construcción sin que ésta la empuje a situaciones de *riesgo* o de exposición. La alteridad, dimensión dañada en la psicosis, comenzaba a viabilizarse instalando la posibilidad de percibir a los otros como “no tan” avasallantes.

INSCRIBIR EL RIESGO

*“Todo entre los mortales,
tiene el valor de lo irrecuperable y lo azaroso”.*

J. L. Borges. El inmortal (1947).

Si retomamos la idea de que en la psicosis *no se ama sino a su delirio*, y recordando que la clínica no apuesta a la eliminación de dicha construcción como dirección de la cura, ¿cuál era entonces el motivo para que la internación se siga prolongando? *“Estoy teniendo algunos sueños de conciliación. Necesito mi casa, mi trabajo, mi perra”.*

Sostenemos que, así como la idea de *riesgo* fue transversal

a todo este escrito y fue bordeando cada uno de los aspectos referidos, problematizando de esta forma la noción propuesta en la ley, dicha dimensión no es susceptible de ser erradicada de la vida de Guadalupe, como de ninguna vida. El riesgo introduce lo probable y lo contingente, y es a partir de colocar “la enfermedad entre paréntesis” (Basaglia, 1973) y de comenzar a pensar en un sujeto de derecho gracias a las múltiples transformaciones del campo de la salud, que dicha probabilidad no está enlazada a la noción de peligrosidad de la psiquiatría clásica, desarmando la superposición entre castigo y tratamiento, entre tutela y locura.

El poder discernir qué riesgo nos habilita a pensar en una internación como estrategia terapéutica, y qué riesgo es propio del estar vivo, propio e inherente a “caer enfermo ante las exigencias que el propio medio nos impone y tener la capacidad de levantarnos” (Caponi, 2006); consideramos es la clave del trabajo con urgencias subjetivas y se encuentra en el horizonte de una práctica ética. Es en la posibilidad de ubicar ese resto saludable, en dónde radica la oportunidad de transformar el riesgo de anomia y desamparo, en riesgo susceptible de ser bordeado y -en algún punto- tramitado sin ser eliminado.

En el “entre” de estos diversos modos de pensar al “riesgo”, ubicamos el escribir. La invitación a Guadalupe a fijar en la hoja en blanco aquello que se encontraba *deslocalizado*, retorna hacia el equipo convocándonos al riesgo de encontrarnos con esos grises, con el “entre” en el cual construimos estrategias y tomamos decisiones, sin garantías y no sin conflictos.

Si el amor por la verdad era lo que fundó de alguna forma el vínculo transferencial, lo que lo sostiene radica en el encuentro con el *no todo* que se sucede en el escribir: la escritura entonces -tomando a Caponi (2006) en su expresión- como apertura al *riesgo*.

BIBLIOGRAFÍA

Argentina. *Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental N° 603/2013* (2013). Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina.

Argentina. *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657* (2010). Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina.

Argentina. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018). *Abordaje de la salud mental en hospitales generales*. Buenos Aires.

Basaglia, F. (1973). *La institución negada*. Barcelona: Barral.

Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.

Caponi, S. (2006). *La salud como apertura al riesgo*

En Czeresnia, Dina y Machado de Freitas. *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Davoine, F., & Gaudillière, J. (2011). *Historia y Trauma*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Espektor, M. (2016) *Aspectos médicos legales: el manejo del riesgo suicida en los tiempos de la ley de salud mental argentina* (p.650-652) En Alvano S., *Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad*. Buenos Aires: SIIIC.

Fernández, A. (1999). *Instituciones estalladas*. Buenos Aires: Eudeba.

Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar* (p. 230). México: Siglo Veintiuno.

Freud, S. (1895). Manuscrito H. En S. Freud, *Obras Completas vol. I*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable* (p.249) En S. Freud, *Obras Completas vol. XXIII*. Buenos Aires: Amorrortu Lacan, J. (1964). *Seminario 11*. Buenos Aires: Paidós.

Furman, M. (2013). La iniciativa del otro en la paranoia. *E-Mariposa*, (5).

Lacan, J. (1976). *Escritos*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Lacan, J. (1977). *Apertura de la sección clínica*.

Mostajo, E., & Otero, R. (2016). *Contención física terapéutica de pacientes. Protocolo hospitalario*. [Ebook]. Buenos Aires: Hospital El Cruce Néstor Kirchner. Retrieved from <http://www.hospitalelcruce.org/hecrep/pdf/SENF--002.pdf>.

Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios*. Buenos Aires: Topia.

Tisera, C. (2014). *Cadáver exquisito* (p.120) En Clepios 65 Muerte y Suicidio. Buenos Aires: Pólemos.

Entrevista a la Dra. Graciela Iglesias

En este número quisimos tomar el concepto de “Riesgo cierto e inminente” dado que suele generar debates y despertar inquietudes en la inserción de los profesionales en formación, sobre todo en dispositivos de urgencia como son guardia, internación, etc. Por eso buscamos centrarnos en este concepto planteado por la Ley de Salud Mental 26657.



Clepios: ¿Cómo es que se llegó a construir el concepto de “riesgo cierto e inminente” que hoy en día figura en la ley?

E: Lo que la reforma vino a traer fue a la salud y a la salud mental en particular dentro del paraguas del sistema de Derechos Humanos y esto impone que la salud mental es un Derecho Humano. En función de esto, se atraviesan todos los pactos internacionales y todos los grandes estándares de los organismos internacionales como la OMS, la OPS, la Convención Internacional de DDHH, y las Declaraciones que, si bien no forman parte de un derecho vinculante, sí son lo que en el mundo jurídico llamamos “el derecho blando” que va constituyéndose como un puente entre las declaraciones u observaciones, principios y la atención. El anterior término de peligrosidad tiene fuente criminológica, viene del derecho criminal, tiene una naturaleza epistemológica basada en la peligrosidad, justamente, y no es determinante de lo que la persona en ese momento actual está viviendo sino de lo que eventualmente pudiera llegar a hacer o pudiera llegar a pasar. Entonces, en esa construcción, el Estado se arroga el derecho de controlar el cuerpo y la vida de una persona. Para correr este concepto muy fuerte de peligro para sí o para terceros, que posibilitó que la jurisdicción tuviera una intervención protagónica con algo que estaba referido a un derecho humano que es el derecho a la salud, desde ese concepto se empezó desde distintas áreas a re-pensar. Este nuevo concepto tiene un enfoque más sanitario que legal con enfoque de Derechos, pero desde todos los ámbitos empezamos a conversar sobre esto y el consenso vino en un concepto que se delineó en el espíritu del legislador, desde una definición más sanitaria que es el de riesgo de salud. El problema era cómo se objetivaba ese riesgo desde la salud, entonces en salud mental es cierto que si una persona está interceptada por voces y esas voces le dan órdenes y éstas son para hacerse daño a sí mismo o a otros, es algo que debe tenerse en cuenta. Es

decir, la pregunta era cuándo se habilitaba a que hubiera una situación excepcional y diferenciada ante un riesgo presunto pero inminente y que solamente el criterio sanitario lo podría establecer y atender.

C: En relación a esta inclusión de “riesgo” nos preguntamos ¿cuál fue la intención de incluir los adjetivos específicos de “cierto e inminente”?

E: Claro, cuando existe la mayor probabilidad de que el hecho ocurra o pueda pasar. La diferencia es que antes lo valoraba una jueza o un juez y ahora lo evalúa un equipo interdisciplinario. Es la mayor proximidad a que el hecho pueda ocurrir. La diferencia es que esa valoración es una determinación que parte desde la salud y el criterio entonces es una ponderación de los profesionales de la salud y no judicial.

C: Respecto al equipo interdisciplinario, la inclusión de esta terminología pareciera generar cierto debate al interior del mismo. ¿Considera que esto es así? ¿Por qué cree se genera dicho debate?

E: No tengo certezas en esto, lo que tengo es experiencia. Yo creo que los debates se generan porque la fórmula anterior, de una manera muy positivista, habilitaba a una intervención *a priori* sin discusión alguna. Esta fórmula, que se pretende considerar viscosa o poco clara, coloca a los equipos en otra situación. En una situación mucho más protagónica, por un lado, y mucho más exigente en la intervención. Lo que pasa es que también está previsto para un sistema de salud que pueda atender la urgencia aún en la calle, como sucede en otros lados, un dispositivo sanitario que va al lugar donde la situación de riesgo se está dando y no necesariamente en la guardia de un hospital. Toda la ley lo que tiende es a un sistema que sea abierto en cuanto a la atención y venimos de otro sistema diferente.

C: ¿Considera que se hacen distintos usos del concepto en función del equipo que evalúa?

E: Totalmente.

C: ¿Por qué cree que eso ocurre y cuáles son esos diferentes usos que pueden hacerse del término?

E: Yo creo que estamos viviendo, a pesar de los años que ya tiene la ley, en un modelo mixto por varias razones. Porque hay prácticas que se resisten a este movimiento, las nuevas generaciones son mucho más permeables a vislumbrar este cambio y entonces hay resistencias de todo tipo. Primero, estructural, porque recién se empieza a visualizar esta cuestión de la descentralización efectiva en la atención. En modelos cerrados es muy difícil trabajar como un modelo abierto porque eso provoca en los equipos una situación de alteración y de discusión permanente. Cuando en realidad, cuando uno hace lo que tiene que hacer, la discusión cede. Pero en un ámbito donde la exigencia sigue siendo el modelo de sustitución del modelo anterior es muy difícil la aceptación.

C: ¿Sería necesario en la práctica contar con una definición rigurosa de lo que se entiende por “riesgo cierto e inminente”?

E: Nosotros empezamos a pretender de más leyes, más definiciones, cuando levantamos barreras frente a lo que debemos hacer concretamente. Cualquier profesional de cualquier disciplina sabe que las situaciones urgentes son para ser atendidas. Y que eso implica que no hay tiempo, que el tiempo es el más breve posible y que es desde su real saber y entender en ese momento donde quizá la vida de alguien depende de esa primera intervención. Se va a seguir discutiendo eventualmente pero en realidad lo que hay que hacer es poder brindar atención en una situación crítica que implica una urgencia profesional porque la persona está en una situación de emergencia. Esto pasa en todas las disciplinas y en salud mental no debiera ser diferente. Otro tema es, después, cómo se procede, cuáles son los protocolos de atención en crisis, es otra discusión pero no en sí mismo el riesgo cierto e inminente. ¿Por qué el peligro para sí o para terceros era tan claro? ¿Qué era lo que objetivaba esa terminología? ¿Qué tranquilidad le daba a los equipos?

C: En relación a esto nos preguntamos respecto a los cambios que tuvo pasar de un paradigma de “peligrosidad” a pensar en términos de “riesgo cierto e inminente”.

E: Pensar desde un lado implicaba el amparo de todo un aparato del Estado que resguardaba, de algún modo, la actividad profesional y esto es un impulso y una promoción a una intervención estrictamente sanitaria. Es decir, no significa que posteriormente no vaya a tener un control de legalidad, pero inicialmente es una facultad por la que se luchó mucho desde distintos sectores de salud para que fuese así. En realidad, el fin que tuvo esta ley, como muchas otras, es desjudicializar y que fuera la última ratio, decimos los abogados, la intervención jurisdiccional.

C: Y este cambio legislativo ¿cómo cree que ha impactado en el trabajo interdisciplinario de los distintos equipos de salud?

E: De varios modos. En algunos molestando o generando discusiones y creo que lentamente, con el curso de los años, se fue aceptando. Hay muchas situaciones en donde se coloca la imposibilidad de la ley en la ley y no en el sistema. Lo que torna complicado o de difícil cumplimiento algunas exigencias que la ley tiene es, justamente, la necesidad de modificación del sistema que no pasa únicamente por dispositivos alternativos, por casas de medio camino, etc. Primero que nada pasa por la conciencia por el cambio y la reformulación de las prácticas. Y la reformulación de un sistema que trabaja de 8 a 12 hs del mediodía, poco más o poco menos. Cuando, en verdad, la salud de todos no tiene mucho horario. Eso, además, es una rueda porque los profesionales en formación, por ejemplo, quedan a cargo con responsabilidades enor-

mes, sufriendo de alguna manera una especie de maltrato en ese sentido, en horarios donde debieran estar otros equipos acompañando. Entonces, después, esa imposibilidad se coloca en la ley. Lo mismo respecto a la atención en la guardia cuando quedan pacientes con derechos vulnerados por días y días, ahí el problema no es ni la guardia ni la ley; el problema es que no se abre el sistema para poder atender a esa persona en los términos que la ley propone, entonces volvemos al sistema.

C: ¿Cuáles serían entonces las variables institucionales que podrían influir en la valoración de riesgo?

E: El riesgo, como se pensó, está exclusivamente puesto en las personas, no debería haber otras variables. Las que están en juego son todas aquellas que hacen a su salud en un momento dado, en una determinada situación. Pero lo que preguntan se ve respecto de voluntarizar o no a una persona, a veces tiene más que ver con parámetros de necesidades o falta de recursos o para alejar el control de legalidad de la situación que se dé y no en función de criterio de salud. La política de Estado tiene que superar a las políticas partidarias y desde ahí construir un sistema acorde a la ley. Ahora, si estamos “luchando” o “discutiendo” con la adecuación o sustitución cuando ya estamos en el plazo que la ley otorga para la sustitución, entonces lógicamente estas variables van a tener que ver. Pero en realidad para valorar una situación de riesgo cierto e inminente no tiene nada que ver en dónde uno esté parado si en la calle, en un servicio, en la guardia o donde esté. Es donde esté la persona. Ahora, que el sistema debe poder acompañar lo que sigue, por supuesto que sí.

C: En función entonces de cómo queda definido el concepto de riesgo cierto e inminente, ¿qué recomendaciones podría dar a los profesionales en formación respecto a cómo interpretar lo que la ley plantea?

E: Lo que pasa es que no hay una definición certera de eso, creo que sería respetando el saber de todas las disciplinas en juego. Lo que a mí me parece es que lo primero que hay que aceptar no es la terminología legal. La adaptación a esa terminología la tienen que hacer los equipos y a partir de ahí hacer la discusión, y no al revés. Eso pasa con la ley en general, uno piensa que es perfectible y que podemos, en parte sí en parte no, o que se puede aceptar por pedacitos. En realidad, el derecho no es por pedacitos. El derecho se reconoce y hay derechos humanos que una vez que se reconocieron ya no se pueden retrotraer, esto justamente está basado en esos derechos y por lo tanto, vuelvo al sistema. Es el sistema el que tiene que confrontar con la ley y las definiciones que la ley trae, no la propia ley. Ese esfuerzo es hacerla realidad. Por ejemplo, ahora se está trabajando sobre pautas que tienen que acompañarse por resoluciones que tienen que implicar modificaciones a nivel de estándar, de estructuras, de abordaje, de circuito, etc. Acompañarse de decisiones firmes y cumplimiento efectivo, de lo contrario lo que se genera es incertidumbre,

confusión, impotencia en los equipos, rabia. Porque no se ve claridad. En los distintos estamentos de las decisiones es necesario tener claridad. Sin embargo, si lo que pasa es que empiezan a aparecer luchas porque el profesional médico lo que quiere es seguir teniendo su lugar privilegiado dentro de la atención y no puede conformar un equipo interdisciplinario, tenemos un problema. Si, por otra parte, las otras disciplinas no se pueden adecuar y siguen haciendo lo mismo que conocían y no se ponen a prueba en un concepto más integral y sanitario de atención; eso va a entorpecer necesariamente cualquier adecuación. Y a nivel de las decisiones hay también un juego de intereses. ¿A quién le interesa que las personas puedan vivir en la comunidad? Independientemente de nuestras disquisiciones, el mundo entero camina hacia otro lado, sería bueno poder aceptar que estamos intentando estar a tono con lo que sucede en materia sanitaria y de salud mental en otros lugares del mundo.

C: Otra cuestión que surgió en nuestro debate incluía pensar algunas presentaciones clínicas, como ser los consumos problemáticos, y su cruce con el concepto de riesgo cierto e inminente. ¿Considera que hay alguna especificidad a tener en cuenta?

E: Si la hay, pero aun así puede evaluarse riesgo cierto e inminente. Dependerá, en todo caso, del estado de intoxicación en el que llegue. Lo que sí es cierto es que tiene una especificidad particular el consumo de sustancias, porque pensar que el determinante de la salud es sólo el consumo sería un reduccionismo. Hay una situación de complejidad que es multicausal y de ahí se derivan las diferentes modalidades de intervención. Lo único que hoy no se discute, en el trabajo compartido con otros organismos, es que la atención en agudo tiene que ser atendida en un hospital como cualquier otra situación de riesgo cierto e inminente. Después de esa situación se empieza a trabajar y a pensar en la especificidad, si la hay, dónde debe abordarse, de qué manera, etc. Pero esa primer situación clínica, provocada por una intoxicación grave merece la misma atención y el mismo tratamiento que cualquier otra.

C: Si bien la ley habla de riesgo cierto e inminente, aún persiste en los debates la utilización de este concepto y el de “riesgo potencial”. ¿Qué piensa en relación a esto? ¿Cuáles son las diferencias de utilizar una u otra terminología?

E: Bueno, riesgo potencial es lo mismo que evaluar la peligrosidad o a veces lo que se evalúa es la propia responsabilidad profesional y entonces “intervengo por las dudas que...”. Hay muchas situaciones que pueden generar responsabilidad profesional. Siempre digo que la mejor manera de no tener responsabilidad profesional es hacer lo que uno sabe que tiene que hacer, cómo desarrolla su actividad de acuerdo a su conocimiento. Sí es cierto que hay, por ejemplo, con el consentimiento informado, el uso como herramienta para deslin-

dar responsabilidades. No pudiendo comprender que en ese deslinde es justamente cuando se incurre en responsabilidad. Lo mismo ocurre con el riesgo potencial que no es una categoría que esté dentro de la ley, no es una categoría jurídica hoy y todos estamos dentro de un orden legal que tenemos que respetar. Por lo tanto, habrá que buscar por otro lado, pero no por el riesgo potencial. Es amigarse, esta situación de pesadez que a veces se observa en los distintos lugares yo creo que no tiene que ver con la ley sino con las distintas situaciones que se generan en el sistema donde uno empieza a naturalizar situaciones que no debe. Así se propician estas confusiones, pero no el concepto epistemológico o el concepto sanitario o jurídico que tiene.

C: ¿Considera que estas nociones se ponen en juego de manera diferenciada en el ámbito público y el privado?

E: Para nosotros, en Ciudad de Buenos Aires, desde nuestro trabajo solemos trabajar de manera más intensa en lo privado que en lo público.

C: Y eso ¿por qué?

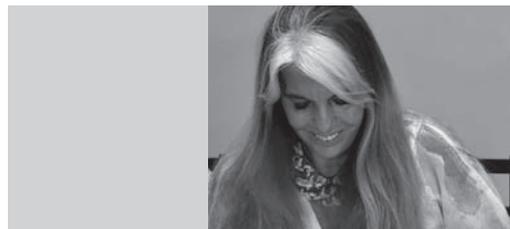
E: Porque en lo privado puede haber otros factores que están vinculados con la empresa, de hecho algunas son S.A. o S.R.L. que son figuras de comercio. Entonces, cómo se aplica esa noción de un interés societario en la intervención de un interés público como es la atención a la salud. Esa proporcionalidad hay que supervisarla porque pareciera que es la casa de uno y puertas adentro uno puede hacer lo que quiera porque es su empresa. Ahí es necesario deslindar lo que hace a la empresa en sí misma y a lo que es el servicio que cubre esa empresa; que sigue siendo una garantía del Estado.

C: Recién hacía mención a la Ciudad de Buenos Aires, ¿Qué considera que ocurre en el resto del país respecto al impacto de la ley y el concepto de riesgo cierto e inminente?

E: Bueno, lo conozco mucho porque viajo por todo el país. Siempre digo que el país es un precioso reservorio de prácticas, de posibilidad de cambio y de cumplimiento de esta ley. La ley es cultural, entonces su aplicación también responde a la cultura de la región donde se instrumenta e implemente. No es lo mismo la ley en la provincia de Río Negro que la ley en las provincias del Norte porque hay otros vectores y situaciones que inciden en la implementación de la ley. Tampoco está internalizado el control de legalidad como acá. Acá ha sido cuna de las garantías en este sentido, independientemente de todos los conflictos que hay, de las 38 clínicas privadas, etc.-Las resoluciones del Ministerio Público de la Defensa a partir de la Defensora General de la Nación, quien habilito desde el comienzo un sistema de garantías que hoy tiene el colectivo, cuando recibe en el término de tres días la visita de un abogadx del art. 22 de la ley . A pesar de todo eso, está instaurado un sistema de legalidad que a partir de los años fue aceptado, a veces forzado y otras de muy buen grado,

en los establecimientos de salud. Esa construcción se viene dando en el resto del país y cuando se da, se da con muchísima armonía. A veces son situaciones donde necesariamente hay que ir a lo comunitario porque no se tiene con qué, eso obliga a que el lenguaje de la ley sea más explícito porque, en definitiva, lo que la ley dice es atención con base comunitaria y en algunos lugares lo único que hay es la comunidad. Me acuerdo en Santa Cruz, donde había un defensor sólo en un pueblito y era el único, y, entonces, con la sala y entre todos conforman un sistema que se preocupa en responder a la ley porque tampoco se la preguntan tanto, no hay tanto tiempo para intelectualizar. Simplemente lo cumplen y al hacerlo están cumpliendo con la ley. Siempre lo que es verdadero es simple.

C: Muchas gracias.



CV / **María Graciela Iglesias**

María Graciela Iglesias es abogada especialista en derecho de familia. Asumió como Secretaria Ejecutiva del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental desde su conformación, en 2013. Fue jueza del tribunal de familia N° 1 del Departamento Judicial de Mar del Plata. También se desempeñó como funcionaria en la Defensoría Pública Oficial en esa misma jurisdicción. Como docente de grado se desempeña en la cátedra Derecho de Familia y sucesiones de la Universidad Nacional de Mar del Plata y a nivel de posgrado es Directora de la Diplomatura de Salud mental y Derechos Humanos de esa misma casa de estudios, docente en el Doctorado de Salud Mental Comunitaria y Maestría en Salud Mental Comunitaria y en la Maestría en Derecho de Familia, Infancia y Adolescencia en la Carrera de Derecho de Familia de la Universidad de Buenos Aires. También dicta clases en carreras de posgrado de las universidades nacionales de Córdoba, Jujuy, La Pampa, Rosario y el Nordeste. Integra los equipos docentes en posgrado de las universidades de Lima (Perú), Santiago de Chile (Chile), de los Andes (Colombia). Ha publicado numerosos artículos en revistas y libros especializados de la Argentina y de la región.

CLAUDIA A. PUGLIESE
PABLO GLANC
ESTEBAN TORO MARTÍNEZ

— Foto Viviana Renéé Yañez Quezada

Riesgo cierto e inminente



1 ¿Cómo definiría el criterio de “riesgo cierto e inminente”? ¿Le resulta útil dicho concepto en su práctica diaria? ¿Por qué supone que genera debate?

2 Teniendo en cuenta la diversidad de padecimientos existentes dentro del campo de la Salud Mental (consumo problemático de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros), ¿encuentra especificidades a la hora de pensar el “riesgo cierto e inminente” en cada uno de ellos?

3 ¿Cree que tienen implicancia los determinantes institucionales a la hora de evaluar “riesgo cierto o inminente”?

Los trabajadores sociales nos hemos insertado en los equipos interdisciplinarios de salud mental de guardia, desde la conformación de los mismos, en los distintos efectores de la CABA. Tomo esto como una referencia inicial y contextual, porque considero que para poder propiciar un análisis de cualquier variable o criterio que opera en la intervención, es necesario tener en cuenta que este proceso, si bien lleva poco más de 10 años, ha implicado una construcción interdisciplinaria, con ausencia de acompañamiento institucional formal de aquellas instituciones estatales intervinientes en el área. Ha sido un logro de los trabajadores, la construcción de las fortalezas que estos equipos desarrollan en la práctica diaria en el marco de la urgencia.

Tomando en esta oportunidad el concepto de **“riesgo cierto e inminente”** y entendiendo que su definición expresa que es **“() aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cauce perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros.”**, considero relevante, que para poder propiciar un análisis desde la intervención del trabajo social, en el marco de los equipos interdisciplinarios de salud mental, el mismo, podría establecerse (haciendo claramente un recorte) teniendo en cuenta dos instancias. Por un lado, reconocer el salto cualitativo que se ha dado, en tanto este criterio viene a reemplazar al criterio de **“peligrosidad”**, y en este sentido, todo lo que este cambio implica en la intervención. Esto quiere decir, un corrimiento de prácticas moralistas, tendientes al disciplinamiento, estereotipadas, y desde una perspectiva de control social. Pero, por otro lado, cuestionar y poner en debate, si es posible establecer que este criterio, pueda ser puesto en práctica de manera concreta/real, y ser analizado, por fuera de una contextualización socio histórica de los determinantes sociales y de las condiciones materiales en las que se desarrollan las prácticas de

los equipos interdisciplinarios de salud mental de guardia, en el marco de la actual política sanitaria.

Como primera instancia, es relevante resaltar la importancia que el cambio de paradigma declarado a partir de la Ley Nacional de Salud Mental, posiciona a los integrantes de los equipos interdisciplinarios de guardia de salud mental, cuasi de manera absoluta, en el marco de la interdisciplina, eliminando, al menos en el plano teórico – normativo, la imposición de hegemonías profesionales. Asimismo, los derechos y garantías que se establecen para las personas con padecimientos de salud mental, y la creación de los distintos organismos que velaran por el cumplimiento efectivo de estos derechos, genera la imposibilidad de que la categoría peligrosidad pueda estar presente.

Pero, estableciendo que en el marco de la Ley 26.657, **“(…) se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”** resulta importante pensar el debate sobre el criterio de riesgo cierto e inminente, en el marco de la reforma de la política sanitaria de la CABA. Y esto, no solo en términos de aspectos concretos de la política de salud, como son los recursos materiales y simbólicos, sino también en términos de las condiciones laborales de los trabajadores y la implementación de la CUS a nivel nacional. Existen aspectos del trabajo interdisciplinario, que al interior de los equipos de salud mental de guardia, han sido construidos por la especificidad de cada profesión, y cuentan con una contundencia teórica que hacen que la definición de riesgo cierto e inminente, pueda ser definido durante el desarrollo del proceso de evaluación de cualquier situación que se presente en una guardia. La diversidad de los padecimientos existen-

tes, implica pensar la particularidad de cada uno de estos, a su vez que pensar que, cada situación será enmarcada en la singularidad de cada persona que se encuentre padeciendo el mismo. La complejidad de las problemáticas sociales que se presentan en cada guardia, ha cobrado en los últimos años dimensiones de encrudecimiento en lo que conocemos como vulnerabilidad social, esto en el contexto de la ausencia de redes, inaccesibilidad al ámbito habitacional como al de empleabilidad o trabajo, educación y salud en particular. Porque el ejercicio profesional en el marco de una práctica de salud, no es algo que se establece en una consulta entre dos sujetos individuales y de manera aislada, sino en tanto materialidad que los sustenta y contextualiza en el marco de una determinada institución.

Siguiendo lo planteado, considero que el debate que podemos darnos, más que en torno al criterio de riesgo cierto en inminente en sí mismo, es en tanto a las condiciones materiales reales, y de alguna manera institucionales, que el mismo implica para su implementación. En este sentido, resulta prioritario explicitar las limitaciones a las que se enfrentan los equipos interdisciplinarios de salud mental, y el sistema de salud en general. Que un equipo establezca el criterio de riesgo cierto e inminente en un proceso diagnóstico, se encuentra en permanente tensión con la implicancia que los determinantes institucionales establecen en dicho proceso, sobre todo en términos de posibilidades reales de continuidad del proceso a corto y mediano plazo. La ausencia de camas de salud mental en los hospitales generales, la inaccesibilidad de derivación a tratamiento, sea tanto para internación como para ambulatorio, genera que las personas con padecimientos de salud mental, terminen atrapadas en la tensión entre la definición de riesgo cierto en inminente, y la falta de recursos que la misma definición implica para su tratamiento en el marco de la urgencia. O sea, atrapadas en la misma iatrogenia que el propio sistema genera y reproduce de manera permanente. No cabe duda de la complejidad que conlleva la determinación de este criterio en el marco de la intervención, a la cual se hace mención en este artículo, pero la principal tensión que se presenta, no está ubicada al interior de los equipos, en el aspecto de las capacidades profesionales. La especificidad profesional, la capacitación permanente y la articulación de red que se establecen interdisciplinariamente en cada equipo, de alguna manera garantiza la posibilidad de definir que una persona presenta riesgo cierto e inminente en las diversas situaciones que se presentan en la guardia.

De esta forma, surge la necesidad de plantear si es que la puesta en acto de este criterio se corresponde, en algún sentido, en términos de contextualización de las intervenciones en el marco de la política pública, con los

lineamientos de esta política, y su capacidad de dar respuesta a los recursos necesarios para la mejor opción de tratamiento para aquellas personas con algún padecimiento de salud mental. La complejidad con la que se abordan las situaciones y que radica en los procesos de evaluación que llevan a la determinación de este criterio, a la cual he hecho referencia en párrafos anteriores, no es comparable a la complejidad que trae aparejada la ausencia de respuesta por parte del sistema de salud. Son dos dimensiones absolutamente distintas, pero que hoy todo equipo de salud mental tiene en cuenta en el marco de un proceso de atención. Esto significa, no solo lo que este proceso implica en la vida de las personas, en tanto condiciones de vida preexistentes y las que serán necesarias a posteriori, recursos materiales y vinculares, sino también que estas condiciones están absolutamente ancladas en la devastación de la política pública y en la nula respuesta institucional que existe en la actualidad en el marco de la atención en salud en el sistema público de la CABA.

El Trabajo Social, establece y aporta a este proceso de atención / evaluación, entre otras variables, un análisis de las redes institucionales y vinculares, contextualizando a las personas usuarias de los servicios de salud, y estableciendo al interior del equipo una historización desde una mirada profesional que completa una evaluación en el marco de un abordaje de salud integral. Es en función de esto, que puede identificarse *la mayor dificultad en torno al criterio de riesgo cierto e inminente, no en lo que hace al criterio en si y a las posibilidades del equipo para determinarlo en el proceso diagnóstico / evaluativo, sino que las dificultades y el debate se centran en las estrategias que deben desarrollarse para que el proceso al que da inicio esta determinación, sea el que la personas necesitan, y no lo que las instituciones de manera obsoleta puedan dar en respuesta al mismo.*

Pero, *¿qué hacer entonces frente a lo planteado con relación al criterio de riesgo cierto e inminente?* De alguna manera es necesario establecer la contracara de este debate y poder pensar que una salida posible a esta tensión, no radica en prácticas individualistas, ni mucho menos dejarlo librado a la responsabilidad de cada profesional. Por el contrario, será momento de darnos el lugar a la construcción de espacios de organización colectivos, en función de luchar por la conquista de aquellos dispositivos que sean necesarios para la atención. Y en este sentido, sostener el fortalecimiento de las distintas redes informales que han sido creadas, tanto desde el ámbito de usuarios como de profesionales, ya que son las que facilitan el desarrollo de los procesos de atención en el marco de la urgencia. Es necesario poder visibilizar que la reforma estatal en tanto precarización de la política sanitaria y laboral, inciden y atentan no solo en las condiciones laborales de los trabajadores, sino que también impiden el ejercicio profesional.

Se me ha preguntado acerca del concepto de riesgo cierto e inminente en la Ley 26.657. Entiendo que se trata un concepto revolucionario en forma de abordaje de las problemáticas de salud mental. Al reglamentar el artículo 20 de la Ley Nacional de Salud Mental, el Decreto reglamentario 603/13 ha definido qué se entiende por riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros. Su inclusión en la legislación es muy importante. No pretenderé aquí analizar cuándo una persona se encuentra en circunstancia de RCI, ya que ese es un trabajo netamente clínico: es el equipo de salud mental quien define cuándo una persona se encuentra en esa situación y, por eso, decide su internación. Hemos visto que la Ley 26.657 otorga al equipo interdisciplinario de salud la potestad de definir tanto internaciones como el alta; la internación debe estar fundada en los requisitos legales que serán controlados por un/a juez/a.

La internación involuntaria de una persona es una privación de la libertad. Esto fue definido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (fallo Ximénes López), entre otras instancias. No hay que tenerle miedo a esa definición: se trata de una privación legal de la libertad, en un momento cuando se determina que esa restricción a la libertad ambulatoria deviene necesaria a fin de garantizar el derecho a la salud. Es una privación de libertad prevista en nuestro régimen jurídico en pos de salvaguardar un derecho que, en ese momento, aparece en una situación de ponderación más necesaria y más urgente.

El criterio de riesgo cierto e inminente viene a imponer un cambio fundamental en la forma de entender las internaciones. Anteriormente, regía el principio de peligrosidad, que tiene dos grandes problemáticas: es muy abstracto, y no define una circunstancia sino a una persona. De esta manera, con anterioridad al cambio normativo, una persona podía ser privada de su libertad bajo el difuso término de

«peligrosidad»: todas las personas somos potencialmente «peligrosas», y más aún, resultaría prácticamente imposible definir cuándo finaliza la «peligrosidad». Estos criterios, utilizados incluso en la dictadura franquista, se tornan muy «peligrosos» al fundamentar una privación de la libertad. Pero más importante aún es que se trata de un concepto que ontologiza a la persona, y deja de lado su subjetividad para poner por encima un diagnóstico, una patología: la persona «es» peligrosa. No es que «está pasando por un momento en el cual...», sino que «es». Ello propone una forma totalmente diferente de abordaje, de tratamiento; entiende la salud mental desde un lugar sumamente más estático.

El concepto de riesgo cierto e inminente tiene su centro, también, en la persona humana, pero no ha de determinar su «ser», sino una circunstancia puntual de salud -entendiendo la misma de manera integral-. Dicha circunstancia será fundamental ya que, más allá del diagnóstico de cada persona, solamente se la podrá obligar a internarse si se encuentra en dicha situación, y si la internación le generará mayores beneficios terapéuticos que otras maneras de abordaje. El punto clave, entonces, será el beneficio terapéutico de la persona, de manera antagónica a la «neutralización del peligro». Se trata de un concepto terapéutico que atraviesa todas las problemáticas, ya que es la llave que da cuenta de cuándo se debe proceder a internar a alguien que no esté de acuerdo con la medida.

El concepto de riesgo cierto e inminente, deja de lado la totalización de la persona para poder partir de un punto de trabajo sumamente respetuoso de la subjetividad humana. Tiene una mirada terapéutica e impone un límite al equipo tratante. Este límite no tiene que ser malentendido: es el mismo límite que tienen todas las disciplinas (no solo de la salud) al momento de trabajar con otras personas, con otros sujetos de derecho.

03

Esteban Toro Martínez

Médico Especialista en Psiquiatría y en Medicina Legal.

Perito Psiquiatra del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional. Docente a cargo de Psiquiatría Forense en la Carrera Metropolitana de Especialistas en Psiquiatría del Instituto Superior de Formación de Posgrado de APSA. Presidente Honorario del Capítulo de Psiquiatría y Criminalidad de APSA.

1 ¿Cómo definiría el criterio de “riesgo cierto e inminente”? ¿Le resulta útil dicho concepto en su práctica diaria? ¿Por qué supone que genera debate?

En su artículo 5° la LSM es categórica al enfatizar que “la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado” (1) (lo subrayado corresponde al autor).

En relación a la cuestión de la evaluación del riesgo, aquí es la primera mención que la norma hace a la cuestión y lo hace aludiendo al *riesgo de daño*, pero no cualquier riesgo de daño, sino aquel que se encuentra ligado a *una situación particular y a un momento determinado*. De este modo podría intentarse una primera aproximación al concepto de riesgo como aquel compuesto por los siguientes 4 puntos cardinales: I) riesgo de *daño*, II) deducido a partir de una evaluación interdisciplinaria, III) de cada situación particular y IV) en un momento determinado. En esta primera referencia explícita la ley plantea que su noción de riesgo es un atributo del momento y de la situación. Si se considera que el Diccionario de la Real Academia Española define *estado* en su primera acepción como la “situación en que se encuentra alguien o algo, y en especial cada uno de sus sucesivos modos de ser o estar” y al *riesgo* “como la contingencia o proximidad de un daño”, se puede entender que la ley entiende al *riesgo de daño* como un atributo de *estado*, esto es una situación en la que alguien se encuentra y luego puede salir. Una situación de proximidad de daño, de modo que si consideramos que por su parte el mencionado diccionario define *daño* “como el efecto de dañar” y a *dañar* como “causar detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia”, se puede afirmar que para la ley el *riesgo de daño* constituye un estado, un modo de estar en proximidad de causar un perjuicio. Esta noción de *estado* debe resultar familiar al pensamiento médico puesto que la

inflamación aguda, las emergencias médicas, quirúrgicas y muchas de las psiquiátricas son precisamente eso, *estados*, pero no cualidades estáticas y diacrónicas. Al menos, en el ámbito de lo asistencial y a la hora de decidir por coacción una restricción de la libertad, tal diferenciación y precisión es muy útil. Es más propio del pensamiento médico diagnosticar un estado de riesgo que una condición de peligrosidad (que es un atributo de la persona). ¿Qué es lo que se evalúa? El riesgo, el atributo de estado, la contingencia del menoscabo, en un momento y en una situación dada. ¿Por qué tantos recaudos alrededor del concepto? Porque el riesgo es el primer término de una *fórmula tripartita* que constituye el meridiano a través del cual el equipo interdisciplinario decidirá o no la coacción hacia la internación. Estas reflexiones analíticas, semánticas y médico legales acerca de la noción de situación de riesgo cierto e inminente de daño ya habían sido publicadas por quien escribe este artículo en el año 2011 y en un trabajo de co-autoría con mi colega Dr. Ghioldi publicado once meses antes de la sanción de la ley 26657; proponíamos un fórmula similar a la del artículo 20 haciendo hincapié en la gravedad (basada en los análisis que habíamos efectuado de los distintos proyectos de ley y principios de naciones unidas) donde recomendábamos una cartografía del riesgo (2).

El artículo 20° de la ley estipula que “la internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o terceros.”. Apelando nuevamente al diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se advierte que en él se define como *cierto* aquello que es “conocido como verdadero, seguro, indubitable” e *inminente* como lo que “amenaza o está para suceder prontamente”. De este modo completa la noción de riesgo presentada en el artículo 5°, al agregarle al riesgo, su carácter indubitable y amenazante (3).

2 Teniendo en cuenta la diversidad de padecimientos existentes dentro del campo de la Salud Mental (consumo problemático de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros), ¿encuentra especificidades a la hora de pensar el “riesgo cierto e inminente” en cada uno de ellos?

Tomando como base las respuesta ofrecida en la pregunta anterior se advierte que la *noción de riesgo* que propone la ley al ser indubitable (cierta) y próxima (inminente), en una situación dada y particular (situación/estado) connota implícitamente un **elevado quantum** sintomático, una determinada gravedad atento a que la única manera de poder diagnosticar la certeza y la inminencia es a expensas de que se manifiesten una serie de determinados síntomas de envergadura clínica y, por lo tanto, pronóstica. Sin embargo, debe quedar bien en claro que la norma prohíbe la internación por riesgo potencial y es un error porque explícitamente reduce las internaciones a dos situaciones posibles: la voluntaria, fundamentada en beneficios terapéuticos considerada de carácter restrictivo, y la involuntaria, de carácter excepcional fundada en la ya explicada noción de riesgo. Esto debe invitar al debate, porque potencial significa en nuestra lengua “que tiene potencia” y potencia “que tiene capacidad para ejecutar algo o producir un efecto”. Lo potencial es no cierto, pero puede ocurrir y al profesional se le exige previsión, y la ley no ha contemplado otras instancias coactivas de tratamiento de alternativa a la internación. El punto dogmático de la ley es asimilar el riesgo potencial al de peligrosidad y no necesariamente debería ser así. ¿Cuántas veces vemos pacientes que al momento del examen no están en un riesgo inminente de daño y, sin embargo, pensamos que de seguir así las cosas terminarían mal? Eso es riesgo potencial. Peligrosidad es otra cosa, es para siempre. Es un atributo del diagnóstico y de la personalidad. Responde la pregunta diciendo: “Y esquizofrénico va a ser siempre” o “¿qué querés? Es un psicópata”.

El modelo de la situación de riesgo cierto e inminente de daño es útil en la emergencia aguda, donde fundamentalmente es la “situación” lo que le confiere valor. Pero en consumos problemáticos, psicosis crónicas y trastornos de la conducta alimentaria donde fundamentalmente se transitan situaciones desde lo potencial a lo actual, las chances de internar se vuelven muy limitadas y pueden resultar perjudicial al paciente.

3 ¿Cree que tienen implicancia los determinantes institucionales a la hora de evaluar “riesgo cierto o inminente”?

Si. He visto que equipos interdisciplinarios diagnostican ausencia de riesgo cierto e inminente por el sólo hecho de que el paciente está tranquilo y lúcido al examen y que refiere que hará tratamiento, y dejan de lado, por ejemplo, que en los últimos 15 días ha estado violento, que no ha realizado tratamiento con continuidad en los últimos años y que incluso ha cometido un delito en las últimas 24 horas. Y eso ocurre porque la palabra “cierto” ha generado mucho malestar en la comunidad psiquiátrica por aquello de que certezas no se pueden tener nunca sino que se manejan probabilidades (lo cual es cierto) y se termina reduciendo la aplicación del concepto prácticamente a un episodio de excitación psicomotriz o de agitación en psicosis, lo cual es un error grave en la valoración del riesgo. Por otra parte, el vago concepto de peligrosidad era aplicado con un carácter de certeza que es el mismo que se le critica a la presencia de lo certero en la ley actual y en el nuevo Código Civil que rige desde el 2015. Para que quede claro: la noción de situación de riesgo cierto e inminente de daño no es el capricho de una Ley sino que está en un Código de Fondo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toro Martínez, E. (2011). “La noción de ‘situación de riesgo cierto e inminente en la Ley 26657/10’”. *Revista Psiquiatría* N° 16. Editorial Sciens, 2011, p: 19-26.
2. Ghiold, L.; Toro Martínez, L. (2010) “Riesgo grave, cierto e inminente como único fundamento de la internación interdisciplinaria basada en el riesgo de daño para sí o terceros”. En: *Revista Vertex*, 2013, Vol. XXI: 63-69.
3. Toro Martínez, E. “Capacidad y Riesgo en la Ley de Salud Mental y su decreto de Reglamentación: Luces y sombras del nuevo paradigma”. En: *Revista Psiquiatría Forense Sexología Praxis* de la AAP, Nro. 31, Vol 8, Septiembre de 2013; pag:188-199.



Un caso, muchas supervisiones: la clínica subjetiva



DANIEL HENDLIN
Médico. Residente de segundo año de Salud
Mental. Hospital General de Agudos
Dr. Enrique Tornú. Período 2017-2021.
danihendlin@gmail.com

— Foto Ana Perez Villamil

El siguiente trabajo se compone de dos partes principales. La primera toma la forma de un trabajo de investigación, es decir que cumple con una metodología, una consigna previa, un modo de operar, una hipótesis y el análisis de resultados.

La propuesta fue la siguiente, se tomó un caso clínico, una paciente en tratamiento y se expuso el caso a supervisión de manera sistemática con la mayor cantidad de supervisores y supervisoras posible. Las devoluciones fueron analizadas y comparadas.

La segunda parte del trabajo es una reflexión partiendo de esa experiencia, tomando como punto de partida la idea de que la práctica clínica en salud mental posee un alto contenido de subjetividad por parte de los profesionales, y por supuesto, de los y las pacientes.

Palabras clave: Clínica, Formación, Salud mental, Subjetividad, Supervisión.

INTRODUCCIÓN

En el breve tiempo que llevo en la psiquiatría, captó mi atención la multiplicidad de visiones coexistentes, resultando incluso en posturas opuestas. Este trabajo, que comenzó como una comparación entre estilos de supervisión, fue mutando.

En los inicios dentro de la salud mental, tengo la oportunidad de ser nuevo por única vez, y es una posición que intento usar para generar preguntas. ¿En qué se diferencia cada profesional? Sea en la supervisión, el consultorio o la guardia. ¿Hacemos todos lo mismo? ¿Nos forma más la experiencia profesional o las experiencias propias?

Por supuesto que mi primera impresión fue: cada cual es distinto, cada uno ejerce distinto. Pronto encontraría que entre esa postura y la opuesta se desarrollaba una ida y vuelta de una elipse sin fin. Dentro de esa búsqueda descubrí lo sencillo que es perder el enfoque de uno mismo, los llamados objetivos terapéuticos, los pronósticos, etc.

Todos esos conceptos venían desde mis concepciones pre-determinadas y esa elipse terminó llegando a un lugar nuevo que intentaré plasmar en este trabajo, apuntando a encontrar alguna idea fundamental que pueda ayudarme a mí y a quien quiera tomarla.

METODOLOGÍA EMPLEADA

Se eligió un caso clínico que, plantee dificultades a la hora de abordarlo, que sea interesante y tenga cierta complejidad. A partir de esto, llevarlo a supervisión sistemáticamente.

Al finalizar el trabajo, el número de supervisiones distintas era de once. Luego tomar las devoluciones y analizarlas, compararlas, reflexionar con rumbo libre.

En relación a la problemática de la sistematización del proceso: para aplacar un sesgo de información, el caso fue expuesto ante los supervisores de forma idéntica, de manera escrita. Se tomó en cuenta que luego de la primera exposición cada supervisor realizó distintas preguntas, lo que bifurcó los caminos de análisis. Se intentó mantener el proceso simple.

HIPÓTESIS

Las distintas supervisiones sobre un mismo caso *deberían* arrojar devoluciones iguales, o similares al menos.

Si pensamos que la psiquiatría muchas veces se ve a sí misma como una rama de la medicina basada en la evidencia y con fundamento científico, entonces debería existir cierto consenso clínico, diagnóstico y terapéutico. Al menos eso pienso. Sin embargo, la evidencia existente solo muestra la falta de consistencia científica de la especialidad y la ausencia de nociones estables entre los y las que la ejercen.

Rápidamente modifiqué mi hipótesis: Las distintas supervisiones sobre un mismo caso darán devoluciones distintas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

La presentación se hizo de manera idéntica en cada supervisión a partir de un resumen de historia clínica, la cual será omitida en detalle en este trabajo por cuestiones de espacio, a sabiendas de la curiosidad que esto pudiese despertar en el lector o lectora.

A modo de una ínfima información al respecto para no partir de la oscuridad total, el caso llegó a mí con un diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo, hecho que me catalizó a investigar y a estudiar al respecto. La controversia alrededor de dicha entidad influyó enormemente en que sea éste el caso elegido para el trabajo.

El relato se hizo siempre completo, partiendo de que la paciente llegó derivada del mismo servicio de salud mental (uno de esos casos que se perpetúan de residente en residente), hasta internaciones previas, genograma, planes de medicación, diagnósticos previos, historia laboral, antecedentes perinatales, etc.

RESULTADOS OBTENIDOS

Nuevamente, por cuestiones de espacio sólo se desarrollará un puntillado de algunas de las devoluciones de las supervisiones realizadas, de manera muy resumida y de forma anónima.

- 1) “Es una psicótica funcional” - Es necesario hacer énfasis en el 1° episodio posparto, ese dato es la clave. Importante evaluar la situación de los hijos, aunque evidentemente la hija está sobreadaptada a la fuerza. Hipótesis: No está tomando la medicación. “Muy loca y a cargo de dos chicos: hay que internarla”. “¿Dónde está la justificación del valproico? Yo lo sacaré”.
- 2) “Vive en hipomanía y tuvo episodios de manía, es una bipolar sin episodios depresivos.” “En mi experiencia, los que no quieren tomar la medicación son los maníacos”, “debería tener Litio”. Es una persona con 3 niveles; pastora evangélica, paciente y madre, su condición le es funcional sólo en el primero. Hace falta que la hija mayor tenga un espacio de psicología propio.”
- 3) “Ácido valproico+Olanzapina, es el combo perfecto para subir de peso y somnolencia, justo las cosas de las que se queja la paciente. Estaría bien cambiar la Olanzapina a algo más incisivo y que dé menos hambre (Risperidona, Haloperidol, Trifluoperazina)”. “Sólo me preocupa ese plan de medicación”.
- 4) “Hay que cuestionar cuál es la ganancia de que ella esté así. Cuestionar. Si es una delirante crónica que logró armar

una vida alrededor de ese “delirio”, “no sería ético hacerlo desaparecer.”

5) “Es imprescindible evaluar deterioro cognitivo, tiene 21 años de enfermedad pero sigue activa en su vida, y además con toda esa medicación “me gustaría vernos a nosotros así”. Se dice que está demostrado que cada episodio deteriora el estado cognitivo, pero ¿es así en todos los paciente?. No, es necesario una imagen de cerebro”.

6) “Ante este tipo de pacientes uno siempre tiene el deseo de “permitirles” continuar con su delirio, en la medida que sea posible. “Esto no es lo correcto, el delirio es productividad patológica y dejarla progresar puede llegar a ser iatrogénico y anti-ético”.

CONCLUSIONES

“La persona del terapeuta es 8 veces más influyente que su orientación teórica y/o el uso de técnicas específicas”
(Beutler, 1995)

Cómo habrá llegado Beutler a ese número es un enigma que sigue inquietándome, pero quedémonos con el concepto.

Al comenzar el proceso de este trabajo saque fotos en cada consultorio donde realizaba una supervisión. Luego esas fotos no fueron usadas, pero las diferencias entre los ámbitos era abismal. La luz, la altura, el mobiliario, la disposición del terapeuta y los lugares destinados a que se sienten los y las pacientes. Pensé: “el impacto en el devenir de lo que sucede en este consultorio de estas variantes es total”.

¿Si llegase un paciente con un cuadro clínico en el que no hubiese discrepancias, todos los profesionales implementarían el mismo tratamiento? Silencio.

Más frustrante es la pregunta: ¿Si todos implementaran idéntico tratamiento, sería igual de efectivo? Lamentablemente es imposible de averiguarlo. Como cada decisión que tomamos, la melancólica tragedia del “what if”. En el universo sólo una cosa se da por vez.

Empecé este trabajo promediando mi primer año en la residencia, y experimenté el impacto de la clínica como cualquier otro iniciante de la salud mental. Me identifiqué con la siguiente idea sobre un terapeuta de Chazenbalk (2004), que ubica como un instrumento terapéutico a su propia persona, y por lo tanto fundamental la existencia de un espacio de contención e intercambio con pares y colegas. Sin embargo, son muchos los testimonios e historias de supervisiones donde los participantes no fueron contenidos sino juzgados, y donde se prescribieron indicaciones sosteniendo una posición de poder, más que de accesibilidad (Daskal, 2008).

Otra de las primeras impresiones fue la falta de unicidad en las miradas profesionales. Supongo que al comienzo de la residencia cada cual atraviesa la experiencia de manera muy diferente. Las clasificaciones que se presentaban tan predeterminadas, la farmacología de efectos exactos y uso preciso no

terminaba de ser aplicable a esos primeros pacientes. Abandonar la clasificación de los fármacos por su uso terapéutico es algo que debería haberse hecho hace tiempo ya, y hablar del marketing psicofarmacológico merecería un trabajo, o un congreso aparte. Me parecía que las familias de medicamentos eran intercambiables. Claro que todo esto estaba demasiado teñido por confusión, demasiados datos simultáneos y falta de tiempo para que todo decante en algo con sentido.

Ahora releo esas reflexiones como ingenuas y hasta cursis, pero mientras pude ir repensando las distintas visiones, y es evidente que este trabajo se queda corto, caí en que esa crítica es la fortaleza misma de nuestra disciplina.

SOBRE LA LEGITIMIDAD DE LA PSIQUIATRÍA DENTRO DE LA MEDICINA

Una apendicitis se diagnostica y se trata igual acá, en Brasil, México y Japón, pero en salud mental eso no existe. A medida que transcribía las devoluciones de las supervisiones apareció la idea de que las diferencias subjetivas eran una incapacidad y me hizo ruido porque lo sentí como una debilidad de la profesión, como una fragilidad. Pero “¿Qué es la fragilidad sino la evidencia [de lo flexible], de lo sensible?”.
(S. Kleiman, 2017)

“Abrazar la vulnerabilidad”, muchas veces se lo pedimos a nuestros pacientes. Esa línea es la que generó el giro que tomó el enfoque sobre la pluralidad de visiones hacia su potencial. Donde los protocolos cambian, donde las patologías se redefinen (o al menos podrían), dependiendo de la visión cultural, las modas y los valores de la época. Sobre todo donde la comunidad psiquiátrica (una parte) critica lo establecido. Nuestra disciplina es flexible o rígida, dependiendo como el o la terapeuta se pare frente a ella. “Lo flexible vence a lo rígido”
(Lao Tzé).

Opino que la psiquiatría entiende muy poco sobre muchas cosas de las que se ocupa. “Si no puedes explicar algo de manera simple, es porque no lo has entendido bien” decía Einstein, todavía hay muchas cosas que no pueden explicarse simplemente (ni de la forma más compleja). Los libros de farmacología tienen un tercio de “no se conoce el mecanismo de acción”, los criterios diagnósticos contienen demasiadas excepciones, demasiados “salvo que” ¿A los y las ejecutantes de esa clínica que nos queda más que orientarnos por nuestra intuición, o por una inclinación que ejercemos sin siquiera notarla?

LA CLÍNICA SUBJETIVA

Entonces: ¿Cada uno hace algo diferente, o están haciendo de alguna forma lo mismo? Como yo lo veo, todos estamos haciendo lo mismo.

A la distancia, cada psiquiatra dice algo distinto. Elige su tratamiento en base a la guía que prefiere, prescribe por preferencia. Diferentes maneras de tomar o desestimar cierto síntoma, la clínica se vuelve subjetiva, tanto del profesional como del paciente.

¿Quién vive y tiene la destreza de contar esa vida? ¿Puede alguien entender realmente a otro? ¿O a otra? Las mismas palabras en otro contexto, de otra persona, lo cambian todo. No es lo mismo que yo diga “miro el río hecho de tiempo”, a que lo diga un paciente psicótico, a que lo diga Borges.

Pero es la intención de estas reflexiones alejar esa lupa y ver el paisaje de la salud mental, para analizar lo macro del asunto.

En esa mirada lejana, las posturas más distintas se acercan y se homogenizan. Siguen una necesidad de resolución, como las matemáticas, de desenredar lo que clasifican como “problema”.

MÁS CONCLUSIONES

Hay un refrán del que no recuerdo la autoría, pero sentencia algo como: “el mejor estado de una persona no es estar enamorado, es estar tranquilo”.

Cada cual encuentra calma en distintas cosas. Para no irme demasiado por las ramas, en el contacto con pacientes, la calma la vengo encontrando buscando a veces no resolver nada. El espacio de tratamiento se transforma y se asemeja mucho al no accionar, solamente a propiciar algo, tal vez la extinción de alguna tensión. Parecido al concepto Winnicottiano donde la crianza no es activa por parte de los padres, sino que debería *permitir que suceda de la mejor forma posible*. No persiguiendo un diagnóstico, ni siquiera buscando aliviar todo lo que la persona trajo *queriendo* aliviar.

Remarco la idea de querer, porque tengo la sensación de que muchas veces ni los pacientes, ni nosotros, sabemos qué queremos. Es una situación de tensión, como abrir la heladera con hambre pero sin saber lo que buscamos, vamos a comer cualquier cosa. En el consultorio se me aparece lo mismo. Ante la inercia de resolver un problema, es muy difícil no resolver nada. Estoy hablando de la disponibilidad.

En el marco de la supervisión, la disponibilidad aparece en la figura del supervisor, del supervisando y de manera implícita en todo el trabajo previo hasta llegar a ella. No me refiero a

este concepto desde el lado del psicoanálisis, la “atención flotante” de Freud, sino en el aspecto más oriental captado por Françoise Jullien, donde se manifiesta en una posición indeterminada, con posibilidad de dirigirse hacia donde sea necesario dependiendo del momento.

Esta indeterminación muchas veces no está presente en el marco de las supervisiones, donde tanto el o la experta como el supervisando sienten que ese es el ámbito de última instancia de consulta, y con eso la necesidad de resolver. Por lo tanto la predisposición a dejarse llevar por las circunstancias, una facultad sutil, sin oposición y absorbiendo en plena conciencia esa dirección impulsada por el contexto, esa disponibilidad vacía de preconcepciones, nunca puede darse.

La pedagogía y tutoría en los espacios de supervisión son un factor poderosamente normalizador según Manathunga (2007). Ese es uno de los lugares donde la rigidez de la psiquiatría sigue siendo un gran enemigo.

La figura del supervisor no deja de estar plagada de manifestaciones de su *yo*, y esos elementos son los que condicionan cualquier tipo de devolución que pueda darse.

Hasta que los y las psiquiatras no puedan vaciar su práctica de su contenido personal, siempre habrá sesgos.

Esto no es sencillo, la salud mental es un rubro, una ocupación, y por lo tanto las implicancias “materiales” se encuentran por todas partes. Un buen ejemplo de la “terrenalidad” de los profesionales del campo es la enumeración sistemática de las ventajas y desventajas de ser terapeuta hecha por Guy (1995) de donde se desprende el protagonismo con el que este autor conceptualiza al profesional. Este protagonismo se extrapola a los espacios de tratamiento, donde el foco debería estar orientado hacia el paciente y su universo.

La legitimidad de la psiquiatría no está en que se asemeja a otras especialidades médicas, sino en que se diferencia. “La guía canadiense me gusta más que la británica, mejor la clasificación de Gahemi que la de Akiskal”. No pasa nada, la psiquiatría no tiene forma, y por eso se amolda a cualquier contexto.

La escucha flotante continúa sobrevolando desde un puerto que es el discurso hegemónico de la psicopatología.

La disponibilidad no es tener conocimiento de algo, sino dejarse inundar por él. Es previa a todo concepto. Trayéndolo a la salud mental, es prestarse a la verdad del paciente, o del supervisando. A no pararse en el lugar del saber. A pararse en ningún lugar.

BIBLIOGRAFIA

Chazenbalk, L. y otros (2004) La incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico. *Psicobate. Psicología, Cultura y Sociedad*. Vol. 3, pp. 14-107. Universidad de Palermo, Buenos Aires.

Daskal, A.M. (2008). Poniendo la lupa en la supervisión clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XVII, núm. 3, pp. 215-224.

Guy, J. (1995) *La vida personal del terapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Paidós, Barcelona.

Jullien, F. (2013) Cinco conceptos propuestos al psicoanálisis. 1a ed. Buenos Aires, El Cuenco de Plata.

Kleiman, S. (2017) Jornadas adolescencia UBA. Fragilidades.

Lao Tzé (2002) Tao Te Ching. RBA Libros, S.A. Barcelona.

Manathunga, C. (2007): Supervision as mentoring: the role of power and boundary crossing. *Studies in Continuing Education*, vol XXIX, núm 3, pp. 207- 221



Este no es un cuento de Disney



DRA. TAMARA CHERNOFF
Residente 2do año. Hospital General de Agudos
Teodoro Álvarez. Período: 2017-2021
tamarache@gmail.com

LIC. SOFÍA GRAD
Residente 2do año. Hospital General de Agudos
Teodoro Álvarez. Período: 2017-2021
sofia.grad.90@gmail.com

— Foto María Belén Luchetti

Había una vez un pibe de 14 años que tomó cocaína por primera vez. Dijo que no le dio miedo y que después de esa vez no pudo parar. Empezó a robar para consumir. Su familia le puso una perimetral y terminó internado.

Pirulo tiene 21 años y se encuentra internado en una sala de internación de salud mental de un hospital general desde hace dos años.

Su madre murió a sus tres años y su padre a sus doce años delante suyo. De la madre dice no tener recuerdos.

Relata de su niñez reiteradas escenas de violencia doméstica, consumo problemático intrafamiliar y pobreza extrema. Comienza tratamiento psicológico desde su temprana infancia por pedido de la escuela. Relata que no podía prestar atención en clase y que se golpeaba contra las paredes. Circuló por varias escuelas secundarias en las cuales se quedaba libre, repetía o abandonaba. De esa época expresa haber estado “deprimido” y haber consumido diariamente alcohol y marihuana. Conoce una chica con la cual mantiene un noviazgo de un año, el cual se ve interrumpido por el consumo de cocaína.

En el contexto de grupos de amigos, fiestas que realizaba en su casa y en la plaza del Barrio comenzó a consumir: “empecé a engancharme”. Ubica que la cocaína le sirve para “evadirse de la realidad”.

Durante este primer tiempo Pirulo tuvo una internación por salud mental de tres meses de duración por ideación autolítica. Luego de la misma, continuó tratamiento psiquiátrico y psicológico por consultorios externos por unos pocos meses, el cual abandona.

En ese contexto, comienza a robar cosas de su casa para comprar cocaína. Según expresa la abuela “Pirulo nos sacó todo lo que teníamos”. Esto llevó a la familia a tomar la decisión de solicitar una perimetral quedando Pirulo en la calle. A partir de la misma, Pirulo es evaluado nuevamente por

salud mental y se decide su internación. Para luego ser derivado a una Comunidad Terapéutica de la cual se escapa a las dos semanas. Duerme en un paradero, regresando al Hospital para solicitar su propia internación. “Si no me quedo en el hospital me mato”.

Tras haber transitado el recorrido de casi dos años de conocer a Pirulo, el primero como residentes que recién ingresan en las guardias internas de la sala, y el segundo año como parte del equipo tratante del paciente; nos proponemos ficcionar su historia, en vistas de desplegar la mayor cantidad de interrogantes que nos fueron interpelando en este camino clínico. Para ello intentaremos describir desde nuestra experiencia, lo que observamos como aristas de la complejidad clínica en una sala de internación por salud mental; sus avatares actuales.

Camino que no es transitado sin angustia e impotencia cotidiana, teniendo en cuenta el contexto socioeconómico actual en la Argentina en el que se pesquiza un panorama cada vez más arduo, en la creciente crisis económica. Somos testigos día a día en nuestra labor hospitalaria de la caída en picada de nuestras instituciones públicas y de la dificultad creciente de trabajar sin recursos, siendo los mismos esenciales como parte de la terapéutica de una sala de internación por salud mental. Esto se debe fundamentalmente a la complejidad de la clínica, en la que se requieren entre otros recursos: acompañantes terapéuticos, pensiones por discapacidad, subsidios habitacionales, etc.

Intentaremos problematizar las dificultades con las que nos hemos encontrado en nuestro recorrido al pensar como equipo tratante, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y fundamentalmente la externación de un paciente en una sala de internación por salud mental en un Hospital General en el contexto actual institucional. Puntualmente, cuando las prestaciones que con mucho esfuerzo se logran conseguir, no responden al momento de pensar una derivación y externación de un paciente, o cuando no existen dispositivos que traten personas jóvenes con una problemática de vulnerabilidad social y consumo de sustancias.

DEL GOLPEAR (SE) A GOLPEAR LA PUERTA

“Todo lo que lleva a la gente a los tribunales (o a los manicomios) tiene su equivalente normal en la infancia y la niñez, y en la relación del niño con su propio hogar”.
(Winnicott, D, 1946)

Cuando ingresó Pirulo a la sala, su presentación era totalmente distinta a la que actualmente vemos. Pirulo casi no hablaba, se encontraba todo el día en su cama acostado fumando, se autolesionaba ya sea en su box, en el baño o cerca del staff de profesionales, le pegaba piñas a los muebles de la sala,

solicitaba insistentemente medicación y casi no tenía comunicación con su familia ni con sus compañeros. “**Extraño a mi papá**” era el estribillo, sin poder articular ello con ninguna otra trama posible.

Si la guardia intervenía indagando o intentando construir algo más, Pirulo refería no querer seguir hablando y solicitaba nuevamente medicación. El trabajo del equipo de guardia consistió varios meses en ofertar un espacio de escucha y estar disponible. Las preguntas que insistían en aquel momento rondaban en relación a esta imposibilidad de desplegar un sentido en las consultas y sobre si correspondía responder siempre a los golpes que él se daba y a estos pedidos de medicación.

Supervisiones mediante fueron trazando la importancia de leer sus conductas como pedidos de ayuda y articular simbólicamente los mismos, es decir, construir un sentido de lo que era puro acto. Se trataba entonces de **apalabrar** a Pirulo. En las consultas que refería tener deseos de consumir cocaína no podía enlazarlo a ninguna causa posible, solicitaba medicación para “evadir” esos momentos.

Desde su ingreso, fue armando lazos con distintas personas de la institución, los cuales se volvieron claves en los momentos de crisis de Pirulo. Propiciando todos ellos en su conjunto una apertura de espacios de escucha y despliegue de lo que iba sintiendo. Del grito al llamado, algo de eso ocurrió con Pirulo en el transcurso de toda su estadía hasta el día de hoy en el hospital. De la demanda inarticulada y desamparada, del cuerpo como puro objeto a un pedido de ayuda, una demanda dirigida, un tocar la puerta: “**¿Jugamos al ajedrez?**”.

¿QUÉ VAS A HACER CON TU PACIENTE EL CHORRITO?

“El niño que roba un objeto no busca el objeto robado, sino a la madre, sobre la que tiene ciertos derechos”.
(Winnicott, 1946)

A los robos que Pirulo realizaba se los nombraban “robos patológicos”.

Siguiendo la descripción de pacientes hebefrénicos realizada por Karl Leonhard (1904), estos son portadores de una ética embotada, roban, mienten, y hacen trampa. Sin embargo, también se describe la falta de motivación para una criminalidad más activa. Los robos de Pirulo son infantiles, apragmáticos. Roba enfrente de profesionales, a sus compañeros, e incluso con consigna policial. Sus familiares dicen que previo a la internación ha robado varios artículos de su casa, y Pirulo refiere que comenzó a robar a los 9 años de edad.

Teniendo en cuenta el contexto de Pirulo, de exclusión y vulnerabilidad social, leeremos dichos “robos” dentro de lo que Winnicott (1946) denomina “tendencia antisocial”, teniendo en cuenta especialmente su vínculo con la “deprivación emocional”.

Para dicho autor, un niño se convierte en un “niño deprivado” cuando carece de las características esenciales de cuidado de su entorno. En la base de dicha deprivación, hay una buena experiencia temprana que se ha perdido y ejerció un efecto positivo sobre el niño, sólo que le ha sido quitado. Esto hace surgir el “Complejo de deprivación”, es decir, ciertas manifestaciones de conductas antisociales (robo, mentira, incontinencia, mal comportamiento) en el hogar o en un ámbito más amplio como la sociedad, y requieren al ambiente a adquirir importancia, es decir, reclaman un manejo de parte de los adultos y/o de un estado responsable.

Cuando un niño percibe un marco destruido, no se siente libre, se torna ansioso y comienza a buscar un marco por fuera del hogar, es decir, “busca una estabilidad externa, sin la cual puede perder la razón” (Winnicott, 1946). Podríamos pensar esta búsqueda de Pirulo dentro de ciertos espacios como la plaza del Barrio, la villa y el hospital.

El autor también advierte sobre la ausencia de vínculos primarios en la infancia, los mismos ocasionarían que el niño experimente temor frente a sus propios sentimientos y fantasías, sin poder progresar en su desarrollo emocional (Winnicott, D, 1946).

Nos preguntamos si el uso del término, “robos patológicos”, por varios de los profesionales de la sala de internación, corresponde a un intento por asegurar su permanencia en la misma, la cual se ve amenazada cada vez que Pirulo roba. Así como cuán apropiado es este uso.

Sin contar los robos de su infancia, los mismos se acompañan de consumo, y la mayoría de ellos no son premeditados. Siguiendo modelos neurobiológicos de adicciones, los estímulos, en su mayoría contextuales y que acompañan al uso de la sustancia, obtienen como respuesta la liberación rápida de dopamina, que desencadena el deseo de consumir, motivan conductas para obtener la sustancia y el uso compulsivo de la misma. Acompañando los cambios en los circuitos de recompensa y emocionales, hay modificaciones en la corteza pre frontal, involucrada en el proceso ejecutivo. Se evidencia una regulación hacia abajo de las señales dopaminérgicas a este nivel, lo cual dificulta la toma de decisiones, planificación, e inicio de acciones (Volkow, N. 2016).

Surgen las siguientes preguntas, ante el riesgo cierto e inminente del paciente y hacia terceros ¿Necesitamos ampararnos en las observaciones de la psiquiatría clásica para justificar una internación? ¿No alcanza con estudios neurobiológicos que justifican la falta de pragmatismo y la puesta en riesgo de Pirulo relacionado al consumo, asociado a factores de desamparo y vulnerabilidad social?

Actualmente el concepto de adicción como una enfermedad del cerebro, continúa siendo cuestionado, debido a que desafía valores profundamente engranados en la sociedad sobre la determinación y responsabilidad personal, que enmarcan el uso de drogas y la adicción como actos voluntarios y hedonistas. En este marco se localiza a la adicción como resultante de la repetición de conductas puramente voluntarias (Volkow, N. 2016).

EL DIAGNÓSTICO SE ESCRIBE CON LÁPIZ

“en la clínica psiquiátrica, la peor formula es: si A, no B”

(Goldar, J. 1994)

El diagnóstico de Pirulo se plantea desde nuestra entrada a la residencia. E. Bleuler (1911) describe el término hebefrenia como la gran tetera en donde se clasifican todas las formas diagnósticas que no pueden ser agrupadas en las demás categorías. La dificultad reside en diagnosticar los casos leves, dado que los cambios en la afectividad, los cuales son la clave, son difíciles de dilucidar.

De acuerdo a Goldar (1994), teniendo en cuenta el concepto clínico de “esencia”, entre las formas graves y leves, lo que varía es la intensidad. Entre la normalidad y la esquizofrenia plenamente configurada, existen incontables transiciones, las esencias no son creaciones de la esquizofrenia, sino estructuras humanas.

Pirulo está internado hace casi dos años, y en relación a esto, tiene pocas preguntas. Saluda a las personas que le agradan y a los profesionales abriendo los brazos, con una sonrisa, mostrando una felicidad superficial, y haciendo chistes de puerilidad considerable. Otras veces, porta un carácter taciturno y una mirada seria. Al preguntarle cómo está, responde “mal” o “medio triste”. El contenido de este estado varía poco, siendo por lo general el extrañar a sus padres fallecidos o querer consumir, repitiendo una y otra vez las mismas razones para su malestar, sin poder profundizar sobre el tema, dando la impresión de estar vacío de contenido.

Pirulo nunca ha presentado brotes psicóticos, alucinaciones o delirios. No es portador de risas inmotivadas, salvo en ocasiones previamente mencionadas (formas de saludar y chistes pueriles), no muestra una extravagancia muy marcada, sus conductas no son exageradas, y su ánimo alterna entre festivo y triste.

Sus días en la sala transcurren durmiendo hasta tarde y tomando mate con compañeros. Presentó grandes dificultades para incluirse en diversas actividades que se le han propuesto. Cuando participa lo hace fugazmente, de a ratos y parado, dado que se le dificulta compartir espacios con otros, dice sentirse observado por los demás. En ocasiones especiales toca la guitarra y escribe poemas.

En la hebefrenia, la motivación se ve aplacada debido al aplanamiento de la afectividad, los eventos que rodean a la persona ya no le interesan. La iniciativa no está presente, las respuestas dadas son monosilábicas (Leonhard, 1904). Cualidades que se pueden ver en Pirulo, su respuesta frente a preguntas sobre su vida íntima, opiniones o tópicos de su interés en general es “no sé”, otras veces responde de forma corta y animada.

Leonhard (1904) describe que, en la hebefrenia insípida, el único momento en el cual se presenta algo de afectividad latente en el paciente, es en momentos de tristeza, acompañado de

irritación que crece hacia la agresividad e impulsividad. Más allá de esto, parece que no son tocados por lo que sucede a su alrededor, dan la impresión de autismo, sus vidas internas se encuentran empobrecidas y sus intereses ausentes, el ánimo es triste y con trazos de suspicacia.

Según el autor, las funciones psíquicas pueden estar preservadas, se pueden entablar conversaciones, sus opiniones y respuestas a preguntas simples son correctas. Sin embargo, **no hay participación afectiva** (Leonhard, 1904).

Cuando a Pirulo se le niega algo, se muestra irritable, sus demandas al equipo tratante y a sus familiares son inagotables, y las reitera incesantemente. No hay registro de la incomodidad del otro ante esto. Sus familiares dicen “parece un nene de 8 años, no entiende el no”.

Su apariencia roza lo excéntrico y sus valores preventivos se encuentran deteriorados, su aseo personal es escaso. No sólo podemos visualizar esto en su aspecto, el hecho de robar es en sí mismo una pérdida de valores preventivos “con estos valores no solo se captan los contextos sino, además, se inhiben las acciones que no son adecuadas a los contextos. La principal consecuencia perniciosa de las conductas hebefrénicas, es la alienación, ósea la ruptura del seguir siendo materia comunitaria.” (Goldar, 1994)

¿Cómo pensar un diagnóstico teniendo en cuenta que Pirulo no presenta alteraciones lingüísticas, las cuales son características del cuadro?

En palabras de Goldar (1994), la realidad clínica está integrada por síndromes, y estos se combinan de muy diferentes modos. La realidad no respeta la separación que existe entre los capítulos de los manuales. El ejercicio clínico más importante consiste en analizar los síndromes con el propósito de aprehender las combinaciones, de captar las mezclas.

Todo lo anteriormente descrito podría ser considerado dentro del **marco de las adicciones, el desamparo y el exceso de medicación** ¿se debe a la medicación, generadora de sintomatología negativa secundaria, la interpretación de este cuadro como una psicosis?

Siguiendo esta línea, se decidió disminuir las dosis de antipsicóticos y benzodicepinas, con la limitación de no poder retirarse éstas por completo debido a la gravedad del cuadro. Habiendo solicitado acompañamiento terapéutico, el cual lleva una demora de un año, se solicita una consigna policial para el paciente debido a que no se podía garantizar su permanencia en la institución, y, por ende; en el tratamiento lo cual lo exponía diariamente a reiteradas situaciones de riesgo. A raíz de este pedido, comienza a verse una marcada mejoría en el paciente.

“SALVAR AL PIBE”

Ambas nos vimos causadas a tomar este paciente antes de comenzar nuestra rotación por sala. ¿Por qué lo elegimos? ¿Cuál fue la motivación? Esa fue la pregunta que realizaron

dos supervisoras, advirtiéndonos sobre quedar “cautivadas” con la historia de los continuos **desamparos** que sufrió Pirulo. ¿Cómo trabajar aquella implicación subjetiva?, ¿Qué hacer con los ideales propios, con nuestro narcisismo, que nos atraviesa cotidianamente en nuestro accionar profesional?, ¿Cómo reconocer clínicamente el desamparo sin reforzar su sentimiento de impotencia frente a ello? En síntesis, ¿Cómo validar su vulnerabilidad sin condicionar la misma y permitir su despliegue y potencia subjetiva?

Observamos que Pirulo desde su temprana infancia ha sufrido una vulneración sistemática de sus derechos. En palabras de Aída Perugino (2014), “la exclusión feroz” es el contexto por el cual debe ser abordada y comprendida la problemática de consumo ya que es la realidad en la que se engendra, estructura y despliega la misma.

Según los desarrollos de la autora, las condiciones y la modalidad en la que consumen quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad social tiene efectos arrasadores tanto en su cuerpo y subjetividad como en las personas que los rodean. El no esperar nada del futuro es una de sus características principales.

En esta línea, Ulloa denomina “los sobrevivientes” a aquellas personas que han soportado el fracaso en grado mayor de los suministros elementales, las carencias más extremas. En estos casos, “la constitución ética del sujeto bordea casi inevitablemente la ética de la violencia”, es decir, que en dicha violencia radica la oportunidad de sobrevivir para quienes ya lo han sobrevivido todo (Ulloa, 1995, pág. 10).

Si bien actualmente interviene un Juzgado de familia y la Defensoría para proteger los derechos de Pirulo, ambos han aparecido una vez instaurada la Perimetral, es decir, justo cuando una denuncia recae sobre el paciente.

Teniendo en cuenta la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes, “los organismos del Estado deben asegurar políticas, programas y asistencia apropiados para que la familia pueda asumir adecuadamente esta responsabilidad, y para que los padres asuman, en igualdad de condiciones, sus responsabilidades y obligaciones”.

La pregunta que se nos impone como profesionales de la salud atañe al alcance de la responsabilidad de aquellos que han tenido contacto con este niño vulnerado en el transcurso de un tratamiento por salud mental, y sobre el resto de las autoridades competentes, tales como la Escuela. Dicha pregunta no pretende juzgar, sino más bien reflexionar sobre la importancia de nuestro accionar ético como profesionales al momento de evaluar a un niño en una entrevista. Poniéndose de relieve la tarea fundamental de pesquisar y monitorear en toda su complejidad lo situacional de un niño, la calidad y cantidad de sus vínculos primarios, el contexto de su vivienda, (Barrio, amigos, vecinos), la salud mental de quienes lo rodean, su rutina, etc.; ya que de eso dependerá su futuro y sufrimiento presente.

CONCLUSIONES

Al retirar la consigna policial que acompañaba a Pirulo, instantáneamente volvió a consumir y robar de forma compulsiva. ¿Será que Pirulo lo que necesita simplemente es quien lo mire y acompañe? ¿Cómo se puede asegurar esto si no sólo hay faltas en lo familiar sino también en lo institucional? Cuando los organismos que debieran encargarse del bienestar e integridad de los sujetos continúan ausentándose, ¿Quién acompaña?.

Tomando el concepto de “encerrona trágica” descripto por Ulloa (1995), observamos que la situación de Pirulo es propia de la misma, “depende de algo o alguien que lo maltrata o simplemente lo destrata, negándolo como sujeto”, en cuanto a la respuesta evasiva o nula que obtiene, sin tener a quien apelar. Frente a ello, se intenta armar una narración de aquella tragedia, una ficción que pretenda no velar los hechos, recuperar aquel sufrimiento embotado al vivir.

Poder gestionar políticas públicas para sujetos que viven en

los efectos de una vida de marginalidad y vulnerabilidad extrema precisa de una profunda reflexión sobre esas condiciones, el respeto por su singularidad y de un trabajo artesanal y complejo. No es una mera repartija (Perugino, 2014).

En este sentido, reflexionamos sobre la dificultad en encontrar dispositivos acordes a las necesidades de Pirulo, intentando ubicar algunas de las funciones actuales del dispositivo de sala de internación en donde el paciente transcurre sus días hace dos años. Nos preguntamos si las mismas han alcanzado lo que Ulloa nombra como “Institución de la ternura”, el escenario mayor donde se efectúa el pasaje del cachorro humano a la condición pulsional humana, el motor primero de la cultura, que, en función de sus atributos básicos, la misma “será abrigo frente a los rigores de la intemperie, alimento frente a los avatares del hambre y fundamentalmente buen trato, como escudo protector ante las violencias inevitables del vivir” (Ulloa, 1995, pág. 11). Viéndolo así, quizás podríamos pensar si la misma ha actuado como un tercero a quien apelar cuando todo lo que rodea a Pirulo falla.

BIBLIOGRAFÍA

Bleuler, E (1911) *Dementia Praecox*, Buenos Aires: editorial Polemos *Praecox*, Buenos Aires: editorial Polemos

Goldar, J.C (1994) “Las formas de la esquizofrenia” en *Introducción al diagnóstico de las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Salerno. J.C (1994) “Las formas de la esquizofrenia” en *Introducción al diagnóstico de las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Salerno.

Leonhard, K (1904) “Esquizofrenia sistematizada

simple” y “Formas hebefrenicas” en *Clasificación de las psicosis endógenas*. ormas hebefrenicas” en *Clasificación de las psicosis endógenas*.

Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de niñas, niños y adolescentes N° 26.061, 2005.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2011.

Perugino, A. (2014) *Hueco de Vida: subjetividad y exclusión*. Buenos Aires, Argentina: Yotser Libros.

Ulloa, F (1995) “La tragedia y las instituciones”, “La

difícil relación del psicoanálisis con la no menos difícil circunstancia de la salud mental” en *Novela Clínica Psicoanalítica*. Buenos Aires: editorial Paidós.

Volkow, N, Koob, G, McLellan, T (2016) Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction, *The New England Journal of Medicine* ,374:363-71.

Winnicott, D (1946) “Algunos aspectos psicológicos de la delincuencia juvenil”, “La tendencia antisocial” en *Deprivación y Delincuencia*. 1991. Buenos Aires, Argentina: Paidós.



Carlos, en búsqueda de algo propio. O sobre la apuesta al sujeto

ANA ALLI

Lic. Psicología. Jefa de residentes 2018-2019. Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte" (ex Cenareso).
ana_alli@yahoo.com.ar

— Foto María Florencia Cid



RESUMEN :: A partir de la construcción de un caso clínico de un paciente internado en el hospital, se intenta reflexionar sobre las particularidades del dispositivo analítico en la clínica de las toxicomanías.

PALABRAS CLAVE :: Consumo Problemático – Caso Clínico – Dispositivo Analítico – Toxicomanías.

██████████
"Vivo bajo la tierra
Vivo dentro de mí
Yo no tengo un espejo, no tengo un subvenir.
La lágrima me habla
Y está dentro de mí.
Yo sólo tengo esta pobre antena
que me transmite lo que decir:
una canción, mi ilusión, mis penas, y este souvenir."
Charly García

Carlos
Depresivo, alcohólico, borrachín.
Homosexual, gay, puto.
Virgen a los 40.
Tranquilo, no demanda.
Habla poco. / Está cómodo.
Estigmatizado, mirado, culpado.
Alumbrado, vigilado.
Contento con su ser, sin mucha iniciativa.
Paciente, Internado. Enfermo.

Todas estas palabras circulan por la institución en relación a Carlos, dichas y escritas por profesionales, por él mismo, por sus compañeros.

Sólo a modo de ejemplo cuando Carlos, en una de sus salidas informa al personal de seguridad su destino, Mendoza, obtiene como respuesta "cuidado con el vino", acompañada de una sonrisa socarrona. Parecería ser que muchxs, cuando no todxs, ya saben cuál es el problema de Carlos: es alcohólico. Las palabras que elegimos, los fragmentos de relato que decidimos como importantes, las frases y significantes que recorramos, subrayamos y ponemos a andar, hablan de nosotrxs, del paciente y del *entre* que se genera entre ambxs, con el telón de fondo institucional, en donde también circulan versiones del paciente, del profesional y de los diferentes vínculos terapéuticos que establecen.

Las diferentes lecturas que se van haciendo de Carlos, van armando distintas versiones de él. Este escrito es un intento de mostrar, la posibilidad de versionar que tenemos los profesionales de la salud mental, de posibilitar el armado de historias, propias, ajenas, comunes.

Considero que cada operación de lectura de una situación clínica genera diferentes intervenciones posibles en relación al sujeto en cuestión. Y el punto anterior a toda lectura, es el posicionamiento ético-epistémico, esa legalidad teórica que nos permita operar desde algún sentido que no sea (solamente) la propia subjetividad.

En un intento por acercar algo de lo que considero una ética posible desde donde actuar, las palabras de Pontalis (2016),

en su libro "Al margen de las noches" son valiosas (para mí):
En psicoanálisis la experiencia es la fuente de todo saber. Pero es incapaz de fundamentar ningún saber. Esta es la razón por la cual Freud construyó una metapsicología y por la cual quienes vinimos después recurrimos a ella. Metapsicología: conceptos fundamentales del psicoanálisis (...) En medicina, muchos deploran hoy la ausencia de los grandes médicos clínicos, aquellos que palpaban el cuerpo y escuchaban a sus pacientes(...)¿Qué hace un psicoanalista? Palpa la psique, el cuerpo sufriente, el cuerpo inquieto, desgarrado, a veces fragmentado (pág. 80).

Posicionamiento ético-epistémico > lectura > intervención clínica > armado de caso

El paso siguiente a la sucesión de intervenciones cotidianas, supervisiones, conversación del caso con colegas, lectura de textos que nos posibiliten nuevas lecturas del paciente, es el armado de un caso clínico, producto en donde ya las operatorias de recorte y relato se vuelven necesarias y construyen, algún sentido posible.

Mi intento será el de ir armando alguno de los recorridos teóricos y clínicos que Carlos me permitió ir realizando. Las conjeturas teóricas tienen mucho de apoyatura frente a los obstáculos que la clínica me impone y poco de innovación.

El paciente ha realizado un recorrido por los servicios de Consultorios Externos e Internación Breve (hoy Agudos), previo al ingreso al dispositivo de Internación. Al recibirlo, además de contarme que es un paciente tranquilo, me transmiten el criterio diagnóstico de una neurosis, y las circunstancias por la que se decidió la internación: luego de la pérdida de su trabajo, (causada por la caída de las cooperativas de trabajo dependientes del Ministerio de Desarrollo Social producto del cambio de gobierno nacional) el paciente inicia un consumo compulsivo de alcohol perdiendo también su vivienda, todo en menos de una semana, quedando en situación de calle, con ideas de ruina y desesperanza. Se transmite también la duda del pasaje a Internación o la externación directa, ya que el paciente no cuenta con una red social conformada en Bs. As., por provenir de la ciudad de Bariloche.

Tras varias entrevistas comparto el criterio diagnóstico y comienzo a pensar la dirección del tratamiento pensando al paciente dentro del campo de las neurosis. Como plantea S. Bleichmar (1993):

La neurosis definida en su carácter histórico implica el reconocimiento de que algo del pasado insiste con carácter repetitivo y busca modos de ligazón y organización transaccionales a partir de la constitución de un síntoma. Aquello del pasado que insiste no deja lugar a dudas en la teoría freudiana: se trata de algo fijado, del orden inconsciente, e inscripto en forma permanente a partir de la sexualidad infantil reprimida. (pag. 193).

**Origen de la neurosis > origen del inconsciente >
Sexualidad infantil reprimida (autoerótica y pregenital)**

Parece una obviedad, pero en los inicios de mi ejercicio, necesito recordar(me) como es el trabajo psicoanalítico en las neurosis. Es importante advertir que en este campo, cada forma de presentación es singular y el diagnóstico se realiza siempre en transferencia. La tesis freudiana de la determinación inconsciente apuesta a que lo dicho en el dispositivo analítico tiene valor de verdad para el sujeto y es en ese espacio (y con la figura del analista) en donde se desplegarán (repetirán) alguno de sus conflictos. Para complejizar aún más este armado, la internación ofrece un espacio propicio para el armado de escenas, que también son leídas como material que el paciente pone en juego en su tratamiento, algunas veces introduciendo el relato sobre esas escenas en las entrevistas, otras actuando, allí donde somos convocados intentando jugar en cada intervención una carta que sirva al proceso de análisis. No siempre son acertadas, la clínica de la frustración y las equivocaciones son de las cuestiones más repetidas en el relato.

**PRIMERA ESCENA:
VIAJE A MENDOZA, VIAJE A BUENOS AIRES**

El vínculo terapéutico con el paciente, comienza con un encontronazo con la desazón. A los pocos días de estar en el dispositivo, y que se me asigne un paciente, Carlos decide irse a Mendoza, ya que su madre cumple 75 años y él quiere estar presente. Poco sabíamos de su historia y ya se estaba yendo de viaje durante una semana. Después de todo era un paciente que ya estaba para externarse según su equipo anterior. A los dos días regresa, presentando un cuadro de intoxicación etílica y abandono de su persona, habiendo sido asaltado y golpeado. Toda esta situación, es incorporada en las entrevistas y Carlos comienza hablar de lo que le sucede en relación a su familia y al consumo de alcohol. Planteando la vergüenza que siente cuando se intoxica, de ser mirado.

Carlos va relatando retazos de su historia, no sólo es oriundo de la ciudad de Bariloche, sino que se reconoce como mapuche, de la región del Llao-Llao, famosa por su gran hotel, más que por ser territorio originario. En ese prestigioso hotel, Carlos ha trabajado desde los 17 años hasta los 25, y hoy tiene idealizado ese trabajo. Logró estudiar hotelería, siendo el único de 5 hermanos que llegó a realizar estudios terciarios, y luego de varios trabajos en distintos hoteles, hace dos años se decide venir a vivir a Buenos Aires, nombrando dos objetivos: realizar un tratamiento para su enfermedad, el alcoholismo y poder ejercer su sexualidad, ya que la comunidad gay en Bariloche es pequeña y estigmatizada, (esas son sus palabras). En relación a los tratamientos, busca en internet, el SEDRONAR y el (ex) CENARESO, y los define como lugares en donde tratarse. Al bajarse del micro en Retiro, ya tiene una

comunidad terapéutica becada por Sedronar, en la que pasará 7 meses. En relación a su sexualidad, se define como homosexual, y en un principio se nombra como virgen, para luego decir que tuvo algunos acercamientos y encuentros. Nombra el interés de ir a cines para vincularse con la comunidad gay de Buenos Aires, hecho que aún no ha ocurrido debido a su falta de dinero, argumenta.

En Bariloche tiene una cabaña en la región del Llao-Llao que nombra como su refugio, cerca de, por medio, su madre. Allí, relata, tiene sus libros y cosas, y pasa las horas en las que no trabaja, tomando cerveza o vino, hasta quedarse dormido mirando la tele o películas.

Esta pequeña primera versión de Carlos, la voy armando luego de varias entrevistas, ya que habla poco, aunque sus palabras tienen un afecto apesadumbrado y parecen ser elegidas entre varias para expresar lo que le sucede. Voy escuchando no sólo que dice, sino cómo es la afectividad con la que habla, muy particular. No sólo sus palabras hablan, también su tono, ritmo y cadencia parecen nombrarlo.

En relación a su consumo problemático de alcohol, no sólo define su ser: "soy alcohólico", sino también una búsqueda: "una cura a esta enfermedad". La suposición de que el tóxico tiene alguna función en su economía libidinal, permite una apuesta a la aparición de un sujeto, y no simplemente pensarlo como un paciente con consumo problemático de alcohol, nómina que lo condena al anonimato.

**UNA INTERVENCIÓN SUGERIDA:
CONSTRUCCIONES EN EL ANÁLISIS**

Desde el principio aparece cierta postura defensiva ante el menor rasgo de rechazo que lee entre los profesionales del equipo, al modo de un niño que se ofusca, resopla, se va ofendido ante la negativa de algún pedido menor, llegando a llorar en una oportunidad cuando se imposibilita una salida por cuestiones organizacionales. Estas escenas son tomadas y puestas a tratar en el espacio terapéutico, pero Carlos no las asocia con algo más, sino que se replica el modo defensivo. Converso sobre esta situación con uno de los coordinadores del servicio, y al relatarle lo poco que tenía del caso, me dice que no es por la vía de la interpretación con este paciente, porque puedo estar años sin que él asocie nada, es por la vía de las construcciones. Armar relato que llene las lagunas mnésicas y ver cuáles son los efectos que se producen, preguntarle con algunas construcciones armadas.

Observando la indicación que surge de una supervisión espontánea, entiendo que el coordinador supuso que yo tenía armada ciertas posibles construcciones sobre algunas cuestiones, y una de ellas se vincula con su sexualidad.

El consumo de alcohol que realiza en su refugio, cerca de, por medio de, su madre, mirando películas hasta quedarse dormido, me remite a una escena adolescente, a una satis-

facción autoerótica vía la masturbación, pero que aquí parece estar suplantada por las imágenes en la pantalla y el efecto del tóxico. Pienso, sin atreverme aún, a que ponerlo en juego en mis intervenciones, en dos ideas freudianas, que han sido demasiado utilizadas en la clínica de “las adicciones” pero no por ello han perdido valor:

Freud (1988) habla de las adicciones como sustitutos de la adicción primordial: la masturbación. Definiendo el acto masturbatorio conformado por dos componentes: la evocación a la fantasía y los movimientos mecánicos, que en la etapa adolescente deberían estar soldados, constituyendo una fusión. Pero esta concepción da lugar a un primer momento pre-genital, en donde la fantasía no existe como tal, y son los tocamientos exploratorios los que producen la excitación. A esta etapa, Freud la llamará AUTOEROTISMO.

En otro de sus textos Freud (1989) habla de la relación con el alcohol como un medio para sustraerse de la realidad, refugiándose en un mundo propio, que salvaría de las frustraciones que el mundo exterior le ofrece al yo a cada momento. Pero ese paliativo que en un principio causa satisfacción, se vuelve insuficiente, hasta resultar insoportable, punto importante de situar en la clínica.

Carlos relata la renuncia a su trabajo en el hotel Llao-llao, por el incremento en el consumo de alcohol, habla de que ya no podía manejar el asunto, y decide mandar el telegrama de renuncia, sin volver nunca a contactarse con el lugar. Este parece ser, el primero de los momentos de quiebre de ese equilibrio que había logrado, al utilizar el consumo de alcohol como modo de no querer/poder saber nada con un otro sexuado, quedándose enganchado en un placer autoerótico, que parece no llegar a constituirse en síntoma.

Este cambio en mi posición, este preguntar sobre su sexualidad desde una construcción ofrecida, sin esperar que él traiga algún material adecuado para interpretar (habilitación que me costó realizar, por temor a ser intrusiva, y que sólo fue posible por ser una intervención sugerida) abre toda una serie de recuerdos infantiles, que hasta ese momento no habían aparecido.

Comienza a hablar sobre su infancia y el trato de su padre, quien era policía y abandona la fuerza tras convertirse en testigo de jehová, ya que no pueden portar armas. Carlos refiere que tanto a él como a sus hermanos y a su madre, su padre los trata como si estuviesen en una comisaría, en forma dura y agresiva, poco afectuosa. Se relata como el más rebelde de sus hermanos, el que más lo enfrenta y el más pegado a su madre. Recuerda que su padre le dice, ya durante su adolescencia que parece un anarquista, con el jean roto, situación que asocia con vergüenza y bronca. Trae dos sueños al espacio, uno en donde continúa trabajando en el Llao-llao pero no conoce a nadie ya y otro en donde siente que está en escenas familiares, tomando mate y bizcochitos en su casa de Bariloche. Decide llamar a su tía y a su hermana, y comienza a tener una comunicación asidua por teléfono con ellas.

SEGUNDA ESCENA: LAS PASTILLAS EN EL BORDA Y LA PREGUNTA POR SU MALESTAR

Una nueva escena, se sucede, esta vez fuera del ámbito de la internación, que se transforma en un desafío de ser incorporada en el tratamiento. Una profesional que trabaja en nuestro hospital y también en el Htal. Borda, nos comunica que el paciente va a retirar medicación a esa institución, durante las salidas otorgadas en la internación. Nuevamente el coordinador me sugiere que le pregunte qué le sucede que tiene que hacer esto, que apueste a que hable sobre su malestar. Realizo esta intervención, Carlos acepta como verdaderos los hechos y en un primer momento se enoja y dice no querer hablar del tema. Interrumpo la entrevista y le digo que más tarde la continuamos, cuando se le pase el enojo. A las horas regresa y me plantea que se quiere ir, porque le da mucha vergüenza lo que hizo, volviendo a repetir algo del no querer ser mirado. Le pregunto a dónde se iría, qué tiene pensado y parece no tener opciones, le oferto nuevamente un espacio para hablar de lo que le sucede, y habla de un abuso de las benzodiazepinas de casi 10 años, relata sus tratamientos en Bariloche, entre otras cosas. Con el equipo pensamos que ese fin de semana resultará crítico, evaluando una posible intoxicación del paciente. Situación que no sucede, y muy por el contrario, el paciente parece ponerse a hablar más acerca de lo que le pasa. Comienza a realizar ejercicio físico, ya que había traído malestares en su cuerpo y con su imagen (le gustaría adelgazar unos kilos) y esta actividad le permite relajarse y dormirse en forma más espontánea, según refiere.

Comienza a realizar salidas al Cine Gaumont durante todos los fines de semana, y aparece un nuevo actor en escena, un compañero de internación. Con él comparte mates por la tarde, actividad física, salidas y se observa un vínculo afectivo entre ellos, ambos parecen estar de mejor ánimo, con mayor predisposición a realizar las actividades cotidianas. Habla de Ariel, como alguien con quien comparte momentos, mostrándose muy reservado al respecto, llegando a nombrar la posibilidad de irse a vivir juntos ya que ambos se encuentran próximos a la externación.

El paciente ha realizado una intensa búsqueda laboral y se gestionó, junto a la trabajadora social, un subsidio para poder alquilar un espacio propio, que él insiste sea en la Villa 31, ya que tiene como referencia este barrio de Buenos Aires, como un espacio en donde los lazos comunitarios son más fuertes que en el resto de la ciudad, semejante al lugar en donde él vivía en Bariloche. La trabajadora social realiza varias salidas junto con él para buscar la pieza para alquilar, la externación se va haciendo en forma paulatina y acompañada.

Dice que una vez jubilado regresará a mirar el Llao-llao desde su ventana. Por el momento no ha presentado situaciones de intoxicación y me pregunto si esto tiene que ver con haber iniciado un vínculo con un otro sexuado.

Es un interrogante cómo continuar el tratamiento durante el proceso de externación y una vez realizada la misma, decido supervisar al paciente, y de ahí se desprenden nuevas intervenciones que van en la línea de continuar preguntando sobre su sexualidad, sus fantasías, gustos y sentimientos. Se va armando un espacio/tiempo distinto, no ya tan cotidiano, en la transición hacia consultorios externos en donde continuará su tratamiento.

Desde el día que lo entrevisté por primera vez, al día de hoy, las versiones de Carlos que yo misma me fui armando han ido mutando, al escuchar lo que el paciente decía pero también al leer nuevos textos, al asimilar propuestas realizadas por colegas y supervisores. Hoy serían otras las palabras que elegiría para describirlo.

Carlos
Mapuche.
Habla poco. Observa mucho.
Cinéfilo.Laburante.
Solitario. Decidido.
Apesadumbrado.
Sensible ante el rechazo.

Es una incógnita que le ha quedado a él de este proceso. El armado (provisorio) de este caso habla tanto de mi experiencia como analista que inicia sus primeros pasos, como de los movimientos que Carlos va realizando lentamente, **deseantes** al viajar a Buenos Aires, de **anulación** al decidir viajar a Mendoza y subirse al micro con dos vinos, **exploratorios** en relación a su sexualidad, de **búsqueda**, de trabajo y vivienda en esta ciudad.

A la memoria de Carlos que tanto nos ha enseñado,
con el más sincero de los afectos.

BIBLIOGRAFÍA

Bleichmar, Silvia; "La fundación de lo inconsciente"; Amorrotu Editores; Bs. As.; 1993.

Freud, Sigmund; "Construcciones en el análisis"; en *Obras Completas Vol XXIII*; Ed Amorrotu; Bs. As.; 1988.

Freud, Sigmund; "Carta 79"; en *Obras Completas Vol I*; Ed Amorrotu; Bs. As.; 1988.

Freud, Sigmund; "Malestar en la cultura"; en *Obras Completas tomo III*; Biblioteca Nueva; Madrid; 1989.

Le Poulichet, Silvy; "Toxicomanías y Psicoanálisis"; Amorrotu Editores; Bs. As.; 1990.

Laplanche-Pontalis; "Diccionario de psicoanálisis"; Ed. Paidós; Bs. As.; 2004.

Nasio, Juan David; "Los más famosos casos de psicoanálisis"; Ed. Paidós; Bs. As.; 2000.

Nasio, Juan David; "Como trabaja un psicoanalista"; Ed. Paidós; Bs. As.; 2014.

Naspartek "Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo."; Grama Ediciones; 2008.

Pontalis "Al margen de las noches"; Ed. Paidós; Bs. As.; 2016.



YO ESTUVE EN

Arte y Salud Mental.

Una experiencia de rotación de APS
en Londres. Rotación APS – Externa



MERCEDES DOMINGUEZ
Concurrente 4to Año.
Hospital Carlos G. Durand

“La música es el verdadero lenguaje universal que en todas partes se entiende y, por ello, se habla en todos los países y a lo largo de todos los siglos, con gran tesón y gran celo. (...) no habla de cosas sino puramente de gozo y de dolor que son las únicas realidades para la voluntad; por esta razón, dice tanto al corazón, mientras que a la cabeza directamente, no tiene nada que decir. Y es un abuso exigirle esto (...)” (Schopenhauer, 1998, p.193).

Dada la posibilidad y mi interés en la música hice mi rotación de APS en Londres, en el contexto de un Centro de día, “Core Arts”, que existe para promover, libremente y sin prejuicios, las habilidades artísticas y creativas de personas que experimentan problemáticas de salud mental crónicas. Su objetivo es hacer uso del arte para terminar con prejuicios asociados y promover el acceso y participación de sus clientes en la comunidad, reforzando redes locales para ayudarlos a integrarse; proveer un ambiente de apoyo donde sus miembros puedan expresarse sabiendo que serán escuchados y respetados; dar lugar a sus capacidades creativas e imaginación así como celebrar sus talentos y habilidades a través de eventos y exhibiciones (Core Arts, 2019). Es una empresa social sin fines de lucro cuyos directores son sus propios miembros.

Los cursos que se dictan se reparten en cinco departamentos: arte, música, multimedia, horticultura y deporte. Para ser admitido como alumno es necesario una derivación del equipo de salud, y es en función del cuadro del paciente que la concurrencia a los cursos sea más o menos intensiva. A mayores necesidades, mayores recursos.

El Servicio Nacional de Salud de Londres (NHS, National Health Service) es la entidad de prestaciones sanitarias públicas del Reino Unido. Su financiación proviene del pago de impuestos y del presupuesto nacional. Core Arts funciona como una derivación posible, con un tipo de soporte específico, dentro de la Red de Bienestar del distrito Hackney para los vecinos del barrio con problemáticas de Salud Mental (City and Hackney Wellbeing Network, 2019).



Todos los que forman parte de Core Arts comparten algo: su pasión por el arte, que va más allá de la “Salud Mental”, prestando un lugar habitable desde otra lógica, que crea una comunidad que aprende y se apoya mutuamente, genera lazos y presta identidades. Produce sentido desde el sin sentido del arte.

No hay profesionales de la salud dentro del establecimiento. Todos son artistas. Mi presencia ahí era meramente como cantante. Tuve la oportunidad de conectar con la locura desde un lugar radicalmente distinto al del analista, como un par músico. Los alumnos proponían canciones, escritas por ellos o populares, y los presentes nos sumábamos con nuestros instrumentos. Una vez al mes se realizaba un concierto con un título y una propuesta para exponer lo que se había trabajado durante ese tiempo. Había música, había poesía, había comida y bebida, había otro que aplaudía y sancionaba eso como arte. Había encuentro, el lenguaje común era el de la música.

PRIMERA ENTREVISTA - ADMISIÓN

“Acá usamos la creatividad para mostrarles el brillo que hay cuando se animan a salir del agujero negro en el que se encuentran” me dice la directora, artista plástica y creadora de Core Arts junto a su marido, en 1992.

El paciente del NHS que llega a Core Arts tiene una primera entrevista donde se indaga sobre sus “sueños” y cuáles de los servicios que presta Core Arts pueden serle provechosos para ese fin; “el diagnóstico queda afuera”. Quien hace la entrevista (una persona del staff que generalmente empieza trabajando como voluntario hasta que se efectiviza), ayuda al incipiente alumno a que elija un camino para desarrollar su creatividad y explorar distintas facetas en un ambiente protegido. La mirada no recae sobre la patología sino sobre la creatividad y la posibilidad de hacer juntos. El camino elegido es libre y los pacientes pueden cambiar en el proceso. No existen las llegadas tarde, mientras no se obstaculice el trabajo de los demás. No les hace falta aclarar que tienen perspectiva de género, la misma, quizá por ser su sede en Londres, sucede. En Core Art sólo importa qué expresión de arte elegís.

QUÉ ES LA SALUD MENTAL

Una vez por mes hay asamblea en el salón grande. Las mujeres de la oficina, el staff, la dirigen: una toma la palabra, y otra toma nota. Primero se lee lo sucedido en la reunión anterior y las soluciones que se encontraron a los problemas planteados. Después se abre el espacio para los asuntos que surjan, quien quiera toma la palabra y sugiere, pide, pregunta, comparte. Luego se comentan los eventos por venir, si hay alguna exhibición, entradas para algún festival, oportunidades laborales que puedan interesar a alguien. Posteriormente una actualización de las redes con las que se cuentan, si abrió

algún nuevo grupo o proyecto en el barrio, y las novedades sobre el staff. Se habla sobre los recursos materiales con los que se cuenta, si se hizo alguna compra o si es necesario renovar algún equipo. Finalmente cualquier sugerencia en relación a lo que pueda surgir como demanda por parte de los miembros es escuchada y puesta por escrito.

En este contexto de asamblea, a partir de una invitación desde la alcaldía de Hackney a participar de un proyecto de investigación -con vistas a hacer un documental en relación a los prejuicios sobre personas con problemáticas de Salud Mental- un miembro preguntó: “¿Qué es la Salud Mental?”.

Hubo un gran intercambio de ideas, espontáneo, de que pensábamos los presentes en relación al concepto de “Salud Mental”. ¿Es estar sano de la cabeza? ¿La sinapsis en el cerebro? ¿Son los sentimientos? ¿No experimentar discriminación? ¿Tener amigos, una familia que te quiere? No llegamos a una definición ni hubiéramos sabido responder asertivamente. El concepto quedó abierto, resonando, volviéndose a la pregunta de qué es estar sano o enfermo. De cuánto hay de la locura particular y cuanto de la sociedad que enloquece. De cuánto hay de absurdo en la normatividad de lo saludable en tanto y en cuanto responda a un orden social.

Core Arts es ese limbo donde conviven el loco y el genio, un espacio donde la locura es premiada por su falta de barreras, donde la creatividad hace la ley. Donde estar loco no es tan loco. Donde todos somos un poco locos en un mundo *tan insanamente cuerdo*.

ATENCIÓN PRIMERA DE LA SALUD Y ARTE PARTICIPATIVO

El Arte Participativo se trata de una práctica históricamente reciente y específica que conecta a artistas profesionales y no profesionales en un acto de co-creación.

Francoise Matarasso (s.f.) refiere en su Blog “A Restless Art”- Sobre el Arte Participativo:

(Matarasso, s.f., Why I do what I do [Por qué hago lo que hago])

Todo el mundo tiene el derecho de crear arte y comparar los resultados, así como de disfrutar y participar del arte de otros. Dar forma a su propia identidad cultural, y que otros la reconozcan, es fundamental para la dignidad humana y el crecimiento. Si las personas no pueden representarse culturalmente, ¿cómo pueden hacerlo de otra manera, incluso políticamente? Si las personas son solo imaginadas y relatadas por otros, ¿cómo pueden ser miembros de la sociedad completos, libres e iguales? Y sin embargo, en todas las sociedades el acceso de las personas a la cultura es muy desigual. Aquellos que se identifican con las culturas dominantes no tienen dificultades en creer y promover sus valores. Otros, que negaron pasiva o activamente los recursos culturales, las plataformas y la legitimidad, quedan al margen.



A pesar de que el trabajo en Core Arts no es Arte Participativo, se tocan en el punto donde el acceso al arte propicia algo de la salud, no importa la estructura o el diagnóstico, si no en tanto da lugar a la aparición de un sujeto, del psicoanálisis y de derechos. El arte reivindica y transforma; construye relatos y elabora saberes; y constituye, a quien lo realiza, como creador y poseedor. El arte, sigue diciendo Matarasso (2019), “es la creación de sentido a través de historias, imágenes, sonidos, actuaciones y otros métodos que posibilitan a las personas comunicar sus experiencias y sentimientos sobre estar vivo” (p.38). Esta creación de sentido no es unívoca, no puede cristalizarse en ninguna significación determinada. Dice Fridman (2011) en relación a la música, “se trata de un discurso que no pretende involucrarse en ningún sentido, donde toda explicación es redundante” (p.24). El arte genera lazo en tanto convoca a un otro necesario para que sancione a esa creación como arte.

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia. Y como estrategia convoca a la creatividad de quienes trabajamos en Salud para poder ser llevada a cabo. Entiendo al arte como una posibilidad dentro de APS, encuadrada en el principio de intersectorialidad, en tanto que alineada con el sector salud maximiza la potencial contribución a la salud y al desarrollo humano. El campo del desarrollo humano, dice la OMS, va desde las oportunidades sociales, económicas y políticas para ser creativo y productivo, hasta el disfrute de autoestima, sentido de su propio valor y derechos y de pertenencia a una comunidad (OPS/OMS, 2007). En esta línea la APS encontraría una herramienta más para distanciarse del modelo puramente médico terapéutico, comprometiéndose con la equidad y el derecho a la salud, impidiendo ser instrumentada como “un componente más de carácter compensatorio dentro de sistemas de salud fragmentados y no universales”, al decir de Mario Rovere (s/f).

El arte revoluciona conceptos y prácticas en el campo de la salud mental, y constituye un aporte fundamental para revertir y cuestionar las lógicas manicomiales presentes en las instituciones y en la sociedad en su conjunto.

EXPERIENCIAS

“La música produce un tipo de embriaguez, una cierta narcosis sonora. Cuando es eficaz logra sustraer por un momento al sujeto de su angustia, engañarlo un breve tiempo, le permite distraerlo del malestar que le es inherente en tanto ser-hablante, sometido al equívoco estructural del lenguaje y condenado a muerte, sin que se pueda entender nada de eso”. (Fridman, 2011, p.12).

A continuación presentaré dos extractos de experiencias de miembros que conocí durante los tres meses de mi rotación en Core Arts:

(Core Arts, 2019, Case Studies)

Gary: “(...) Un profesor de arte me dijo: “subí las escaleras un minuto”- yo nunca había hecho nada relacionado al arte -“aquí hay algunos pasteles, aquí hay algo de papel”. La primera pintura que hice fue de un extintor de incendios. La analogía era “apagar ese fuego”. De años de internaciones y enfermedad. De ser presionado. De pasar meses en la depresión. De la incapacidad para respirar. Se estaba extinguiendo todo. Ese fue el comienzo de mi viaje hacia la recuperación, encontrando la creatividad como una forma de manejar mi condición.

Comencé a asistir a las clases de arte, lentamente fui produciendo trabajo. En el momento en que Core realizaba exposiciones en la ciudad [de Londres] tuvimos un espacio de exposición en uno de los grandes bancos, por lo que tuve la oportunidad, muy pronto, de exhibir algunas grandes pinturas abstractas de vender un par de ellas. (...) También empecé

a asistir al grupo de poesía y eso fue una gran influencia en mí. Me enseñó mucho sobre cómo conectarme a la creatividad de forma regular, tanto a través de las palabras como del arte visual. Cuando llegué a Core era muy vulnerable y recibí mucho apoyo. (...) Lo que otras personas pueden asumir con bastante facilidad: familia, relaciones, carreras, alguien con problemas de salud mental lucha por lograrlo. Cualquier cosa te afecta gravemente y se considera un defecto permanente o algo que está mal con el individuo, pero después observamos cuán coerciónada está la sociedad: el mundo está completamente loco.”

Alex: “Lo único a lo que siempre vuelvo es al arte. Cuando la gente habla de arte y terapia, creo que el arte puede ser, de una buena manera, una distracción, algo en lo que enfocarse y permitir que otras cosas salgan de eso. (...) Tener un problema de Salud Mental no es algo pequeño y es algo bastante común. No hay una respuesta fija, es como el arte: puedes obtener destellos de respuestas, pero en un par de semanas puede que no sea la respuesta. Así que diría que lo principal en todo esto es la elección, si tienes la opción de vivir una vida más feliz, tómalala. No importa lo mal que se ponga, no la termines. Eso siempre es un error. No importa lo mal que se ponga, terminará y se convertirá en otra cosa. Algo saldrá de ello. Yo diría a los profesionales: da ese impulso extra, ven y ve un evento o una exposición. Es beneficioso para nuestra salud, así que da un paso más, si estás interesado, ven y echa un vistazo. No tienes que agarrar la guitarra, sólo agarra interés.”

PARA CONCLUIR

Dice Matarasso (2019), “El arte participativo nos recuerda que estamos vivos y que nuestras vidas valen la pena” (p.28). Y Lacan (1975) dice que “Un análisis no tiene que ser llevado demasiado lejos. Cuando el analizante piensa que él es feliz por vivir es suficiente”. El arte tiene eso, ese que se yo que da ganas de vivir.

BIBLIOGRAFIA

- City and Hackney Wellbeing Network (2019). Descargado de <https://chwellbeingnetwork.london/>
- Core Arts (2019). Descargado de <https://www.corearts.co.uk/>
- Core Arts (2019). Case Studies. Descargado de <https://www.corearts.co.uk/case-studies/>
- Fridman, P., (2011). Psicoanálisis y Música. En Esto lo estoy tocando mañana. Música y Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina. Grama Ediciones.
- Lacan, J. (24 de noviembre de 1975) Conferencia en la Universidad de Yale. (Traducción: Gómez A. M.). Texto publicado en Scilicet 6/7, Editorial Seuil.
- Matarasso F. (s/f) Why I do what I do [Por qué hago lo que hago]. Descargado de <https://arestlessart.com/home/francois-matarasso/>
- Matarasso F. (2019) A Restless Art [Un Arte Inquieto]. London, UK. Calouste Gulbenkian Foundation.
- OPS/OMS. (2007) La Renovación de la Atención Primaria de Salud de las Américas. Documento de
- Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.
- Rovere M. Atención Primaria de la Salud en Debate. En Revista Saude em Debate, Revista do Centro Brasileiro de estudos de saude [Revista Salud en Debate, Revista del Centro Brasileño de estudios de Salud], Rio de Janeiro Vol 36, n°94.
- Schopenhauer, A. La música, lenguaje universal. En Pensamiento, palabra y música. Madrid, España, 1998. Editorial EDAF S.A.

5

Películas de internaciones poco felices

NICOLÁS SAVIGNONE
Médico psiquiatra en formación y cineasta.

— Foto Julieta Fernaud



1

“Urgences” de Raymond Depardon, es un documental que se estrenó en 1988 y fue filmado en el servicio de emergencias psiquiátricas del hospital Hotel-Dieu de París. Depardon retrata la urgencia psiquiátrica y se mantiene atento a todo lo que sucede frente a él: un paciente alcohólico que niega el consumo y vocifera: *“Estoy mal de la cabeza”*, mientras la médica prepara el test de alcoholemia; un lavaje de estómago por un intento de suicidio; y el rostro rígido y tenso melancólico de una mujer. Un médico decide hospitalizar a una mujer, que llega acompañada por la policía, luego de un brote psicótico. Ella pregunta: “¿por qué usted me quiere hospitalizar?” y el médico responde: *“Por qué usted lo necesita”*. Ella lo mira y dice: *“Yo sólo estoy cansada. Soy yo quien decide, porque soy libre.”* El médico concluye: *“Me gustaría recordarle que la trajo la policía.”*

El autor se acerca al sufrimiento humano: el alcoholismo, la esquizofrenia, la depresión melancólica. Y refleja la tensión, la angustia y la crisis que se vive en una guardia psiquiátrica.

2

“Atrapado sin salida” dirigida por **Milos Forman** y protagonizada por **Jack Nicholson**. Se trata de una adaptación del libro “One Flew Over the Cuckoo’s Nest” de Ken Kesey. Randle P. Mac Murphy simula una enfermedad mental y accede a ser internado en una institución psiquiátrica. Allí deberá lidiar con las normas de la institución y sus métodos, en donde convivirá con internos con diferentes patologías. La película se construye bajo una narración clásica. El conflicto se centra en el hedonismo y la búsqueda constante de placer del protagonista vs. el orden de la institución, encarnado en la enfermera Ratched. La película permite analizar cuales son los fines de una internación y muestra de un modo crudo los límites y atrocidades de algunas terapéuticas que solo buscan disciplinar a los sujetos.

3

“San Clemente”, **Raymond Depardon** retrata en esta película la vida dentro de una Institución psiquiátrica en la provincia de Venecia, Italia. Filmada en el año 1982. Con una cámara atenta, el director sigue a los personajes en sus recorridos diarios tratando de intervenir lo menos posible, sin omitir opinión, sólo observando. De este modo, el autor se mantiene cerca de los personajes logrando un retrato sumamente humano. Transita y describe diferentes espacios: el comedor, el patio, los pabellones y el aula en donde se hacen las reuniones de grupo. Se vuelve muy interesante observar el efecto que causa la cámara en ellos: el rechazo en algunos y la empatía en otros. Uno de los internos se encuentra en pleno proceso alucinatorio, pero cuando ve la cámara frena y hace como si nada hubiese pasado. Otro confiesa: *“La vida en el manicomio no le gusta a nadie. No creo que pueda cambiar estando acá”*. Su testimonio da cuenta del desánimo general de los internos.

El filme nos permite reflexionar sobre la enfermedad mental, sus tratamientos y la tensión que existe entre los pacientes, sus familiares y los profesionales de la salud.

4

“Hospital Borda: un llamado a la razón”. Es una película documental dirigida por **Marcelo Céspedes** en colaboración con **Carmen Guarini** y se estrenó en el año 1986. Los autores construyen el filme con una estética de

observación, retratando la vida de los internos del Hospital Borda. La cámara sigue a los personajes abandonados en un ambiente sórdido, venido a menos, difícil de habitar. La película trabaja con luz natural y contrastada, ambientes oscuros, mal iluminados, devolviendo una imagen dura y cruel para quien observa. El documental muestra un hospital en ruinas, mal mantenido y quienes habitan resisten a la desidia y el abandono ayudándose entre ellos. Mientras el poco personal que allí trabaja hace lo que puede.

Una película sumamente humana e interesante para pensar las instituciones mentales en la Argentina.



5

“No Quarto da vanda” (**En el cuarto de Vanda**) de **Pedro Costa**, película estrenada en el año 2001, navega entre los límites de la ficción y el documental y retrata la vida de Vanda Duarte, quien vive en Fontainhas, uno de los barrios más degradados de Lisboa; un barrio tomado por el narcotráfico. En un contexto de ruinas, un vecindario entero es demolido y en él habitan seres excluidos del sistema, resistiendo y muriendo a la vez, producto de su adicción a la heroína. En este caso lo que vemos no es la internación, sino estos personajes jugando con el límite de la vida y la muerte, en intoxicación permanente, sin registro, ni conciencia de nada. Uno de ellos le dice al otro: *“Me estoy muriendo”*. Y su amigo le responde: *“Dormite, mala hierba nunca muere”*. El abandono de estos personajes nos hace reflexionar sobre el rol del estado, el derecho a recibir un tratamiento, a tener una vida digna, pero también el límite que nos pone la problemática de las adicciones. El cuarto de Vanda es un cuarto de muerte, pero también un lugar de resistencia.