



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Integrador Final

"Intervenciones subjetivantes en efectores de salud pública del primer nivel"

A cargo de Lucila Nepote N-0351/4

Graduado responsable: Ana Ronchi

Rosario-2018

Indice

Resumen y palabras claves.....	3
Introducción.....	4
Desarrollo.....	5
A Modo de Conclusiones.....	16
Referencias Bibliográficas.....	18

Resumen

El tema elegido para este recorrido está planteado sobre el cuestionamiento ante la inminente graduación, sobre las posibles prácticas del psicólogo en los espacios o efectores

públicos de salud. Así es que me guía la posibilidad de planificar o articular estrategias e intervenciones que tengan carácter subjetivante, ya que tomo como base la subjetivación a partir de la relación del sujeto en el campo del Otro y del atravesamiento significativo. otro eje fundamental es pensar en que estas prácticas garanticen la implementación de la ley Nacional de Salud Mental n°26657. El objetivo es recorrer algunos conceptos fundamentales basándose en bibliografía de recorrido obligatorio durante el cursado de la carrera, y proponer algunas respuestas posibles a los interrogantes que van surgiendo en el desarrollo. Asimismo intentaré hacer un cuestionamiento a cerca de la existencia o no de la articulación de las áreas de educación ligada a la docencia, a la extensión y a la investigación, desde mi propia experiencia. La conclusión no podrá ser carácter cerrado e indiscutible sino que dará posibilidad de continuar los interrogantes y las articulaciones.

Palabras claves: Intervenciones-Subjetivación-Salud Mental-Extensión Universitaria-Juego-

Intervenciones subjetivantes en efectores de salud pública del primer nivel.

Introducción

Al transitar la carrera de psicología nos encontramos con distintos modos de abordar nuestra práctica, distintas consideraciones acerca de la clínica, diferentes escuelas, corrientes o terapias, más allá de que la carrera está considerada como de carácter psicoanalítica. Me voy a centrar en una de las prácticas o incumbencias con la que nos encontramos en la formación, me refiero a una posible práctica en Salud Mental en efectores de salud. La pregunta aquí sería ¿con qué herramientas contamos para esta práctica? O.. ¿qué hace el psicólogo o un reciente graduado en un efector de salud pública y cuáles son sus posibles acciones o intervenciones?

Responder esta pregunta plantea un desafío ya que hay un imaginario de que el graduado en psicología ha de tener una atención en consultorio privado y esto no siempre es así, ya que dentro de las posibilidades y las incumbencias del psicólogo debemos tener en cuenta, entre muchas otras, el desarrollo y la realización de estrategias de intervención en distintas áreas, tanto sociales como comunitarias para la promoción y prevención de la salud y la salud mental. Otra cuestión a tener en cuenta será indagar ¿qué entendemos por prácticas en salud mental?

Asimismo, al plantear la inserción del graduado supongo que en el transcurso de la carrera ha podido encontrar espacios de práctica y articulación de lo dado en el aula en torno a la teorías, con espacios posibles de práctica e investigación, por fuera del ámbito académico; debo cuestionarme entonces a cerca de la articulación, si es que existe entre la docencia, la extensión y la investigación.

Desarrollo

Resulta necesario comenzar por destacar que en el ámbito del sistema Público de salud encontramos una organización en tres niveles de atención e intervención propuestos como garantía de la universalidad del acceso y la cobertura integral. Sólo voy a destacar el primer nivel ya que es el que recorto en este abordaje. Este primer nivel está integrado por

efectores de salud sin internación y por centros de salud cercanos a la población, distribuidos en diferentes territorios y compuestos por equipos de salud y de atención multidisciplinarios. Las funciones del primer nivel implica la puerta de entrada al sistema de salud brindando accesibilidad y seguimiento de los procesos de salud particular, familiar y comunitaria. Tiene a cargo las acciones de promoción, prevención, diagnóstico y atención ambulatoria y los cuidados domiciliarios de acuerdo a la capacidad de resolución de cada efector, intentando posibilitar a todas las personas el acceso y la garantía de atención articulada.

Pensar la posibilidad de inserción del inminente graduado de la carrera de psicología en un efector Público de salud del primer nivel de atención debe ser abordado pensando las prácticas en salud posibles en el contexto actual, lo cual implica en primer lugar pensar la salud como un derecho fundamental, más allá de los momentos coyunturales y algunas propuestas actuales en materia de políticas públicas a nivel nacional que tienen una impronta de retroceso y deterioro en relación a los niveles conquistados por las sanciones de algunas leyes contemporáneas como ser la Ley Nacional n°26061 de Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes, sancionada y promulgada en 2005, o la Ley Nacional n° 26657 de Salud Mental, sancionada en Argentina en 2010. Teniendo como base el artículo n°3 de ésta última debemos reconocer “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”

Los modos de abordaje que implica la implementación de esta ley de Salud Mental en su Artículo n°8 promueven que la atención esté a cargo de un equipo interdisciplinario e intersectorial basado en los principios de la atención primaria de salud y orientando al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. A partir de esto pensar en el quehacer del psicólogo en un efector público de salud implica pensar en intervenciones que tengan un rasgo o una capacidad subjetivante ya que el hecho de orientarnos en la promoción de los lazos sociales implica pensar en práctica e intervenciones que garanticen la posibilidad de subjetivación, con estrategias e intervenciones que tenga que ver con la interdisciplina. Para este abordaje voy a tener en cuenta la orientación psicoanalítica teniendo como base que ésta es una praxis y no sólo una técnica o una teoría.

Praxis Es un término que proviene del griego y hace referencia a la práctica, a la acción e implica emprender una filosofía que difiera de la pura especulación o contemplación. Es un término que se utiliza en oposición a la teoría para denominar el proceso por el cual ésta forma parte de la experiencia vivida. la praxis aparece como una etapa necesaria de la construcción de conocimientos y la teoría se focaliza en la función intelectual. la praxis se hace presente cuando las ideas son experimentadas en el mundo físico para continuar con la contemplación reflexiva de sus resultados. (<http://definición.de/praxis/#ixzz4CGHbs8cH>).

Acá no puedo dejar de hacer referencia al seminario X de J.Lacan (1962-1963) donde plantea que el psicoanálisis es “una praxis que merece un nombre, erotología. Se trata del deseo.” (:23).

Si nos remontamos al nacimiento de algunas prácticas basadas en el discurso médico, veremos que el poder y el saber psiquiátrico del siglo XIX implicaba responder y decidir acerca de si alguien estaba loco o no, y mediante la descripción de los síntomas se hacía el diagnóstico diferencial que permitiera alojar al paciente en alguno de los cuadros clínicos de entonces. M. Foucault (1963) cuando describe "el nacimiento de la clínica", al cual localiza a

finales del siglo XVIII y principios del XIX, se apoya en un cambio, en una ruptura en relación a la fuente de verdad del discurso médico; plantea que la clínica del siglo XVIII es en esencia apofántica por su carácter descriptivo de la enfermedad y del padecimiento, con lo cual podemos decir que no es una praxis, ni mucho menos que tenga algo que ver con el deseo; tiene el carácter declarativo de lo observado, este sería un discurso que afirma el proceso patológico limitándose a descubrir el hecho sin argumentar o interrogarse por sus fundamentos o condiciones. Foucault localiza un cambio, una ruptura en relación a la fuente de verdad del discurso médico en el desenciptamiento de la verdad y de la enfermedad que es el registro basado en la percepción, en la mirada y el ojo atento que inaugura un nuevo lenguaje y una nueva relación con el individuo como objeto de estudio (M. Foucault, 1963, cap. 4).

Teniendo esta referencia podemos ver la forma histórica en que tiempo después se inventa la histeria como bisagra entre la psiquiatría y el surgimiento del psicoanálisis. Esta bisagra marca una ruptura en el tipo de discurso que inaugura el psicoanálisis, ya que sabemos que Freud precisaba que podía leer algo en los sueños haciendo entrar en juego al sentido y a la interpretación de ese algo capaz de ser leído. Ese algo implica lo que depende del sujeto, de la subjetividad y del deseo.

La referencia al psicoanálisis en tanto praxis de una erotología nos envía directamente a la constitución del sujeto en tanto deseante, para lo cual no podemos apartarnos de la concepción de que la subjetividad es algo que se constituye a partir del reconocimiento por parte de Otro, desde el lugar del deseo. Lacan nos recuerda "cómo la relación especular ocupa su lugar y de qué modo depende del hecho de que el sujeto se constituye en el lugar del Otro y su marca se constituye en la relación con el significante."(J. Lacan. 1962/63 :42). Lo q nos marca aquí es la importancia de la respuesta del Otro, ya que el momento de reconocimiento en el espejo no se inscribe de modo significativo sino a partir del movimiento que el pequeño hace al volverse a mirar a quien lo sostiene. En ese giro de apelación es donde el niño intenta ratificar el valor de su imagen. No sólo es necesario captar el valor de la imagen sino el registro simbólico que devuelve el Otro.

Así vamos delimitado que las acciones e intervenciones en el campo de la salud mental han de tener como principio la constitución subjetiva y como horizonte el sostenimiento de la subjetivación y los lazos sociales.

Ahora indagemos qué entendemos por prácticas en salud mental; siguiendo a Alicia Stolkiner (2008) podemos definir las prácticas en salud mental como "un conjunto simultáneo de representaciones, saberes y acciones específicos de un campo definido, el de la Salud Mental, espacio no homogéneo, de contradicciones y antagonismos." También nos dice que éste "es un sub-campo dentro de las prácticas en salud en general, cuya especificidad se define por el particular constructo social de sentido con respecto a la locura producidos por la modernidad, y sus formas institucionales específicas."(:2)

Siguiendo la línea de pensamiento de esta autora, coincidimos en el planteo de cierto antagonismo que puede ser central hasta hoy, definido por la tensión entre la "tendencia a la objetivación y la tendencia a la subjetivación", siendo la primera inherente a la forma mercantil donde algunos elementos, incluso la vida humana, pueden adquirir el lugar de cosa, ser objetivado en función de la producción de ganancia, anulando al sujeto de derecho; y así su antagónico, el fenómeno de subjetivación, es aquel que sostiene y restituye la vigencia efectiva de los derechos.

Otra autora que considero de referencia es Silvia Bleichmar (2003) quién nos propuso el concepto de subjetividad como un producto histórico, un proceso que depende de variables históricas, culturales, políticas y económicas, y por eso está atravesado por los modos de representación con los cuales cada sociedad determina aquello que cree necesario para la conformación de sujetos. Desde esta perspectiva la producción de subjetividad será el modo en que se constituye la singularidad en los entrecruzamientos que la transforman, la instauran y la modifican.

En este sentido podemos decir que la producción de subjetividad no es una estructura única y absoluta, por el contrario, es un proceso fluido, cambiante y dinámico, que se torna complejo y multidireccional. Las condiciones para su producción implican un proceso atravesado por las condiciones materiales, simbólicas y discursivas. Es decir que la subjetividad como producción histórica implica las significaciones imaginarias y “la subjetivación es la operación capaz de intervenir sobre la subjetividad y el lazo social instituido” (Rascovan. 2013:32).

Pensar la producción de subjetividad como componente de la subjetivación nos aleja del campo de lo individual y homogéneo, porque el sujeto al socializar implica a otros, organizándose desde la alteridad. Si tenemos en cuenta el discurso del psicoanálisis, el registro de yo como asiento de la identidad es posible desde la identificación. En el mismo sentido que decíamos que el sujeto se constituye en el campo del Otro, hay yo por la identificación y hay sujeto por la afirmación deseante desde lo simbólico.

Así es que podemos decir que la subjetividad es la posición del sujeto respecto de las situaciones y condiciones históricas que lo constituyen, el sujeto está atravesado por modos y formas sociales que imperan en cada época. El lazo social implica a otros, nos implica con otros y nos configura desde la intersubjetividad, aquello con lo que el sujeto construye los procesos de identificación, subjetivación y socialización.

Es por eso que podemos suponer que la Salud Mental como campo dentro de las prácticas en salud y como constructo social, también es un modo de construcción de subjetividades.

Tomando en cuenta esto, no podríamos dejar de considerar des-subjetivantes aquellas situaciones de desigualdad social, a las distintas formas de padecimiento y a las variadas formas de vulneración de derechos que sufren muchas personas de distintos sectores de la sociedad. La crisis de los espacios de socialización supone un obstáculo en la construcción de lazos sociales y un impedimento en el desarrollo de capacidades, potencialidades y habilidades. debemos incluir como des-subjetivante también al modo de intolerancia social, de inoperancia institucional o de desconocimiento en los abordajes clínicos sobre las locuras y los diferentes modos de padecimiento.

En este sentido, las prácticas en salud y en Salud Mental deben ser acciones e intervenciones tendientes a la subjetivación; con lo cual el modelo que intenta revertir la tendencia a lo manicomial y al aislamiento de la locura, no implica el mero cierre de establecimientos psiquiátricos, sino que interpela a los trabajadores de la salud y a la sociedad en su conjunto, sobre la capacidad inclusiva de la sociedad y el estado en todos sus niveles, como partes intervinientes y garantes de políticas públicas, tendientes a la aplicación de la ley. Este enfoque centrado en la persona y en la restitución de la condición de sujeto de derecho es el que debemos tomar como eje ético de nuestras prácticas.

El efector de salud entonces puede y debe funcionar como espacio posible de reconstrucción de lazos sociales y lugar de prácticas posibles en salud mental, como

espacio facilitador y garante de condiciones subjetivantes. Para esto tendremos q indagar cuáles podrían ser aquellas acciones e intervenciones posibles, no sin tener en cuenta que la intervención es “una forma de acercarse al territorio, a través de diferentes dispositivos, instrumentos y modalidades de acción”(Carballeda,2008:17). Estas intervenciones, serán las que habiliten a la construcción histórica de cada sujeto, a la problematización de aquello que perturba, a la reconstrucción de capacidades, significaciones y expectativas, a la posibilidad de inscripción o reinscripción social; el término de re-inscripción social, según Carballeda, “implica la deconstrucción de procesos de estigmatización, a partir de un abordaje singular del padecimiento objetivo y subjetivo. Pero básicamente, re-inscripción significa la recuperación de la condición sociohistórica del sujeto.” (:99).

Voy a hacer un recorte en las posibilidades de abordaje y de intervención con la finalidad de poder centrar un recorrido acorde a la presentación de este trabajo integrador específicamente. Propongo tomar, desde lo expuesto hasta ahora, a las intervenciones como prácticas que tienen una intención, y que deben ser acciones organizadas, no disciplinadas, sino organizadas en referencia a un sentido, a una planificación o justificación que nos posibilite y nos permita una lectura del desarrollo, de lo que acontece, lo que nos permitirá posicionarnos ante estas intervenciones. Entonces, la pregunta insiste: ¿Cómo intervenir, como psicólogos o psicoanalistas, en efectores públicos de salud?

Las intervenciones en los efectores de salud muchas veces emergen de problemáticas entendidas o leídas como necesidad para el equipo que las planifica; pueden tener que ver con algún tipo de estadística formal o informal, con influencias de campañas estatales, con propuestas de promoción o prevención orientadas a individuos particulares o a grupos más o menos heterogéneos. en definitiva, considero que la construcción de problemas ha de ser una instancia crítica, de cuestionamientos, y de posicionamiento ético y político, ya que cuando nos interrogamos sobre el modo de construcción de problemas tenemos mayores posibilidades de que no sean procesos normativizantes, lo cual nos acerca a la construcción de procesos subjetivantes y habilitantes.

En este sentido y si nos posicionamos desde el psicoanálisis debemos tener en cuenta que el agregado transferencial que se juega entre usuarios y trabajadores de los espacios de salud no puede pasarnos desapercibido.

Una forma de elaborar la estrategia es considerar al sujeto o al grupo en sus aspectos singulares, privandonos de establecer un saber previo respecto de uno o de cada uno, o del modo de tratar el malestar; así daremos lugar a que la estrategia se vaya delineando en relación al despliegue, en el escenario mismo de la problemática esencialmente singular de cada sujeto o grupo; es al igual que el trabajo propuesto por Freud como el caso por caso. Es así que se habilita a la producción singular del malestar o situación de cada sujeto en relación a sus deseos, su angustia, su padecimiento, sin imponer un tratamiento adaptativo o una pedagogía normativa. En la construcción de cada caso se irán descubriendo las lógicas singulares, que de ningún modo podrían inferirse de antemano, y que sólo tendrán ocasión de revelarse a través de las complejas maniobras que en el marco del vínculo transferencial, cada uno de los integrantes del equipo, habrán de poner en juego para que ello se despliegue.

Aquí es importante hacer referencia sobre el vínculo transferencial y al valor agregado que supone el trabajo en equipo. La interdisciplina es un aporte esencial ya que un equipo interdisciplinario implica poner en juego y hacer circular distintos modos y distintas formas de abordaje sobre la salud y el restablecimiento subjetivo, los modos de trabajar con el

padecimiento; por eso cuando hay trabajo interdisciplinario no se impone la hegemonía de un discurso por sobre otros ya que esto implicaría la exclusividad de un saber; cuando por el contrario a lo que se apunta es a la pluralidad de miradas, voces y posibles abordajes que sin jerarquizar un saber o una disciplina sobre alguna otra, garantiza el despliegue de acciones en conjunto y aportes específicos. Así desde el lugar de psicoanalistas, sabiendo que nuestro instrumento es la palabra y que la clínica implica la escucha, que implica a un sujeto deseante, no debemos confundir el posicionamiento del analista con el espacio más amplio que nos otorga un efector de salud, asumiendo que no es la del consultorio y un psicoanálisis individual la única posibilidad de inserción de un psicólogo.

En este momento se me hace necesario apartarme del recorrido un instante y pensar en las posibilidades que un estudiante tiene durante el transcurso de la carrera de insertarse en un espacio real y concreto de práctica, que sea crítico y habilitante para el futuro quehacer profesional. La propuesta de una práctica pre-profesional obligatoria es una de las posibilidades de recorrer de cerca algunas posibles prácticas, pero sabemos que un único y recortado acercamiento a algún posible campo laboral y del trabajo en salud y salud mental no es suficiente; sobre todo porque sabemos que en estas experiencias nos encontramos, y hablo desde mi propia experiencia, con recortes teóricos, con dificultades de participación, con escasos momentos de re-trabajo, re-elaboración y cuestionamiento de la práctica o las prácticas en general. Por lo tanto debemos rastrear cuáles son las áreas que fundamentan el sostenimiento de la educación superior y con éstas la formación de profesionales comprometidos con las dificultades y problemáticas que la sociedad sufre y demanda; salir de la Universidad con un título habilitante no me parece suficiente, ya que el paso por la Universidad pública ha de formar sujetos comprometidos social y culturalmente.

En este sentido debemos destacar dos tendencias que pueden identificarse con referencia a la conceptualización de la práctica extensionista; una que considera que todas las actividades que la universidad hace en el medio son “extensión”, donde predomina aquí el modelo transferencista; la otra tendencia que desarrollan Tommasino y Cano es la que articula la tradición pedagógica del movimiento de la educación popular latinoamericana (freiriana) y de la investigación–acción–participación (falsbordiana). “Aquí existe una preocupación explícita por la conceptualización de la extensión y su diferenciación de otro tipo de actividades universitarias en el medio” (2016:12). Este es el modelo de extensión crítica. Vemos que ambas corrientes se mantienen hasta el presente, con algunas variantes, sobre todo a nivel metodológico. Todos estos procesos y tendencias conviven y se combinan haciendo de la vinculación con el medio y la extensión un campo sumamente heterogéneo, en el que debemos posicionarnos y fundamentar nuestras prácticas y experiencias. Al sostener prácticas transformadoras, asumimos los objetivos que la extensión crítica plantea y considera dialécticamente relacionados y en concordancia con la democratización del conocimiento en un proceso educativo no estereotipado. De estos objetivos: “El primero se vincula con la formación de los universitarios y la posibilidad de establecer procesos integrales que rompan con la formación profesionalista alejada de un criterio de compromiso social de los graduados universitarios. La extensión concebida como un proceso crítico y dialógico se propone, en cambio, trascender la formación exclusivamente técnica que genera la universidad «fábrica de profesionales» (Carlevaro, 2010) y alcanzar procesos formativos integrales que generen universitarios solidarios y comprometidos con los procesos de transformación de las sociedades latinoamericanas. En segundo lugar, en su dimensión política, esta perspectiva de la extensión se propone contribuir a los procesos de organización y autonomía de los sectores populares subalternos

intentando aportar a la generación de procesos de poder popular”. (Tommasino y Cano, 2016:15).

Si retomamos lo planteado anteriormente sobre los abordajes interdisciplinarios y cómo éstos propician la heterogeneidad de miradas y aportes para construir una práctica integral y en equipo, veremos que esto está en coincidencia con los desafíos que la Universidad se plantea de cara al centenario de la reforma Universitaria. Para hacer una referencia histórica: “es necesario reconocer que «extensión universitaria» es un referente nodal de la genealogía del movimiento de Reforma Universitaria ocurrido en América Latina en la primera mitad del siglo XX, que tuvo en los sucesos de Córdoba de 1918 uno de sus hitos (Carlevaro, 2002; Tünnermann, 2000). Y desde esa raíz, en muchas universidades del continente, ‘extensión’ ha sido un signifiante que ha permitido articular proyectos político–académicos capaces de disputar los modos hegemónicos de hacer universidad, procurando vincular los procesos de enseñanza y creación de conocimiento con los grandes problemas nacionales y las necesidades de los sectores populares de la sociedad”. (Tommasino y Cano, 2016:8) Con esta afirmación, sostenemos que en la formación de los estudiantes hay que salir del espacio cerrado del aula y formarse en los territorios, en los barrios y en los espacios populares donde se construye una posibilidad de desarrollo con los otros. Retomando el actual planteo que la Universidad se está haciendo a sí misma y poniendo de relieve que la extensión universitaria va tomando cada vez más una perspectiva integradora es que intentamos guiar las diversas prácticas, en cualquiera de los espacios de participación, bajo la concepción de “integralidad”. Es a través de ella que se modifica el acto educativo, porque lo cotidiano y lo concreto se da con estudiantes en terreno y con actores sociales reales; y de esta manera se establece la posibilidad de que exista un diálogo abierto en el acto educativo, más allá del aula, donde los contenidos no son previamente pautados sino que los establece el trabajo concreto que se hace en el territorio. Este modelo, tal como lo plantean Tommasino y Rodríguez (2011) en el Cuaderno de Extensión 1. Integralidad: tensiones y perspectivas, implica una enseñanza activa unida a una práctica en situaciones reales que aumenta la posibilidad de apropiarse del acto educativo. No estamos negando que en el modelo áulico se pueden construir procesos activos, pero seguramente el trabajo en terreno y la extensión en esta dimensión aportan un plus; y la relación dialógica con los sujetos de la comunidad es ese plus. A este respecto, y en coincidencia con dichos autores, acuerdo en que: “De este modo el acto educativo integral, sostenido en la complementariedad de los actores involucrados, provoca que el lugar de liderazgo no esté siempre depositado en un solo sujeto, no esté solidificado en una persona o figura en particular, que en general es el docente. Por el contrario, se produce una especie de rotación habilitada por la situación concreta de trabajo en el medio”. (Tommasino y Rodríguez, 2011:31). Así destaco que los modos de intervención que hasta ahora vamos proponiendo para la formación y para la práctica en efectores de salud, siguen teniendo como eje posibilitar la socialización, habilitando a la construcción histórica de cada sujeto,

Habiendo hecho ésta recorte continúo el recorrido sobre los aportes del vínculo transferencial y aquí podemos rastrear algunos aportes Freudianos que encontramos en “Sobre dinámica de la transferencia” (1912), donde Freud plantea que “todo ser humano por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe de su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse... Así es entonces del todo normal e inteligible que la investidura libidinal afrontada en la expectativa de alguien que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el

médico.” (pág. 97-98). Es un hecho que el manejo de la transferencia supone dificultades y no podemos avanzar sin hacer la necesaria aclaración de que a los trabajos sobre la transferencia le suponemos la instalación del dispositivo analítico, dispositivo en el cual se supone que el levantamiento de las represiones implica la instalación de la transferencia; también contamos con que el factor del progreso de la cura en un psicoanálisis se da "cuando algo decisivo se moviliza en la relación transferencial"(J.Lacan, 1962/63. pág. 158). Así se sostiene el hecho de que un análisis no es sin transferencia, pero esto no quita que la transferencia se dé por fuera del dispositivo específico del análisis.

Tomando esto en cuenta, podemos esperar que el usuario o los integrantes y participantes de un espacio puedan tener vínculos transferenciales con cualquiera de los integrantes del equipo interdisciplinario. Es importante, destacar que ese vínculo transferencial no es el mismo que se trabaja en la clínica psicoanalítica ya que éste es planteado específicamente como un momento de corte que podría implicar la intervención o interpretación, dando lugar a lo que Lacan nos trae como el deseo del analista.(J. Lacan, 1963/64, cap. IX). Es decir, que la transferencia y el deseo no son exclusividad del dispositivo analítico, pero el encuadre analítico es condición para su interpretación. Por lo tanto, la transferencia y la puesta en juego o en acto del deseo o de manifestaciones libidinales que surgen fuera del dispositivo analítico no han de interpretarse analíticamente; este punto es fundamental que lo consideremos para no caer en la psicologización, en los supuestos reforzamientos del yo o en la psicopatologización. Aún cuando nuestras prácticas estén orientadas y sustentadas en el psicoanálisis, no debemos posicionarnos en el lugar del analista cuando no estamos en un dispositivo tal; uno será nuestro lugar en el dispositivo clínico psicoanalítico, y otro lugar distinto será dentro de un dispositivo interdisciplinario.

Ahora bien, tenemos que pensar que para cada caso en particular o para cada dispositivo de intervención planteado es necesario un retrabajo, una supervisión y una interpretación por parte de los integrantes del equipo interdisciplinario que le dará sentido, según el encuadre establecido al inicio de la intervención, las cuales posibilitan una práctica que esté dirigida no sólo a la asistencia de un paciente o usuario, sino al sentido reconstitutivo de derechos; Una intervención en la que puedan inscribirse los rasgos propios y que puedan orientarse las implicancias subjetivas.

Con lo recorrido hasta ahora podemos proponer a las intervenciones como herramientas donde el propósito será aportar a una transformación de los estados de padecimiento particulares o de un grupo, habilitando modificaciones, tendiente a reorganizar la realidad y el contexto, habilitando a la reconfiguración de lazos sociales, y evitando ubicar al participante o usuario en lugar del padeciente, como objeto de tratamiento, sino, por el contrario sostenerlo en su condición de sujeto; de esta manera éstos modos de pensar las prácticas apuntan a que algo de la subjetividad pueda emerger, contando con una variabilidad de recursos disponibles. Una práctica transformadora donde podremos acompañar y producir, de modo creativo y múltiple, un aporte en el armado de la cotidianidad, de la sociabilidad y del despliegue de identificaciones y lazos transferenciales. La posición estará dada siempre por la estrategia y la dimensión que se precise en el encuadre establecido para cada estrategia en particular.

Una vez planteados estos momentos, recorridos y referencias posibles para pensar nuestra práctica en efectores de salud, me gustaría hacer un planteo un poco más específico y arriesgar una propuesta de intervención que se sostenga como práctica subjetivante, ya que este es uno de los ejes evidentes del recorrido hasta ahora, teniendo en cuenta la posibilidad o necesidad del abordaje interdisciplinario. Se me ocurre tomar como pretexto

el juego. Así debo abordar una pregunta más...¿puede ser el juego, una herramienta de intervención subjetivante?

El juego es una herramienta válida a ser tomada como modalidad para algunas intervenciones y dispositivos ya que es un modo de expresión, una herramienta de elaboración, tanto de los conflictos como de las identificaciones. Es un modo de aprendizaje creativo que implica manipulación y coordinación, un modo de incorporar las formas de relacionarse con el mundo y con los otros. Conocemos la experiencia que denominamos fort-da, donde Freud analiza el juego de un niño de 18 meses que hace aparecer y desaparecer un carretel. La interpretación refiere a un intento de dominar la angustia ante la aparición y desaparición de su madre. Este juego muestra el uso de un elemento que representa a la madre, mediante el cual puede dominar y descargar tanto el amor como la angustia ante esa separación. Logra, mediante el juego y la situación fantaseada, desplazar al exterior su padecimiento interno y dominar la situación mediante la acción sin la culpa y la angustia que generaría descargar esos sentimientos sobre los objetos reales. Mediante la manipulación de objetos o juguetes que funcionan como símbolos, el niño tiene la posibilidad de dominar, representar, repetir o elaborar situaciones tanto placenteras como penosas o traumáticas.

Otra referencia pertinente es el aporte que nos brinda Winnicott. En una publicación titulada "Notas sobre el juego" considera a éste como un logro en el desarrollo emocional, y plantea que lo característico del juego es el placer y que esa satisfacción proviene del uso de símbolos. Propone al "juego como elaboración imaginativa en torno de las funciones corporales, a la relación con los objetos y con la angustia" ya que a través del juego como actividad creadora, el niño se ocupa de la realidad exterior y "puede expresar, mediante materiales externos, las relaciones y angustias internas" (D. Winnicott, 2015:80). Por esto es que podemos suponer en el juego la expresión de las identificaciones, de los afectos y el desarrollo de la capacidad de simbolización de las experiencias intersubjetivas.

Rodolfo, por otro lado, nos plantea que para el psicoanálisis tradicionalmente el juego fue un elemento a interpretar de la misma manera que se interpreta un sueño u otros materiales, buscando el significado inconsciente, y en los casos como el de Juanito el recorrido de lo analizado se enfoca en el desarrollo edípico; Este autor también hace referencia a M. Klein, para quien el juego era la vía regia de entrada a la vida psíquica del niño, para analizarlo al igual que a un adulto. El autor rescata la posición de Winnicott, para contraponerla a las anteriores, ya que éste supone al juego como operación primordial del niño. El juego sería el hecho capital que pone en movimiento la existencia psíquica, la forma de expresión y relación originaria que resulta subjetivante. (Rodolfo, s/ref.)

Ahora bien, encontramos una reseña al Hospitalismo que hace en el recorrido, donde se evidencia la necesidad de un Otro con quien constituirse y desarrollarse, ya que la experiencia destaca el hecho de que los niños hospitalizados a los que se les daban todas las atenciones necesarias en relación a condiciones orgánicas satisfechas, igualmente enfermaban y morían ya que no tenían vínculos afectivos o lúdicos que ofician de apoyo a la constitución y diferenciación. Ante este hallazgo, Rodolfo plantea que Winnicott advierte "que no hay necesidad más perentoria del ser humano que la necesidad de otro, y que esta necesidad tiene curso adecuado en la experiencia de jugar con otro." (Rodolfo, s/ref.) El hecho de que el niño juegue excede a su naturaleza de mero organismo limitado a comer, dormir, llorar. No respondería a ninguna necesidad básica o biológica tradicionalmente considerada, y nadie se lo enseña, el jugar es una emergencia espontánea, incondicionada,

originaria; es lo inesperado del niño, “el no quedarse quieto es capital. Jugar es no quedarse quieto; por eso desacomoda el sistema teórico oficial del psicoanálisis.” (Rodulfo, s/ref.)

Estas referencias ponen de relieve que en la actividad lúdica se pone en juego el desarrollo y la constitución del niño desde los primeros momentos y que el entorno y el Otro oficiará de posibilitante o de obstáculo, ayudando a la construcción o a la destrucción de los procesos de diferenciación del niño, al cual se le adjudica un lugar activo en ese proceso.

Siguiendo al autor podemos suponer que el posicionarse en un lugar receptivo, pasivo, en un niño implicaría alguna perturbación o dificultad en el desarrollo subjetivo; así como también que si la sexualidad se desenvuelve desde lo lúdico, es el juego el que significa a lo sexual, ya que “si la sexualidad queda disyunta del jugar no se integra a la vida, se disocia, se escinde, se reprime y retorna de modos patológicos y patógenos.” (Rodulfo, s/ref.)

Así, el niño de la sexualidad infantil que inaugura Freud no se anula por poner el eje en el juego, en el niño que emerge y se constituye jugando, sino que la sexualidad infantil se reinscribe; tomando como punto de partida al niño jugando se subraya la importancia del jugar en el desarrollo del niño impregnando de esa cualidad lúdica al desarrollo subjetivo. De esta manera las funciones del jugar pueden verse desplegadas ya a lo largo del primer año de vida y son relativas a la constitución libidinal del cuerpo; en este sentido las primeras funciones del jugar tendrán que ver con la constitución subjetiva y con la “necesidad de extraer materiales para la fabricación del propio cuerpo, materiales que deben ser arrancados al cuerpo del Otro.”(Rodulfo, 2009:121).

En la capacidad de jugar, justamente se pone en juego la capacidad de darle sentido a las ansiedades y a las emociones, a lo traumático o a lo placentero, permitiendo una forma particular de representación y simbolización. Se juega la imaginación para el procesamiento del entorno y de las relaciones, conformando así el propio yo por las experiencias intersubjetivas, que viabilizan la constitución subjetiva.

Me resulta necesario hacer una reflexión en este punto. Las concepciones del juego hasta ahora expuestas hacen referencia general al juego en los niños. Me resulta interesante manifestar que el uso del juego como herramienta, si bien vemos que es fundamental en los niños, no queda restringido a la infancia, sino que puede ser posibilitante, subjetivante y una posible herramienta simbólica en cualquier edad, tanto en niños, como en jóvenes o adultos. A la hora de manifestar emociones, de manipular elementos, de generar espacios de reinscripción de algunos procesos mediante lo lúdico podrán pensarse, adaptarse y aplicarse dispositivos pensados para cualquier edad. Podemos encontrar cierto paralelismo en la función del acto que nos plantea Lacan(1962/63), cuando pone de relieve que actuar “tiene el carácter de una manifestación significativa en la que se inscribe la que se podría llamar el estado del deseo”(342). Así es que podemos asumir como manifestación significativa al juego también en los jóvenes o adultos.

Lo que no podemos perder de vista es que para pensar el lugar del psicólogo o del psicoanalista en un dispositivo debemos hacer la necesaria diferenciación en relación a la aplicación del método, al que ya hicimos una referencia cuando trajimos la cuestión de la transferencia. El lugar del psicólogo tiene que construirse pensando y teniendo en cuenta que el método psicoanalítico y sus reglas (de asociación libre para el analizado y de atención flotante o abstinencia para el analista) no son las mismas para el trabajo con niños y con adultos.

Para esto hay que construir el método dependiendo del objeto, y si el objeto en este caso no es un participante adulto sino un niño, tenemos que considerar algunas diferencias fundamentales. Para el trabajo analítico con adultos se procura el levantamiento de la represión desde el trabajo transferencial. En los niños pequeños suponemos un momento anterior, momento de constitución y estructuración, momento de trabajo constitutivo del aparato psíquico en colaboración con la instauración de la represión. Por lo cual el niño no se adapta a la misma técnica del adulto. Ya dijimos que el juego es una forma de expresión y comunicación, por lo tanto podemos pensar un trabajo con niños mediante y durante el juego.

Para José Valeros, el analista es un participante que conduce un proceso interpersonal, y que la elaboración particular de esa interrelación la comunica en sus interpretaciones. (J.Valeros, 1997). Por las características psicológicas de los niños, el analista tendrá otro papel, en este caso, jugar e interpretar dentro del juego.

Las características psicológicas del niño, la técnica necesaria para adaptarse a esas peculiaridades y los fenómenos regresivos que se desplazarán a lo largo del proceso analítico crearán un campo psicológico en donde tendrán preeminencia e importancia vital cuatro aspectos de la vida psíquica:

- el mundo de las relaciones humanas interpersonales no verbales;
- el mundo de las relaciones humanas con objetos no humanos;
- la naturaleza prelógica de los sucesos;
- el estado mental de ilusión.

(J.Valeros,1997:339)

Será necesario desestructurar la personalidad de los profesionales participantes permitiendo y facilitando el juego de interrelaciones que posibiliten sostener el proceso lúdico como intervención.

Nuestro lugar como psicólogos en dispositivos de estas características puede tener que ver con hacernos presentes, estimular y habilitar el interjuego, dar apoyo a las palabras con actos, objetos y juguetes, ya que lo simbólico tendrá un desarrollo desde lo no verbal hasta la adquisición de la verbalización, mediado por la exploración. Para el juego se necesita a otros, se necesita el intercambio y el sostén que genera confianza para el aprendizaje y la elaboración de las emociones y situaciones que permitirán descubrir el mundo y descubrirse a uno mismo.

A modo de conclusión

Me parecen importantes destacar de este recorrido, que la introducción o no del Otro hace la diferencia en la constitución psíquica, y que este Otro puede ser tanto agente de sufrimiento como garante del despliegue simbólico; debemos destacar el valor de la palabra como modo de simbolización dominante en la función analítica. Las concepciones del juego recorridas hacen referencia general al juego en los niños. Resulta interesante rescatar que el uso del juego como herramienta, si bien vemos que es fundamental en los niños, no queda restringido a la infancia, sino que puede ser posibilitante, subjetivante y una posible herramienta simbólica en cualquier edad. Comprendemos que en la capacidad de jugar, justamente se pone en juego la capacidad de darle sentido a las ansiedades y a las emociones, a lo traumático o a lo placentero, a la sexualidad y a sus despliegues, permitiendo una forma particular de representación y simbolización. Lo simbólico tendrá un desarrollo, mediado por la exploración y la elaboración de las emociones y situaciones que permitirán descubrir el mundo y descubrirse a uno mismo. Se juega la imaginación para el procesamiento del entorno y de las relaciones, conformando así el propio yo y la subjetividad misma por las experiencias intersubjetivas. Por eso el juego y la puesta en acto es una herramienta válida, sin ser la única, a ser tomada como modalidad para algunas intervenciones y dispositivos ya que es un modo de expresión, una herramienta de elaboración, tanto de los conflictos como de las identificaciones. Es un modo de constitución creativo que implica manipulación y coordinación, un modo de incorporar mediante la simbolización de los modos de relacionarse con el mundo, con los otros y con uno mismo. En el recorrido elegido, aunque acotado, pero con ciertas articulaciones necesaria, fuimos delimitado que las acciones e intervenciones en el campo de la salud mental han de tener como principio la constitución subjetiva y como horizonte el sostenimiento de la subjetivación

y los lazos sociales. Esto lo debemos sostener como fundamento de la inserción de un trabajador del campo de la salud en general, y del campo de la salud mental en particular. En relación a los aportes y recorridos planteados, veremos que si consideramos modos de intervención que puedan resultar subjetivantes, que posibiliten nuevos modos de elaboración y de desarrollo de capacidades será en relación a modos de prevención, dando lugar a las experiencias sociales, culturales y de lazo social constitutivas y restitutivas.

Igualmente no debemos perder de vista el antagonismo que planteamos al principio en relación a la subjetivación y la objetivación, ya que no es algo saldado; no podemos decir que el sistema, aunque propuesto como puerta de entrada a la universalización y garantía de la atención en salud, sea este su principal característica. Esto se evidencia en que muchos espacios de acceso a la salud y algunas políticas públicas carecen de una lógica concreta vinculada a la vigencia o al restablecimiento de derechos. Esto nos enfrenta con la consecuente fragmentación social, la marginación y la vulneración productos de un modelo político y económico neoliberal que sigue generando excluidos del sistema social y evidenciando el abandono estatal en su función de garante de derechos sociales y culturales. También encontramos la subsistencia de lógicas manicomiales, de discursos, prácticas y representaciones represivas y normativas, que no profundizan en la restitución de los lazos sociales, que no garantizan la plena aplicación de la ley y que en consecuencia son parte del sistema que vulnera los derechos que, aunque sigue costado sostener y garantizar, debemos continuar con las luchas por su plena aplicación.

Por eso es que el efector de salud puede y debe funcionar como espacio posible de reconstrucción de lazos sociales y lugar de prácticas posibles en salud mental, como espacio facilitador y garante de condiciones subjetivantes, de articulación y recuperación de la condición socio-histórica del sujeto; los modos y las intervenciones serán herramientas donde el propósito será aportar a una transformación de los estados de padecimiento particulares o de un grupo, habilitando el sostenimiento o las reconfiguraciones de lazos sociales, y evitando ubicar al participante o usuario en lugar del padeciente, como objeto de tratamiento, sino, por el contrario sostenerlo en su condición de sujeto.

El recorrido también deja lugar al quehacer extensionista en el que debemos exigir que las prácticas territoriales estén valorizadas curricularmente, dado que la excelencia académica no es posible sin compromiso social. Por esta razón, en el recorrido de este trabajo podemos vislumbrar las complejidades y reconocer que aún faltan cátedras que propongan y articulen sus contenidos en contexto. Es decir que este camino no está cerrado sino abierto a la construcción de diversos espacios de prácticas integrales que transversalizan la extensión, la docencia, y la investigación, abriendo las posibilidades y las capacidades que la formación académica amplía con respecto a las prácticas subjetivantes.

Referencias Bibliográficas

- Arocena, R.; Tommasino, H.; Rodríguez, N.; Sutz, J.; Álvarez Pedrosian, E. y Romano, E. (2011). *Integralidad: tensiones y perspectivas*. Cuadernos de Extensión N° 1. Montevideo: Comisión Sectorial de extensión y actividades en el Medio–CSEAM
- Carli, S. (2003) Entrevista a Silvia Bleichmar, en *Revista del Instituto de Investigación en Cs. De la Educación*. Año XI. N° 21. Buenos Aires. U.B.A.
- Carballada, A. (2004) *“La intervención en lo social”* Cap. 1. Buenos Aires .Paidós.
- Carballada, A. (2008) *“Los cuerpos fragmentados.”* Cap. 4. Buenos Aires.Paidós.
- Freud, S. (1920) *“Más allá del principio del placer”* en Volumen XVIII en Obras completas de Sigmund Freud. (2006) Buenos Aires & Madrid. Amorrortu.
- M. Foucault, (1963) *“El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica.”* Siglo veintiuno.
- Lacan, J. (1962/63) *“El seminario” Libro X* (2006) Buenos Aires. Paidos.
- Ley Nacional de salud Mental n° 26657 (2010) Argentina.
- Rascovan, S. Levy,D. Korinfeld, D. (2013) *“Entre adolescentes y adultos en la escuela.”* Introducción y cap. 1. Buenos. Aires. Paidós.

-Rodolfo, R. Sitio web:-<http://www.psicopsi.com/La-importancia-del-jugar-en-el-desarrollo-del-nino>.

- Rodolfo, R. (2009), *El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Paidós, Buenos Aires.

-Tommasino, H. y Cano A. (2016). *Modelos de extensión universitaria en las universidades latinoamericanas en el siglo XXI: tendencias y controversias*. Universidades,67. México: UDUAL.

-Stolkiner, A.; Garbus, P; (2008) “*Ética y prácticas en Salud Mental*” en “Bioética Salud Mental y psicoanálisis” Buenos. Aires. Polemos.

-Valeros, J. (1997) “*El jugar del analista*” Fondo de Cultura Económica.

-Winnicott, D. (2015) Manuscrito sin fecha “Notas sobre juego” en “Exploraciones psicoanalíticas I en “*Biblioteca fundamental de las ciencias de la psicología. Posfreudianos*. Buenos Aires. Paidós.