

Miradas sobre la intervención

Configuraciones actuales de la
subjetividad y sus implicancias
en salud mental en Primer Nivel
de Atención de APS
Municipio de Morón. Red de Salud Mental
del Primer Nivel de Atención

**Beatriz Alomo^a, Gabriela Altaraz^a, Andrea Alvarez^b,
Romina Araujo^b, Solange Birnbaum^a, Rita Carballo^a, Laura Cruz^b,
Natalia David^a, Ivana Liska^b, Mariana Logarzo^a, Betina Lovera^a,
Sonia Maceira^a, Carolina Moura Gouveia^b, Mirta Quiroga^a,
Estela Stortini^c y Silvana Treviño^c**

Fecha de recepción: 15 de octubre de 2015
Fecha de aceptación: 10 de noviembre de 2015
Correspondencia a: Ivana Liska
Correo electrónico: ivaliska@hotmail.com.ar

- a. Licenciada en Psicología.
- b. Licenciada en Trabajo Social.
- c. Licenciada en Psicopedagogía.

Resumen:

Los objetivos del presente escrito son: 1) analizar y describir las actuales configuraciones de la subjetividad; 2) Indagar sobre la relación entre las formas actuales de la subjetividad y las respuestas de salud mental del Primer Nivel de Atención de APS. El modo de abordaje consistió en reuniones mensuales donde a partir del intercambio de diferentes situaciones complejas se seleccionó material bibliográfico y se convocó a la psicoanalista Elena Nicoletti, supervisora de espacios clínicos individuales y grupales, para el intercambio y reflexión.

Las primeras inquietudes que nos convocaron al espacio de la red tuvieron que ver con situaciones familiares complejas que se han ido tornando crónicas y que nos enfrentan a nuestros propios límites de intervención.

Situaciones de familias que se encuentran atravesadas por problemáticas de adicciones, trastornos psiquiátricos, perversión, violencia intrafamiliar, con redes familiares y barriales lábiles o escasas y coordinadas socioeconómicas precarias.

Los relatos presentados permiten dar cuenta de la complejidad de las situaciones con que nos encontramos en la práctica. Complejidad donde no hay respuestas preestablecidas o trasladables de una intervención a otra, donde pareciera que no es posible acotar la demanda sino que se va diversificando. Estas demandas también son expresión de un contexto en el que la crisis de los espacios de socialización (familia, barrio, escuela, trabajo) fue dando lugar a nuevas configuraciones, donde los ideales no alcanzan y donde todo se exhibe, sin inhibición subjetiva en la mirada, por eso todo puede ser dicho y mostrado. Las diversas respuestas a esta complejidad forman parte de las particularidades de llevar a cabo un diagnóstico en el primer nivel de atención de APS. Esta tarea requiere de la mirada de diferentes disciplinas, para construir el objeto de nuestra intervención y diseñar posibles estrategias.

Palabras clave: Mental - Salud Mental - A.P.S. - Intervenciones.

Abstract

The purposes of this paper are the following:

- 1) To analyze and describe current configurations of subjectivity.*
- 2) To investigate the relationship between forms of current subjectivity and answers of mental health at First Level of Attention regarding Health.*

Our questions were related to complex family situations that have turned out to be chronic, making us deal with the intervention limits themselves. Complexity where it is not possible to limit the demand and that is diversified evidencing different problems.

The different answers related to this complexity require the participation of different disciplines in order to build the purpose of our intervention and to build possible strategies. APS intends to break with sectorial issues because it is conceived from territorial issues. In this scenario, different problems suffered everyday by persons are brought together, and such diversity implies the need of thinking of possible answers from an intersectoral perspective.

Considering the particularity of addressing the fact as form mental health in APS, it requires a case by case construction, emerging, in each situation, subjective dimension in its context.

What do people request from health institutions? What can we offer from mental health? These questions lead us to think about the necessary devices to host some affliction.

Key words: Mental Health Mental - A.P.S. - Interventions.

*“De todo quedaron tres cosas:
La certeza de que estaba siempre comenzando,
la certeza de que había que seguir
y la certeza de que sería interrumpido antes de terminar.
Hacer de la interrupción un camino nuevo,
hacer de la caída un paso de danza,
del miedo una escalera, del sueño un puente,
de la búsqueda un encuentro.”*
Fernando Pessoa
“La invención de la incertidumbre”

Introducción

La Red de Salud Mental del Primer Nivel de Atención del Municipio de Morón comenzó su recorrido en el año 2000. En sus inicios desde la Dirección de Medicina Preventiva (actual Dirección de Atención Primaria) se propició el encuentro de profesionales de la salud mental: psicólogas, trabajadoras sociales, psicopedagogas, técnicas en minoridad y familia y psiquiatras de los diferentes Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), del Hospital de Morón y de las áreas de Cultura y Acción Social. Actualmente la participación se centra en las profesionales de Salud Mental de los CAPS.

En principio se ofertó como un espacio de encuentro, conocimiento del otro, sus prácticas, marcos teóricos y de este modo se fue constituyendo como un lugar de capacitación, intercambio y reflexión a través de ateneos e invitación a interlocutores de diversas temáticas elegidas por el grupo (tercera edad, adolescentes, trabajo comunitario, síndrome de burn out, psicología social, reducción de riesgo y daños; etc.). Así también se fueron instituyendo los espacios de supervisión grupales y por disciplinas, lo cual aportaba al conocimiento y al enriquecimiento en el compartir de las preguntas clínicas.

Luego de un tiempo de capacitación constante el grupo consideró algunas preguntas que surgieron y dieron paso a una investigación conjunta desarrollada durante el período 2005-2007, cuyo objetivo se centró en la producción en torno al acceso de la población adolescente al primer nivel.

Posteriormente, en función de las necesidades de nuestra clínica, sistematizamos todos los talleres que desde los diferentes CAPS se venían realizando con adolescentes, armando un cuadernillo que pudiera servir como herramienta.

En el año 2012 desde la Dirección de Atención Primaria se intentó hacer una red que unificara el primer y el segundo nivel de atención quedando el espacio de la Red de Salud Mental de los CAPS como un espacio optativo.

Desde entonces este espacio decidió trabajar sobre el tema: “Configuraciones actuales de la subjetividad y sus implicancias en salud mental en Primer Nivel de Atención de APS”. Los objetivos del presente escrito son: 1) analizar y describir las actuales configuraciones de la subjetividad; 2) Indagar sobre la relación entre las formas actuales de la subjetividad y las respuestas de salud mental del Primer Nivel de Atención de APS. El modo de abordaje consistió en reuniones mensuales donde a partir del intercambio de diferentes situaciones complejas se seleccionó material bibliográfico y se convocó a la psicoanalista Elena Nicoletti, supervisora de espacios clínicos individuales y grupales, para el intercambio y reflexión.

Acerca de las problemáticas

Las primeras inquietudes que nos convocaron al espacio de la red tuvieron que ver con situaciones familiares complejas que se han ido tornando crónicas y que nos enfrentan a nuestros propios límites de intervención.

Situaciones de familias que se encuentran atravesadas por problemáticas de adicciones, trastornos psiquiátricos, perversión, violencia intrafamiliar, con redes familiares y barriales lábiles o escasas y coordinadas socioeconómicas precarias.

Los relatos presentados permiten dar cuenta de la complejidad de las situaciones con que nos encontramos en la práctica. Complejidad donde no hay respuestas preestablecidas o trasladables de una intervención a otra, donde pareciera que no es posible acotar la demanda sino que se va diver-

sificando, donde no es posible "atrapar un problema" sino que se suceden y despliegan diversas problemáticas a lo largo de las entrevistas y en algunas ocasiones dentro una misma entrevista.

Violencia familiar, problemas de salud neurológicos, redes lábiles, abuso sexual, consumo problemático de sustancias, psicosis desencadenadas, son recortes de problemáticas que pueden atravesar a una misma familia. El psicoanalista Xavier Esqué plantea: En las instituciones se reciben una amplia y variada gama de demandas que exigen de entrada un trabajo preliminar de diagnóstico y orientación. Es una demanda que cubre prácticamente todo el vasto campo de la psicopatología general así como las nuevas formas de presentación del síntoma* (Esqué, 2007, 2)

Estas demandas también son expresión de un contexto en el que la crisis de los espacios de socialización (familia, barrio, escuela, trabajo) fue dando lugar a nuevas configuraciones, donde los ideales no alcanzan y donde todo se exhibe, sin inhibición subjetiva en la mirada, por eso todo puede ser dicho y mostrado.

Al decir de Elena Nicoletti, "Las formas actuales de la subjetividad cuestionan los ideales. El ideal no alcanza para ordenar la subjetividad hoy día. Hay que tomar en cuenta el goce, que no es solamente el disfrute sino la relación perturbada con el propio cuerpo que es propia del ser parlante. En la actualidad hay preeminencia de la propia satisfacción, cómo pasarla mejor; un individualismo de masas. El interés está puesto en cómo gozar más. También hay una preeminencia de la mirada, todo se exhibe, todo se ve y no hay vergüenza por eso".

Como podemos observar en tres de los casos planteados en el artículo, se presentan cruda y brutalmente las escenas de violencia y sexualidad, no se edificaron los diques de la represión, todo es dado a ver. Así en una sesión Nadia le pregunta a la terapeuta "Seño, ¿Cuándo cogiste por primera vez?... ¿Vos coges mucho con tu marido?". En una visita domiciliaria a la familia C, la madre recibe a las profesionales en bombacha y corpiño; se le pide que se vista, pero al ingresar a la

casa, observan que todos los chicos se encuentran desnudos y uno hace referencia a haber defecado cerca de la cama de otro.

Tita cuenta en una entrevista que miró una película pornográfica junto a su hijo mayor para saber de qué se trataba el sexo oral. Soledad, la mamá de Brenda, refiere que está embarazada de su hermano mayor.

Frente al horror que producen estas situaciones, las intervenciones de los profesionales apuntan en acto, en forma concreta, a poner un velo con la intención de ubicar un límite que posibilite el lazo con el otro.

Las diversas respuestas a esta complejidad forman parte de las particularidades de llevar a cabo un diagnóstico en el primer nivel de atención de APS. Esta tarea requiere de la mirada de diferentes disciplinas, para construir el objeto de nuestra intervención y diseñar posibles estrategias.

En este sentido, el objeto de intervención no siempre es igual a la demanda del sujeto, implica una lectura de dicha demanda por parte del equipo. Existen diferentes aspectos que hacen al diagnóstico, vinculados con: recorridos previos, el conocimiento que se tiene de esa familia en la institución, la problematización de prejuicios que muchas veces atraviesan el vínculo con las familias, la intervención de otros actores en el ámbito comunitario. Así también requiere desmalezar anteriores intervenciones, historizarlas y evaluar el impacto que estas tuvieron, pensando las posibilidades y límites con otros sectores para no superponer acciones.

Al respecto Alfredo Carballeda (trabajador social) aporta: "Las Problemáticas Sociales Complejas (PSC) reclaman intervenciones desde diferentes ámbitos y disciplinas. Cada caso, cada momento de intervención requiere de un proyecto a construir en la diversidad de ese otro, donde se observa la necesidad de su palabra, su comprensión, su explicación.

Las PSC exceden las respuestas típicas de las instituciones, ya que fueron construidas dentro de

una lógica ligada a problemas homogéneos. Cada problemática implica recorridos institucionales diversos. (Carballeda, 2008, 5)

La política pública aborda estas problemáticas desde lo sectorial; en cambio, la APS intenta romper con lo sectorial porque está pensada desde lo territorial. En este contexto se articulan diversas problemáticas que atraviesan a los sujetos en su cotidianeidad y dicha diversidad conlleva la necesidad de pensar posibles respuestas desde una mirada intersectorial. El trabajo en territorio con las instituciones y organizaciones allí insertas puede pensarse como una oportunidad, por el conocimiento de la población, de las problemáticas, de los actores en juego y la posibilidad de articular acciones.

Por otro lado, en ciertas circunstancias necesariamente se requiere la articulación con dispositivos vinculados a otros niveles de intervención. Esto implica en algunas oportunidades poder alojar en la institución algo de este malestar y en otras poder ubicar los límites, hacer explícito cuando no hay posibilidad de intervenir o se requiere la participación de otro por fuera del territorio. A su vez en otras situaciones pareciera haber una exigencia hacia las instituciones para lograr una resolución en el territorio, quizás ligado a la necesidad de responder rápidamente a las problemáticas. En algunas circunstancias estas situaciones se introducen desde la urgencia, sin posibilidades de problematizar, atentando contra lo planteado respecto de las particularidades del diagnóstico en APS.

Es así que nos preguntamos cómo se construye la urgencia desde los distintos actores, donde el Estado pareciera que tiene que dar una respuesta inmediata. Estas respuestas se encuentran atravesadas por diferentes lógicas, discursos, en donde existen puntos de tensión entre lo técnico y lo político. Sin deslindar la intencionalidad política inherente a lo técnico, se plantea entonces lo técnico como una extensión de lo político, en ocasiones apelándose desde lo político a la buena voluntad de los técnicos. Esta tensión forma parte del modelo de atención, del trabajo en APS. Lo particular de un abordaje desde salud mental en APS exige una construcción, “un constante

ponerse a pensar” situación por situación, haciendo emerger en cada caso la dimensión subjetiva en su contexto, el modo particular en que cada uno puede responder.

Acerca de las intervenciones

La complejidad de las situaciones provocan malestar en el equipo por lo que generan estos relatos, por lo que se escucha, por los obstáculos en las intervenciones. Dichas problemáticas también requieren la construcción de un armado simbólico que enlace las intervenciones de cada institución, para que lo que aparece desanudado, encuentre una dirección, una articulación. Sujetos desamparados que necesitan de un amparo institucional, otro que los aloje, que los nombre. Al decir de Javier Aramburu (psicoanalista), el concepto de segregados da cuenta de los que quedan sin voz, que implicará, asimismo, un retornar constante de lo que es segregado, de aquello que queda como resto, como desecho. (Aramburu, 2000, 158)

Lorena y su madre llegan al CAPS tiempo después de la externación, ambas con sus respectivas derivaciones (Htal. Estevez- Interconsulta con el psiquiatra del mismo CAPS) solicitando tratamiento. El encuentro transcurrió en el pasillo del CAPS. Lorena impresionaba sobremedicada, desconectada y “traída” por su madre, quien aparecía en un estado de extrema fragilidad y vulnerabilidad subjetiva en su modo de dirigirse al otro. El exhausto no atiende a su yo ni a su sí mismo, sino a un dolor sin sujeto. El exhausto aloja lo real en un cuerpo siempre pequeño (Percia, 2010, 3)

Lorena y su madre fueron excluidas como sujetos en las múltiples intervenciones, vienen sin voz, sobremedicadas, acalladas y retornan como resto, como desecho de lo insoportable de abordar para la institución.

¿Qué piden Lorena y su madre? ¿Qué piden los sujetos a las instituciones de salud? ¿Qué podemos ofrecer desde salud mental en el primer nivel de atención? Estos interrogantes nos llevan a reflexionar sobre los dispositivos necesarios para alojar algo del padecimiento.

Caso Nadia

Se trata de una paciente de 15 años que se encuentra en tratamiento psicológico desde hace dos años.

Nadia vive con su madre quien padece esquizofrenia y su medio hermano de 20 años quien presenta el mismo cuadro. Los tres se encuentran en tratamiento psicofarmacológico. A su vez, Nadia tiene dos hermanas menores de 11 y 13 años. A su padre lo mataron en un robo cuando Nadia tenía 7 años.

La paciente también presenta un diagnóstico de psicosis aunque sin delirio ni alucinaciones hasta el momento. La misma tiene un discurso muy desorganizado, puede referirse a una situación en positivo y negativo al mismo tiempo, por ejemplo "...me acosté con ocho tipos, no mentira, no me acosté con ninguno porque eso está mal..." Su discurso, por otro lado, es sumamente disperso y no se aprecia que hayan funcionado los diques de la represión secundaria, tales como el asco, la vergüenza y el rechazo. Otra dificultad que aparece es que no existe mediación con el otro, la agresividad se resuelve en acto, pegando o dejándose pegar y esto le trae muchas dificultades con sus pares quienes la burlan quedando en un lugar de exposición.

Nadia tiene impulsos tales como escaparse de su casa a la noche y ofrecerse a lo que pueda suceder.

La derivación llega a través de una profesional del Servicio Local de Niñez luego de que Susana la madre, hubiera mantenido encerrada a toda la familia durante 15 días, ya que había sufrido una descompensación y pensaba que una de sus hermanas los iba a matar. Susana quiso atacarla con un cuchillo. Una vez que logran sacar a los chicos de la casa los llevan a vivir con otra hermana de Susana. mientras ella cursa una internación psiquiátrica. A su salida Susana., ya compensada (no ha vuelto a tener descompensaciones), vuelve a vivir con sus hijos.

En ese momento Nadia refiere que su tío quiso abusar de ella y de su hermana (esta situación nunca llega a aclararse del todo, aunque probablemente haya sucedido). En este contexto comienzo a atenderla. Al mismo tiempo comienza su tratamiento psiquiátrico en el centro de Salud.

Es importante aclarar que las condiciones en que viven son muy precarias en diversos sentidos ya que no poseen recursos económicos para sostenerse más que la pensión que Susana y su hijo reciben y presentan muchas dificultades para mantener la higiene, tanto de la casa como de su cuerpo.

Durante el primer año y medio de tratamiento Nadia trae muchas inquietudes respecto de la sexualidad en forma cruda y obscena en el contexto de un discurso aún muy infantil; (sabe leer y escribir pero tiene muchas dificultades de aprendizaje ya que es muy dispersa) pero detiene sus impulsiones y ya no se escapa de su casa. A su vez la trabajadora social del equipo del Servicio Local trabaja con la familia efectuando visitas y teniendo

cont. Caso Nadia

entrevistas. Con la partida de la profesional queda interrumpido el trabajo con el SANA (servicio local).

En el pasaje de la escuela primaria a la secundaria Nadia recomienza con las impulsiones y se acrecientan las situaciones de riesgo vinculadas con lo sexual: se escapa de la escuela y de su casa a altas horas de la noche y se entrega a varios muchachos que la instan a realizarles sexo oral. Esto es filmado en un video que circula por la escuela y es subido a Internet.

En una entrevista con su madre donde la profesional plantea una enorme preocupación por lo que está sucediendo con Nadia la misma argumenta que no está tomando su medicación por olvidos, y por falta de plata para viajar a buscarla.

En el abordaje de esta situación se articula con: el equipo de orientación escolar a fin de acelerar el pasaje de Nadia a una escuela laboral; con el equipo del centro de salud: trabajo social (organización de la medicación), ginecología (método anticonceptivo), psicología de adultos (asistencia a la madre), promotora comunitaria (entrega de medicación) y; con la psiquiatra quien la atiende en el Centro de Salud Dr. Springolo

Luego de este armado con los diversos actores antes mencionados, Nadia se compensa y detiene sus impulsiones, puesto que entre otras cuestiones, se asegura el acceso a la medicación quedando a cargo esta tarea de la promotora comunitaria. Ya más tranquila, se interesa por el canto y la actuación.

Al respecto Alicia Stolkiner nos dice: “El abordaje de la salud mental desde una perspectiva de APS tiende a posibilitar modelos en los que se generan dispositivos adecuados a la vulnerabilidad de las personas que padecen de dolencias psíquicas. (...) Tales dispositivos deben ser espacios de subjetivación y por lo tanto romper con la objetivación disciplinaria de los pacientes”. (Stolkiner, 2007, 139)

Sabemos que, en ocasiones, la lógica de las instituciones, si bien necesaria, es universalizante, entrando en tensión al momento de intervenir con una perspectiva que apela al sujeto en el intento de rescatar su singularidad, su subjetividad, su deseo.

Sin dejar de valorar la necesidad del soporte institucional del “para todos”, nuestra inserción y nuestro lugar no deja de lado la respuesta asisten-

cial, sino que se sostiene buscando una respuesta a favor del sujeto, de su particular modo de estar en el mundo. Se trata de hacer emerger, en cada caso, la dimensión subjetiva, que el sujeto hable, que el síntoma hable, que la respuesta asistencial no lo convierta en un mero objeto de intervenciones que apunten a acallarlo. Cuando de lo que se trata es solo de gestionar el síntoma, lo que se hace es control social de la población.

Lorena comienza sus entrevistas, al mismo tiempo la psiquiatra del CAPS modifica la medicación y baja la dosis. Algo de su palabra comienza a circular, aunque todavía sin poder separarse de su madre.

Meses después con la incorporación de otra psicóloga en el mismo CAPS donde se atiende Lorena, su madre inicia entrevistas sostenidas con dificultad y muchas veces propiciadas por la analista, aprovechando en ocasiones encuentros

Familia C

Silvia C, es una joven de 22 años de edad, que al momento de la consulta tenía 16, aunque su apariencia y trato sea de una niña. Su situación familiar es muy compleja, ya que en diferentes momentos relata haber padecido distintos tipos de maltrato por parte de su madre, con consentimiento de su padre, tanto ella como sus hermanos.

Al momento de realizar una entrevista en domicilio, se observa el nivel alto de descuido en el cuidado y limpieza de la vivienda y de los niños/as. La madre reconoce sus acciones, pero los considera "correctivos" a las conductas de Silvia. La madre refiere haberla atado con una cadena en el patio de la vivienda, como forma de retenerla, ya que decía que esta se escapaba, "salía mucho de noche". Su relato y acción no es problematizado, se la observa tranquila y convencida de que fue asertiva en lo que hizo.

Silvia reconoce sus salidas nocturnas, sus momentos de "escape", son frecuentes y no tienen un lugar fijo de destino, en el transcurso de esas salidas va conociendo distintas personas, en general hombres, que según ella "eran buenos", comienza a exponerse sexualmente. Durante este proceso, las intervenciones fueron en principio acercar a Silvia al CAPS, cuestión que se veía mediatizada, en parte por el trabajo y conocimiento que desde psicología se tenía de la hermana mayor. Silvia comienza tratamiento psicológico, comparte las actividades de juegoteca y asiste al servicio de ginecología. Paralelamente se realizan desde Trabajo Social entrevistas con la madre Liliana por Silvia y por el resto de sus hermanos.

Durante las entrevistas, surgen fuertes relatos en torno a la sexualidad de Silvia, pero también las propias de ella, Liliana (su madre) decía estar conviviendo con su marido y una pareja nueva.

Durante este proceso, uno de sus hermanos menores, tiene una crisis de epilepsia en el domicilio, a causa de la interrupción de su medicación. Allí aparece un historial en relación a consultas con neurología en el hospital Dr. A. Posadas, de este y otros de sus hermanos que no estaban siendo atendidas. Se comienza también a trabajar en esta dirección, la cual es muy difícil porque no se ocupan de cumplir con los turnos. En ese momento se convoca al padre de los niños. Este señor tiene una posición de mucha sumisión y asentimiento a lo que hace su mujer.

Silvia, concurre interrumpidamente a psicología pero fuera de su horario viene y avisa, pide una entrevista, constante retornar en donde se acentúan las demandas de afecto físico y las situaciones de riesgo en las que se ve involucrada. En una de las visitas al domicilio, debido a su ausencia, dormía. Continuaba con sus salidas de noche. Liliana relata que había vuelto por la madrugada, manchada con sangre y muy alterada, Silvia explico este hecho diciendo que le "había venido". En entrevista habla de que fue retenida en un domicilio donde vivía su "novio", un muchacho que había conocido recientemente y con el que no regresó luego de ese episodio. Por su relato se desprende que habría sido agredida, aunque ella no los reconociera de ese modo. Asiste a ginecología.

Posteriormente se da una situación grave, donde el hermano de Silvia, el que tiene epilepsia, es acusado por su madre, por haber abusado sexualmente a su hermana dos años

cont. Familia C

más chica. Se hace la intervención desde el hospital, y denuncia a tribunal de familia. La familia tenía distintas denuncias (por vecinos e instituciones) por las situaciones de abandono y violencia, en ese momento en tribunal de menores, luego fueron seguidas por los equipos locales de protección de derechos.

Silvia, seguía escapándose y buscando referentes para irse a vivir con ellos. En el espacio de tratamiento se trabaja acerca de esa búsqueda, ella empieza a saber algo sobre esto, ve qué casa querría, que persona podría alojarla. Qué forma de irse más cuidada. En este proceso doloroso de aceptación de su madre, y de renunciar a continuar en las demandas hacia ella, Silvia queda embarazada lo que dificulta aún más, encontrar un lugar es así que comienza la idea de un Hogar. Se busca con ella un hogar e ingresa. A los pocos meses tiene a su bebe, el cual nace con hidrocefalia y otros problemas de salud, que requiere cuidados especiales permanentes. El bebe es derivado a otro hogar ya que Silvia no puede ocuparse de él. Actualmente el niño permanece en un hogar, tiene 5 años mientras que Silvia luego de cumplir su mayoría de edad egresa de la institución que la contenía. Hoy vive junto a otra pareja y cursa un embarazo a termino. Las intervenciones judiciales no prosperaron en lo que se solicitaba, medidas de protección hacia el resto de los niños. Liliana fue sosteniendo precariamente algunos de los acuerdos consensuados pero nada de fondo. Continúa habiendo situaciones de negligencia y maltrato. Actualmente una de sus hermanas mayores y tres nietitos están en un hogar. La relación del CAPS y Liliana se encuentra muy deteriorada.

Aquel pequeño hermano, Julián, que sufría de epilepsia, hoy es un joven de 19 años quien ha sufrido un intento de abuso sexual por parte de un vecino y a partir de ello comenzó tratamiento psicológico en el CAPS. Julián ha construido una relación de encuentros sexuales con su hermana menor la cual es derivada por la escuela a tratamiento psicológico, por un importante mutismo. A esto se suma un cuadro de desnutrición. Desde psicología y trabajo social se continúan las entrevistas con Silvia cada vez que viene, es muy difícil acordar un próximo encuentro.

Julián tiene su espacio de tratamiento psicológico en el CAPS Malvinas Argentinas. Su hermana en el CAPS Springolo, ambos ubicados en la localidad del Palomar.

Camila está con sus tres hijos en el hogar. La trabajadora social del CAPS y la psicóloga del Servicio Local sostienen entrevistas en dicho lugar haciéndose un seguimiento y trabajo continuo con el equipo de dicha institución.

Se trabaja en forma conjunta con el Servicio Local; Casa de la Juventud; COC para plantearnos nuevas estrategias de abordaje.

Caso Brenda

Al momento de inicio del tratamiento psicológico, Brenda tenía 5 años.

La solicitud de atención para la niña provino tanto desde pediatría, como desde el jardín al que concurría y desde el Servicio Local (Morón sur). Los motivos principales tenían que ver con la compleja situación familiar en la que se encontraba la niña y con ciertas cuestiones observadas en su desarrollo, que aparecían desfasadas con respecto a lo esperable para su edad (control tardío de esfínteres, trastornos en el lenguaje)

Al momento de inicio del tratamiento, la niña vive con su abuela materna, Tita, quien tiene la guarda provisoria de la niña. Además, convive en la misma casa con su abuelo materno, Horacio, sus tíos y primos. La mamá de Brenda, Soledad, vive en otra casa junto a su pareja y dos hijas menores. El contacto con el padre es prácticamente nulo.

Cabe aclarar que Tita presenta un diagnóstico de esquizofrenia. Ha realizado distintos tratamientos psicológicos y psiquiátricos, aunque sin continuidad. Por momentos presenta una ideación delirante y una marcada labilidad emocional. Se dedica al cartoneo junto a su hijo mayor.

Horacio es una persona violenta, que descalifica y agrede a todos los miembros de la familia. Ocupa una habitación de la casa él solo y no contribuye al sostén económico de la familia.

El grupo familiar podría caracterizarse como disfuncional. Presenta vínculos predominantemente ambivalentes, con roles poco diferenciados y una marcada ambigüedad. No hay un resguardo de la intimidad pudiendo, por ejemplo, darse situaciones en que las mujeres de las casa circulan en ropa interior, el abuelo orina en cualquier momento y lugar, colecciona de tíos con sobrinos, etc. En una entrevista, Tita relata haber visto una película pornográfica junto a su hijo mayor para saber de qué se trataba el sexo oral, inquietud que le sobrevino a raíz de haberse enterado de que su hija de 11 años, Malena, estaría llevándolo a cabo a cambio de dinero, impulsada por Soledad (mamá de Brenda). También Tita refiere su preocupación porque Soledad dice que está embarazada de su hermano mayor.

Esta dinámica familiar lleva a repetidas situaciones de conflicto entre sus miembros. Algunas de ellas fueron presentadas al Servicio Local, que se encuentra interviniendo actualmente. A raíz de esta presentación, se tomaron medidas como una restricción perimetral hacia Horacio (que luego de unos meses ya no se sostuvo). También se realizaron denuncias a la mamá de Brenda (Soledad) porque habría impulsado a su hermana Malena a robar y prostituirse. Además, con anterioridad, también se había hecho una presentación por una supuesta situación de abuso sexual por parte de la pareja de Soledad hacia Brenda y Malena. Por estas cuestiones, Soledad también tiene una medida de restricción perimetral, que tampoco fue sostenida. A todas estas denuncias, se agrega una contra el llamado "padrino" de Malena, por posible abuso sexual. La niña había convivido con él durante un tiempo en el cual en su casa no podían contenerla ya que solía irse, hurtar y estar en situación de calle.

cont. Caso Brenda

Cabe aclarar que, a raíz de esta situación, el Servicio Local tramitó una medida de abrigo por la que se alojó a Malena en un hogar. Ella se encontraba en tratamiento psicológico en el CAPS. A pesar de todo el trabajo realizado, quedó ubicada en el lugar del “problema” y “causa” de la exclusión de Horacio. En el hogar sufrió agresiones por parte de sus compañeras. Permaneció allí durante un año.

El grupo familiar realizó tratamiento psicológico en “La casita”, pero con discontinuidad.

En la actualidad, Brenda se encuentra cursando el 1º grado en una escuela común. A pesar de haberse tramitado la integración con la institución “Mi futuro”, la misma no se llevó a cabo. Finalmente, se logró la integración con una de las escuelas de educación especial a los fines de lograr un acompañamiento de la niña en el aula. Brenda realizó progresos significativos tanto en el aspecto verbal, como en el gráfico y ha presentado un mayor nivel de simbolización en el juego.

Ante la imposibilidad de la abuela de conseguir y sostener un tratamiento para ella, se decide hacer un abordaje en el que se la contenga y oriente en sus momentos de desborde en el CAPS, ya sea por parte de la trabajadora social como de la psicóloga. Se trabaja mucho en cuestiones vinculadas a la discriminación de lugares y roles y al resguardo de la intimidad.

Malena salió del hogar pero no retomó el tratamiento psicológico (a pesar de que fue uno de los “requisitos” para su salida). Tita manifiesta que le resulta “incontrolable”. Horacio falleció hace aproximadamente tres meses. No obstante, las situaciones de violencia entre los miembros de la familia se siguen produciendo cotidianamente. Actualmente se incorporó al grupo conviviente el novio de una de las tías de Brenda, una persona violenta, repitiéndose las situaciones de maltrato.

azarosos. Al encontrarse con un espacio terapéutico que la aloja Lorena “puede”, por ejemplo, ir a la escuela, terminar la primaria, intentar seguir la secundaria, sistema que luego de un tiempo la vuelve a excluir. Nuevamente la joven no tiene la posibilidad de articular palabra, es silenciada.

Al decir de Esqué: “El psicoanalista en la institución debe estar disponible para una clínica de los encuentros que en su mayor parte serán seguramente breves, intervenciones cortas en el tiempo. Una clínica basada en el encuentro y el acto analítico”. (Esqué, 2007, 5)

Silvia C viene huyendo por las noches de su casa, en donde es maltratada por su madre quien la ata

con una cadena en el patio. Así se acerca al centro de salud; con su llegada no acordada, espontánea, va delimitando y se va construyendo un modo de intervención centrado en el aquí y ahora de lo posible de intervenir. Ella va marcando el paso. Sexualidad y violencia son los ejes de su relato en donde no existe un límite que haga de velo. Sus niveles de exposición son cada vez mayores y las intervenciones de la psicóloga y la trabajadora social se vuelven cada vez más puntuales y concretas y no alcanzan a acotar el peligro que atraviesa la paciente.

La sensación que queda, luego de las intervenciones, es que no pasa nada pero, en realidad, siempre hay algo que producen, aunque en lo

Caso Lorena

Lorena tiene 19 años, concurre a tratamiento derivada por psiquiatría infantil del CAPS luego de una breve internación en una institución psiquiátrica.

A lo largo del tratamiento, Lorena refiere reiteradas situaciones de violencia con su padre, así como también episodios de autoagresión. En este período y en acuerdo con la psiquiatra, a cargo del control farmacológico, se solicitó tanto la intervención del Servicio Local (Dirección de Niñez) como del Equipo de Padecimiento Humano. Ambos equipos acompañaron temporalmente, sobre todo la situación familiar.

Lorena Vive con sus padres y su hermano C, tiene otra hermana mayor que vive con su pareja.

El consumo de alcohol del padre de Lorena trae aparejadas fuertes situaciones de violencia familiar, sobre todo con A. Hay registro de reiteradas denuncias por maltrato y medidas de restricción perimetral que nunca se cumplieron, bajo la anuencia de A. Cuando se le interroga por Lorena, ambos reconocen que la muerte de la abuela materna pudo haber sido el desencadenante. Lorena se corta, y escribe con su sangre el nombre de su abuela en la pared. También recuerda el padre que hacia los 8 o 9 años de Lorena el EOE de la Escuela 102, le sugiere la derivación a escuela especial, no lo acepta, se violenta.

Mientras se tramitan pensiones para Lorena, Ángela su tía y su hermana Claudia. El padre debido a la falta de trabajo, construye habitaciones para alquilar en la casa. En la actualidad conviven en espacio reducido. Viven de estos alquileres y las pensiones de Lorena y Ángela. Las ingestas de alcohol del padre, generan a veces situaciones como: dejar sin luz a su cuñada, romper el armario donde Lorena guardaba su ropa, romper con un hacha la heladera. Al mismo tiempo, que testigo y muchas veces víctima Lorena lo provoca, con insultos, "lo humillo", dice, y se corta con cuchillos. Tras lo cual viene al CAPS para ser curada. También reconoce que cuando se le dice que no, o se le sugiere que haga algo responde de esta manera. Frente a la violencia de su padre, Lorena comenzó a llamar, para defenderse al 911. En una de las llamadas se llevaron detenido a Alberto y lo golpearon.

Desde hace unos meses, los episodios de violencia han disminuido. La madre refiere que cuando Lorena se desborda y comienza con los insultos, llora, o se angustia, apela a la medicación, única forma de calmarla, dice; lo cual complica la posibilidad de evaluar los efectos de la misma, ya que es frecuente el aumento así como retiro de algún psicofármaco de los indicados por el psiquiatra tratante o incorporación de otro.

Este año Lorena comenzó su ciclo secundario junto con su hermana Claudia. A partir de junio, ante notas desaprobadas, Lorena se enoja, insulta a profesores y directora. Antes de las vacaciones de invierno fue suspendida por estas situaciones. Se realizan reuniones con la directora, la trabajadora social del equipo, el psiquiatra, y con el Servicio Local. A la fecha continúa sin poder asistir a la escuela, reclama con insistencia por su derecho. Sólo se le entrega tarea a través de su hermano. Sus padres se acercaron a la Escuela por

cont. Familia C

este motivo, consideran que fue discriminada. A su vez la directora dice haber sido amenazada por el padre de Lorena, quién reconoce haber discutido fuertemente con ella. En este momento Lorena cartonea, cosa que por momentos la entusiasma. La administración de la medicación, a partir de su relato y el de sus familiares (madre, padre, hermana) es muy desordenada, trayendo consecuencias en su vida cotidiana. Frecuentemente Lorena es acompañada a la consulta por su madre y hermana, quienes manifiestan no poder contener los desbordes de Lorena. Su padre ha concurrido en varias oportunidades manifestando lo mismo, sin ningún registro de su implicación, mostrándose como víctima de la situación familiar, en particular de Lorena.

inmediato no nos demos cuenta. No obstante, también tenemos que saber que nuestras intervenciones tienen un límite.

En este sentido, en el caso de Brenda, luego de un extenso trabajo con la familia, se pensó que poniéndole un límite a Horacio, su abuelo, a través de una medida de exclusión, iba a aliviarse la situación de violencia. Sin embargo, a partir de su muerte, aparece una nueva figura violenta ocupando ese lugar, continuando de este modo con la misma dinámica familiar.

Una vez más se pone de manifiesto la importancia de analizar la inserción de salud mental en las prácticas de APS dentro de las instituciones, donde nuestro lugar es un espacio de construcción permanente, que no puede sostenerse sin la discusión y articulación con otras disciplinas.

Algunas reflexiones finales

Los discursos se encuentran marcados por la época, las instituciones reciben las subjetividades de la época, que muchas veces desbordan los medios y recursos institucionales para hacer frente al malestar. Esto genera un efecto de mortifica-

ción en los equipos de lo que tendría que estar haciéndose y no se hace, dejando en ocasiones una sensación de impotencia. Por eso, en nuestro trabajo, es necesaria la renuncia a las hegemónicas profesionales y a la omnipotencia. Se trata de orientar las estrategias para hacer de lo que hay un recurso y no un obstáculo, haciendo lugar a lo que hace síntoma sin dejar de responder asistencialmente. Un intento de intervenir desde una lógica que no profundice las condiciones de vulnerabilidad, que no refuerce una identidad estigmatizante y rescate la singularidad de los sujetos.

El recorrido de nuestro trabajo nos lleva a reafirmar la necesidad de espacios colectivos e interdisciplinarios que permitan reflexionar sobre la propia práctica, resultando imprescindible contar con instancias de capacitación y supervisión. En este sentido, la red de Salud Mental nos permite un espacio de reflexión, intercambio, formación y producción entre diferentes profesionales de este campo en APS. Es así que todos estos espacios colectivos nos brindan un sostén para un quehacer distinto en torno a algunos aspectos mortificantes de la práctica cotidiana y nos relanzan para una búsqueda creativa de modalidades de abordaje.

Bibliografía

- Aleman, J. *El difícil diálogo entre política y psicoanálisis*. Página 12. 2 de agosto de 2013.
- Aramburu, J (2000) El deseo del analista. Cap. "El malestar contemporáneo". Editorial Tres Haches.
- Carballeda, A. (2008) *La intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social*. Revista Margen 48. Buenos Aires.
- Deleuze, G: (1991) *Posdata sobre las sociedades de control en Cristian Ferrer* (Comp.) El lenguaje literario, T° 2, Ed. Nordan, Montevideo, Traducción: Martín Caparros.
- Esqué, X. (2007) *Una política del síntoma*. Resumen de la conferencia de clausura de las XI Jornadas Castellano - Leonesas de Psicoanálisis. Respuestas del Psicoanálisis al malestar contemporáneo.
- David, N.; Maceira, So; Mahfuz, R; Stortini, E: (2010) *Desde las hendiduras de la salud pública*. Dispositivos de intervención con adolescentes vulnerados. Laboratorio CIEN. Buenos Aires.
- Fernández, Silvina; Marciani, María; Morlachetti, Debra, Voza, Betina: (2009) "Infancia, pobreza y exclusión" Rosario, Argentina. La trampa de la asistencia. Laboratorio CIEN. Buenos Aires.
- Percia, M. *Locuras actuales: los cansados, los agotados, los exhaustos* .En Topía Abril 2010.
- Stolkiner, A. y Solitario, R. (2007) *Atención Primaria de la Salud y salud mental: la articulación entre dos utopías*. En Maceira, D. (Comp.), Atención Primaria de la Salud. Enfoques Interdisciplinarios. Paidós. Buenos Aires.