



Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

Propuesta de Intervención en Psicología

# **Una apuesta al retrabajo de las prácticas en salud mental**

Oppedisano, Antonela Ana

Legajo: O-0558/4

[antonelaop@gmail.com](mailto:antonelaop@gmail.com)

Docente responsable: Olga Waisman

-Año: 2018.-

### **Agradecimientos**

A Olga, por ayudarme y enseñarme con paciencia y compromiso.

A mi hermano, por acompañarme.

A los amigos de la facultad que siempre tiran para adelante.

Y a Agustín, por el amor.

**Índice**

|   |    |
|---|----|
| Resumen.....  | 4  |
| Denominación del proyecto.....                        | 5  |
| Acerca de la institución Programa Andrés Rosario..... | 6  |
| Descripción y justificación de la propuesta.....      | 11 |
| Objetivos generales y específicos.....                | 18 |
| Planificación de acciones y recursos.....             | 19 |
| Evaluación general del proyecto.....                  | 20 |
| Bibliografía.....                                     | 21 |

## **Resumen**

El presente trabajo integrador final elabora una propuesta de intervención por un profesional psicólogo, en el equipo de trabajo de un dispositivo denominado *Centro de día*, el cual funciona en la Asociación Civil Programa Andrés, de la ciudad de Rosario.

Esta propuesta surge a partir del tránsito personal por la institución, durante el año 2016, en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas B, de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional de Rosario.

Se propone desarrollar un espacio de encuentro del equipo del dispositivo Centro de día, con el objetivo de fortalecer el trabajo clínico. La coordinación estará a cargo de un psicólogo, con el propósito de habilitar al ejercicio de la palabra entre los integrantes del equipo, apuntando al re-trabajo y la reflexión de las prácticas realizadas en el dispositivo.

Esta propuesta se fundamenta en tres ejes: la interdisciplina, como modo de trabajo que establece la Ley de Salud Mental en relación a los equipos de salud; el encuentro y el trabajo grupal considerado desde una perspectiva psicoanalítica; y la valorización de la dimensión histórica que sostiene a las prácticas del equipo en la institución.

## **Palabras clave**

Salud mental, interdisciplina, prácticas en equipos de salud, psicoanálisis

**Denominación del proyecto**

Una apuesta al retraining de las prácticas en salud mental.

### **Acerca de la institución Programa Andrés Rosario.**

La Asociación Civil Programa Andrés es una institución pública no estatal, ubicada en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

Su trabajo se enfoca en el tratamiento y la prevención de la problemática de abuso de sustancias psicoactivas. Según se establece en la Carpeta Institucional (2015) sus objetivos son:

Formación y promoción de centros de asistencia; asesoramiento, información y orientación de las personas afectadas, sus familiares y demás personas vinculadas; lucha contra la estigmatización de los usuarios; promoción del esclarecimiento de su condición personal; promoción de cursos de capacitación para el personal involucrado; acordar, dirigir, adherirse u orientar a otras entidades con propósitos similares; promoción de acciones destinadas a la construcción de lazos sociales potenciadores; promoción de conferencias, encuentros, cursos y seminarios de estudio; visibilización del usuario de drogas como sujeto de derecho; trabajar en formas alternativas de alojamiento para personas en situación de vulnerabilidad social; promover y fomentar dispositivos de inclusión social en territorio (p. 3).

Los orígenes se remontan a 1993, cuando el Centro de Rehabilitación Programa Andrés, situado en Capital Federal, inauguró una delegación en Rosario. En principio, se avocó a los tratamientos ambulatorios, sosteniendo sólo un hospital de día. En 1994 se intensificó la propuesta incorporando una modalidad de internación. En 1995 la delegación emplazada en Rosario se independizó, conformando la Asociación Civil Programa Andrés Rosario, con total autonomía de la institución de Capital Federal (Carpeta Institucional, 2015).

En ese momento, Programa Andrés perseguía una modalidad de tratamiento que García (s.f.) identifica como *comunidad terapéutica tradicional*. Brevemente, se puede comentar que la lógica de las comunidades tradicionales, se centra en la re-educación del consumidor de sustancias, contemplando una normativa rigurosa que tiende a la generación de nuevos hábitos. El tratamiento se condiciona en la abstinencia total y la separación del usuario de su entorno. Se supone que un aislamiento temporario y la incorporación de ciertas normas de convivencia, como, por ejemplo, la utilización obligatoria del por favor y gracias, produciría una modificación de costumbres en el usuario que lo rehabilitarían para su inserción social. Modelos como *Synanon*, fundado en 1958 en E.E.U.U., y *Programa Hombre*, en 1984 en Italia, se orientaron a la rehabilitación de consumidores bajo esta lógica, sirviendo como ejemplo para numerosas comunidades que le prosiguieron.

Actualmente, Programa Andrés Rosario propone diferenciarse de ese modo de trabajo. Para ello, retoma un concepto de comunidad terapéutica, surgido con el nombre de *Hospital de Pie*, en manos de Maxwell Jones, en Inglaterra. En los tiempos posteriores a la segunda guerra mundial, el hospital psiquiátrico se encontró con un desborde de pacientes con padecimientos psíquicos. Al haber muy pocos profesionales disponibles, los pacientes no podían recibir la atención adecuada. Esta situación incentivó a Jones a desarrollar una propuesta, que incluyó la participación activa de todas las personas que integraban el hospital. Se comenzó a organizar la vida cotidiana y las tareas, por medio de asambleas y grupos integrados por pacientes, enfermeras, médicos y otros participantes.

Este modelo revirtió la posición tradicionalmente pasiva de los usuarios del hospital. Recuperó la palabra de los usuarios, palabra que, históricamente, fue acallada por las múltiples prácticas que, desde la salud, se han implementado sobre los cuerpos. Además, restituyó a éstos el poder sobre su tratamiento, por medio de la participación en asambleas y en la planificación de la convivencia.

Este es el tipo de comunidad terapéutica que, hoy en día, Programa Andrés Rosario recupera como modelo de trabajo, considerándolo consecuente con la lógica planteada en la Ley de Salud Mental.

Programa Andrés fundamenta su trabajo en la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, que fue promulgada el día 2 de diciembre del 2010 en el Congreso Nacional. Se

define en el Art. 3 a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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”. Su sanción significó un cambio de paradigma, en consonancia con otras políticas contemporáneas, direccionadas hacia la ampliación de derechos humanos y protección de los usuarios del sistema de salud:

La Ley de salud mental plantea un nuevo paradigma diferente al existente, que permite pasar de un modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración; del espacio institucional cerrado al espacio comunitario abierto; del enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad a otro basado en el concepto de sujeto de derecho en su proceso de integración social, fundado en el resguardo o la restitución de sus derechos (Arriagada et al., 2013, p. 7).

Entre los cambios que la ley establece podemos destacar algunos de gran relevancia, como la defensa de los derechos humanos del paciente, el consentimiento informado de los usuarios frente a cualquier intervención o tratamiento, el pasaje de la concepción de enfermedad a la de padecimiento psíquico, la prohibición de la construcción y/o habilitación de nuevos hospitales monovalentes, la igualdad de condiciones entre los profesionales para ocupar los cargos de conducción y gestión de las instituciones, el abordaje de la salud por un equipo interdisciplinario, y la inclusión de las adicciones dentro de las problemáticas de salud. Este último cambio es relevante para los derechos humanos y ciudadanos, por considerar el uso problemático de drogas, legales o ilegales, dentro del campo de la salud mental, siendo que la única normativa vigente hasta ese momento se basaba en la legislación penal. Específicamente el artículo N.º 6 de la Ley N.º 23.737 (1989), Ley de tenencia y tráfico de estupefacientes, dice que será sancionado con prisión y multa quien tuviere en su poder estupefacientes, independientemente del motivo.

Si bien al día de hoy la legislación penal sigue intacta, a partir de la Ley de Salud Mental se fortaleció el tratamiento del consumo de sustancias como una problemática de salud. Antes de esto, el Estado sólo contaba con una herramienta para abordar el caso del usuario de sustancias: la medida de seguridad curativa. Ella se estableció en la Ley de tenencia y tráfico de estupefacientes, sugiriendo un tratamiento para la desintoxicación y rehabilitación del imputado, a cambio de la pena en prisión correspondiente por haber cometido un delito.

Se puede ver, que el cambio de paradigma normativo que contempla la Ley de Salud Mental, habilita a los efectores de salud a actuar en esta dirección. Sin embargo, no se puede ignorar que, parte de este trabajo, dependerá de las políticas públicas que desde el Estado se perfilen, para la implementación y promoción de esta normativa.

### **Diagrama institucional y modos de tratamiento de la salud mental.**

Programa Andrés Rosario se organiza en un diagrama institucional conformado por distintos sectores. En principio, la comisión directiva constituida por un presidente, una secretaria, un tesorero y tres vocales. En otro sector, se ubica la dirección terapéutica, ejercida por un psicólogo y una médica. Luego, se dividen los dispositivos clasificados en distintas áreas: de asistencia (Dispositivos ambulatorios para adolescentes, Intensivo para adultos, Ambulatorio para adultos, Equipo de terapias individuales, Centro de día y Acompañamientos terapéuticos); de alojamiento (El Chalecito, La Casita y Centro de noche); y los dispositivos transversales (Docencia e Investigación, Legal, Médica, Primeras Entrevistas y Socio Familiar).

El dispositivo de Primeras entrevistas se acciona al recibir una consulta en la institución. La llegada del consultante puede ser particular, o bien por derivación de una Obra Social o de un efector público. Este dispositivo representa el primer encuentro del usuario con la institución. En él se plantean entrevistas en profundidad para evaluar y construir una propuesta con el consultante, que configure una respuesta a su pedido, ya

sea ésta dada por Programa Andrés o en articulación con otra institución. Lo integran una psicóloga, un psicólogo social, una psiquiatra y una trabajadora social.

En el Dispositivo intensivo para adultos, también llamado Barrilete, se trabaja con derivaciones de hospitales psiquiátricos. Se apuesta a posibilitar “otra dimensión donde el consumo del tiempo y de las sustancias, deje lugar a situaciones que tengan que ver con el producir. Producir encuentros, lazos, actividades, un corrimiento de la posición pasiva a otra, donde pueda aparecer algo vinculado al deseo” (Cárcamo et al., 2012, p. 40). En este dispositivo se proponen tres encuentros semanales de forma grupal. Está conformado por dos coordinadores grupales, un coordinador general, una médica psiquiatra y un operador en terreno.

El Dispositivo para adolescentes, también llamado PUPA, es un espacio exclusivo para jóvenes, con el objetivo de “construir conjuntamente condiciones para que el deseo, circule, se exprese” (Cárcamo et al., 2012, p. 42). Se trata de un dispositivo grupal que busca aportar herramientas para el fortalecimiento de lazos sociales y la reconstrucción de la historia de los sujetos. Tiene una frecuencia de tres encuentros por semana y está integrado por dos psicólogas y un profesor de música.

El Centro de día, dispositivo en el que se enfoca esta propuesta, funciona de lunes a viernes de 8:00 a 18:00hs, configurando el espacio de mayor contención de Programa Andrés. Fundamenta su trabajo en la modalidad grupal, pero contemplando un tránsito singular del sujeto por el tratamiento. Más adelante se ampliará al respecto.

El Centro de noche se presenta como un dispositivo de alojamiento, que funciona entre las 18:00hs y las 9:00hs. Se abordan casos de vulnerabilidad, ofreciendo un “espacio de convivencia, que desde la horizontalidad permita recuperar la idea de salud mental desde el concepto de restitución de los derechos” (Carpeta Institucional, 2015, p. 7). Se comparte una casa con un grupo limitado de participantes, con quienes se dividen tareas, se realizan asambleas y se llevan a cabo las acciones necesarias para organizar la vivienda. Está sostenido por dos coordinadores por turno, y dirigido una psicóloga.

Además, dentro del área de alojamiento, se encuentran los dispositivos de El Chalecito y La Casita. Surgen a partir del cierre del Hogar de Niños de Rosario, y son cogestionados con la Dirección Provincial de Niñez. Su finalidad consiste en alojar a niñas y adolescentes que no posean cuidados parentales, para garantizar “la contención afectiva, la restitución y la promoción de sus derechos” (Carpeta Institucional, 2015, p. 7). Funciona con dos acompañantes convivenciales por turno.

Programa Andrés Rosario hace hincapié en el trabajo en red, y promueve la cogestión de proyectos con el Estado y otras instituciones. Apuntan a producir nuevos espacios enmarcados en la Ley N.º 26.657, que posibiliten el despliegue de las subjetividades de los usuarios. Tres objetivos se plantean en esta dirección: generar distintos espacios de inclusión social para un mismo usuario, a fin de que, ante la posible deserción de uno, no se caiga todo el dispositivo; evitar la cristalización del caso como un caso de adicciones, considerando la complejidad de las situaciones y evitando equiparar éxito con cese de consumo; y abordar los casos individualmente, construyendo herramientas que excedan al momento del tratamiento (Angeletti y García, 2005).

El abordaje del consumo problemático en Programa Andrés, se piensa desde el Psicoanálisis, como un proceso de trabajo inherente a una ética, que deja por fuera la buena intención. El tratamiento “no debe tener como resultado el cumplimiento de expectativas familiares, encargos sociales o ideales del equipo tratante, sino como único éxito debe considerarse aquel, que posibilite la emergencia del sujeto, más allá de los resultados sobre el consumo de drogas” (Cárcamo et al, 2012, p. 20).

La institución cuenta con dos establecimientos físicos, ambos estratégicamente ubicados en la zona microcentro de la ciudad de Rosario, para facilitar la accesibilidad del usuario a los tratamientos ambulatorios. Esta condición los diferencia de las granjas o casas de rehabilitación tradicionales, las cuales suelen localizarse en zonas rurales distanciadas de la urbanidad, y muchas veces incluso, del entorno de quienes asisten.

A diferencia de esto último, Programa Andrés intenta trabajar con la realidad del usuario. El tratamiento se articula con su entorno más cercano, con sus lazos sociales:

familia, escuela, trabajo, amigos; revalorizando la historia del sujeto. A su vez, se apunta a generar redes, trabajando con las instituciones que se establezcan en el territorio: centro de salud, organizaciones barriales, clubes. A partir de estas coordenadas, se plantea la tarea de acompañar al sujeto en su recorrer cotidiano, en la reconstrucción de sus lazos y en la generación de un proyecto de vida.

Esta tarea, se fundamenta en una concepción de las adicciones como:

Un conflicto multicausal, en el que intervienen factores sociales, familiares y subjetivos. La persona que se vuelca en un consumo de sustancias psicoactivas, no cuenta con recursos o herramientas simbólicas (o no hace uso de las mismas) con las cuales poder representarse [...] En estas personas no aparece la palabra como vía o forma para darse a representar, apareciendo otras maneras como impulsiones, a-dicciones, entre otras (Heinrich 1993) (Cárcamo et al, 2012, p. 62).

En estos casos, la representación simbólica del malestar por medio de la palabra, resulta dificultosa. Por este motivo, se apuesta a trabajar con la palabra como herramienta, para posibilitar algo de esta representación, que permita sostener el lazo con otros. De esta forma, se propone la grupalidad como modo de abordaje del lazo social, entendido éste como un recurso simbólico en relación al otro (Cárcamo, et al. 2012). La modalidad grupal, es parte de la dirección terapéutica y se fundamenta como:

Un espacio donde el sujeto pueda enunciarse y ser enunciado por otros, donde se actualizan y visibilizan sus identificaciones constitutivas, donde se generan identificaciones entre los miembros, se distribuyen y asumen roles entre ellos. [...] Es en la conformación grupal donde se puede encontrar, por un lado, las resistencias y las dificultades para sostener un lazo con el otro, y a su vez esto facilita y posibilita construir en conjunto las herramientas adecuadas para sostener modos de relaciones o vínculos que no consuman al sujeto (Cárcamo, et al. 2012, p. 71).

En el dispositivo Centro de día, el usuario realiza un pasaje por dos grupos diferentes, que se corresponden con dos momentos del tratamiento. En un primer momento, el grupo de inicio está orientado a la posibilidad de que el sujeto pueda construir una pregunta en relación a sus prácticas de consumo, abordando las cuestiones que surgen en el tránsito del dispositivo, su historia personal, los acontecimientos actuales y el compromiso con el tratamiento. En un segundo momento, señalado por un cambio subjetivo del usuario, se constituye el pasaje al grupo elaborativo, donde se propician estrategias y proyectos en relación a los deseos singulares. Finalmente, se intentará componer un tercer momento, una escena a partir de las herramientas elaboradas, para que el sujeto se sostenga fuera de la institución.

A este tránsito se agregan los grupos de convivencia, con dos encuentros semanales, para debatir cuestiones ligadas a la organización de la casa, la planificación de los horarios, las comidas y salidas grupales. Además, en este espacio, se trabajan los conflictos o inquietudes que pudieran surgir entre los integrantes del dispositivo.

Para el abordaje de situaciones singulares que el usuario no quiera compartir con el grupo, existe un dispositivo individual denominado *coloquio*. Se trata de una conversación con un psicólogo, u otro referente que el usuario elija de modo transferencial, donde se habilitará un espacio de escucha y de puesta en juego de la palabra, en relación al tema que esté afectando a esa persona.

Este espacio puede dar lugar a una consulta de terapia. Las terapias individuales suelen mantenerse fuera de la institución, ya sea en un Centro de salud de referencia, en un hospital o de forma particular. Para los casos en los que no se puede sostener una terapia con esta condición, el Programa propone la atención por el dispositivo de Terapias Individuales.

### **Sobre el equipo interdisciplinario de Centro de día.**

El equipo interdisciplinario de Centro de día está constituido por ocho personas que, en su mayoría, ejercen como operadores grupales. Las disciplinas que, actualmente, intervienen dentro del equipo son psicología, trabajo social, antropología y teatro.

La reunión de equipo se desarrolla los jueves a la tarde. En ella, pueden participar otros profesionales de acuerdo a la situación que se plantee, por ejemplo, la médica de la institución, el psiquiatra, el director terapéutico, el dispositivo de primeras entrevistas, así como referentes de otros dispositivos que estén vinculados a los usuarios.

En la reunión, se abordan los casos individuales, teniendo en cuenta las novedades del tránsito de cada usuario por el tratamiento. Además, se plantean los posibles ingresos o egresos del dispositivo. Normalmente, no se lleva un registro ni un temario para su desarrollo, sólo se cuenta con anotaciones particulares de algún integrante del equipo.

La duración de la reunión es de tres horas. En general, este tiempo resulta insuficiente para el tratamiento de todas las cuestiones que en la reunión se pretende abarcar. A esta problemática, se suman otras informalidades que acotan el tiempo disponible para el trabajo del equipo.

Como resultante, la exposición de los casos individuales en las reuniones, muchas veces queda sólo a título informativo del equipo, como un repaso apresurado, sin posibilidad de retrabajar sobre ellos, y sin registro de lo acontecido.

Recientemente, los directivos de Programa Andrés Rosario decidieron modificar el puesto de la Coordinación general del Centro de día. Es de destacar que, en este cargo, se desempeñó una psicóloga durante catorce años consecutivos, por lo que, este movimiento no puede realizarse sin efectos secundarios. A pesar de estar tomada la decisión desde la dirección de la institución, no se decidieron los pasos a seguir para el cambio de la coordinación, no se trabajó con el equipo sobre este tema, ni tampoco se seleccionó a un nuevo responsable para ocupar el cargo.

En este contexto, sucede que en las reuniones de equipo se buscan soluciones inmediatas que encaucen el trabajo que se está llevando a cabo, mientras que la institución se reestructura. Se proponen supervisiones externas, articulación con la universidad y aparecen pedidos de participación activa de los estudiantes practicantes. En los integrantes del equipo, se pueden identificar expresiones de angustia, que ellos mismos relacionan con una *acefalía temporal*.

Un dato importante a tener en cuenta es que, el equipo se encuentra conformado por lo que se puede considerar como dos grupos: por un lado, los experimentados, y por el otro los recién llegados. Los primeros trabajan en la institución hace ya algunos años, y en cambio, los segundos, no llegan al año de práctica.

Para estos últimos, la dirección sostiene que no se les otorgará instrucciones de trabajo, ni marco teórico, a fin de no condicionar sus prácticas. A la vez, espera que cada uno se pueda desempeñar en su función, intuitivamente. Este dato no es menor, ya que en él se revela la contradicción entre los recursos simbólicos otorgados y los resultados esperados.

Es frente a esta contradicción y sus efectos que se sugiere la presente propuesta de intervención. En tanto, se sostiene la hipótesis que el desconocimiento de los objetivos de la institución, de los relatos de las producciones históricas del dispositivo y la falta de un marco teórico común, podrían derivar en incongruencias que afecten, no sólo al equipo de trabajo, sino también a las estrategias que en los tratamientos se proponen.

### **Descripción de la propuesta**

La presente propuesta de intervención se orienta a fortalecer el trabajo del equipo del dispositivo de Centro de día, de Programa Andrés Rosario. Esto se logrará a través de la conformación de un espacio de encuentro quincenal, que permita retrabajar las prácticas desde una perspectiva interdisciplinaria y psicoanalítica.

El encuentro estará coordinado por un psicólogo con una duración de dos horas. Su objetivo consistirá en propiciar un lugar de debate y producción grupal, identificando las problemáticas que permitan trabajar las dificultades y los obstáculos de las prácticas profesionales, en relación al abordaje del consumo problemático y a la historia del dispositivo.

La relevancia de esta propuesta para el campo disciplinar del psicólogo, radica en la posibilidad de realizar una intervención en el equipo de trabajo, que revalorice la palabra de los profesionales. Se aboga por un intercambio que fundamente el abordaje terapéutico del consumo problemático de sustancias, acorde a los objetivos planteados por la institución.

La planificación se construirá junto a la institución y dependerá de la obtención de los recursos necesarios. Desde esta propuesta, se entiende que el tiempo destinado a las reuniones, deberá ser reconocido como tiempo de trabajo, tanto por la dirección de la institución, como por los profesionales.

A continuación, se desarrollará la fundamentación de esta intervención basada en la interdisciplina, como modo de trabajo que establece la Ley de Salud Mental en relación a los equipos de salud; el encuentro y el trabajo grupal considerado desde una perspectiva psicoanalítica; y la valorización de la dimensión histórica que sostiene a las prácticas del equipo en la institución.

### **Justificación de la propuesta**

Esta propuesta de intervención se sostiene en la complejidad de las problemáticas que se abordan en el dispositivo. En este sentido, se piensa la imposibilidad de un abordaje desarticulado, siendo que múltiples profesionales y disciplinas participan en un mismo dispositivo con un usuario y/o grupo en particular.

La Ley de Salud Mental N° 26.657 (2010) establece en el Art.8 Cap. V, la necesidad de promover que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario, dentro del cual participen profesionales de distintos campos pertinentes, técnicos y trabajadores capacitados.

Para esclarecer la noción de interdisciplina, es necesario diferenciarla de un *enfoque multidisciplinar*, el cual se caracteriza por el abordaje de un objeto a través de disciplinas yuxtapuestas, sin relacionarse o transformarse entre ellas. Este enfoque se fundamenta en una visión de la realidad sectorizada, abordada por distintas disciplinas, más allá de las demandas de la realidad misma (Elichiry, 2009).

Por el contrario, la interdisciplina no se reduce a la combinación de saberes, ni se agota en el intercambio de información. Si el trabajo no se articula entre los profesionales, se estaría en presencia de especialidades estancas, “verdaderas islas académicas sumamente eruditas, pero descontextuadas de los problemas que nuestra realidad plantea” (Elichiry, 2009, Párr. 12). Se deduce que la interdisciplina resulta de un intercambio que transforma y conmueve a las partes intervinientes.

Esta perspectiva no implica el borramiento de la especificidad de cada disciplina, sino al contrario, ya que es imprescindible que cada profesional posea un dominio riguroso de su campo para poder establecer los enlaces con otros.

Señala Stolkiner (1987) que “la interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos” (Párr. 7). En relación a esto es que, en vez de partir de las disciplinas y del conocimiento que éstas tengan, se parte de las demandas sociales, de las complejidades que se presentan, a fin de poder construir una práctica que las aborde. A partir de ello, resulta ineludible

esclarecer que “los campos disciplinares no son un reflejo de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos” (Stolkiner, 1999, Párr. 3).

Desde este concepto de interdisciplina, Stolkiner (1999a) invita a pensar sobre una posibilidad *transdisciplinaria* como un momento puntual, producto de este trabajo:

Quizás sirva una metáfora para explicar esto: la orquesta sinfónica, en la que cada instrumento tiene su especificidad, su técnica y sus ensayos particulares. Si llegamos antes de que el concierto comience, oiremos una polifonía inarmónica. Sin embargo, cuando la sinfonía comienza, es una. Un solo producto que, no obstante, contiene la diversidad de sonidos de cada instrumento de una manera que no se explica por simple adición. Si reemplazáramos los instrumentos por las disciplinas, la sinfonía, esa única sinfonía, esa unidad que desaparecerá apenas termine la ejecución, sería lo transdisciplinario. Este momento transdisciplinario sería, por ejemplo, el producto de una investigación referida a un problema definido conceptualmente de manera interdisciplinaria o la estrategia que se propone un equipo asistencial frente a una situación específica. Es una situación en construcción continua, no un estado (Párr. 2).

Se trata de partir de las disciplinas hacia un diálogo interdisciplinario, estableciéndose relaciones múltiples en el intercambio, pero que concluyan en la construcción de criterios transdisciplinarios para el abordaje de la salud mental. Este modo de trabajo pretende abarcar las distintas variables que conforman al campo de salud mental: modelos de atención, políticas, gestión, disciplinas, tarea del equipo, prácticas, etc. (Galende, 2015).

Si se toma la metáfora planteada, se puede reflexionar sobre la horizontalidad de poder que se persigue con el modo de trabajo interdisciplinario. No se trata de distintos niveles o valores entre las disciplinas, sino que cada una tenga más o menos protagonismo en relación a la problemática, al nivel de análisis o las estrategias que se establezcan. Así como los instrumentos de una orquesta, el aporte de las disciplinas no dependerá de su valor intrínseco, sino de la composición que se esté abordando (Stolkiner, 1999a).

Esta idea se encuentra en consonancia con el cambio de paradigma que produce la Ley de Salud Mental, entendiendo que se desconcentra la hegemonía de la psiquiatría y la medicina sobre las consideradas patologías mentales, para pensar la salud mental como un proceso complejo abordado desde múltiples campos.

Es necesario aclarar que el horizonte que se plantea en la implementación de la Ley de Salud Mental, contempla un enfoque de restitución de derechos y dignidad a personas que han sido históricamente vulneradas por un sistema sostenido en el encierro, la judicialización y la medicalización. La Ley de Salud Mental resulta, entonces, una herramienta para desmontar estos tres grandes problemas, que han configurado un fuerte aparato represivo dentro del campo de la salud mental (Gorbacz, 2011).

El enfoque de la Ley N° 26.657, se presenta como una oportunidad para el equipo de salud, para desarrollar estrategias que apunten a restituir los derechos humanos y sociales vulnerados en los usuarios. Por esta razón, el abordaje de la salud mental no sólo se plantea como interdisciplinario, sino también intersectorial, ya que además del campo pertinente a los profesionales de la salud, la producción de salud mental requiere de la participación de sectores sociales, jurídicos, etc. En este sentido, la institución plantea objetivos tendientes a sostener el trabajo en red con otros agentes, que conforman la comunidad específica de cada usuario.

Se destaca que, dentro de esta complejidad de trabajo, la reflexión del equipo de Centro de día que se propone en la presente intervención, debe ser considerada como parte del proceso mismo de implementación de la Ley de Salud Mental. Como señala Edith Benedetti (2015):

Reflexionar sobre los modelos de intervención en el contexto de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 es un trabajo que demanda pensamiento. Un tipo de pensamiento que no es un ejercicio teórico alejado y desentendido del territorio de su implementación efectiva. Tampoco es sinónimo de las acciones prácticas que transcurren en un espacio. Más bien,

pensar la implementación de una ley es un ejercicio teórico y práctico complejo que implica la traducción de un territorio institucional de la ley y su reglamentación. Se trata de una traducción que ciertamente no está contenida ni en el marco normativo ni en el territorio. Y por eso mismo, requiere pensamiento teórico, clínico y político-institucional en los diversos niveles del sistema (p. 13).

A estos efectos, en esta intervención se propone sostener el espacio de encuentro del equipo interdisciplinario a partir del pensamiento que brinda el psicoanálisis, entendiéndolo como una praxis que habilita a construir, en este ámbito, un modo de trabajo posible. Se puede decir que, la pregunta que orienta esta propuesta de intervención radica en cómo sostener un espacio de producción de pensamiento crítico, que acompañe la práctica del equipo interdisciplinario del dispositivo de Centro de día en relación a sus objetivos, así como a la implementación de la Ley de Salud Mental.

Para ello, se debe tener en cuenta el entrecruzamiento que se produce entre la salud mental, el psicoanálisis y la cultura. El descentramiento del sujeto es el resultado de la marca fundamental que conlleva vivir en una cultura atravesada por el lenguaje. Desde el psicoanálisis se entiende que el malestar es inherente a la cultura, y la división que conforma al sujeto, estará presente en todas las prácticas y producciones de la misma.

Esto lleva a tener que asumir que, tantos los trabajadores del equipo de salud, como también los pacientes, se encontrarán movidos por reacciones inconscientes. Es decir que,

para el psicoanálisis, estamos siempre desconociendo una porción de nosotros mismos. Nuestro inconsciente irrumpe cuando menos lo esperamos en medio de nuestra acción más racional. No se trata, por lo tanto, de una polaridad consciente/inconsciente que se correspondería con otra racional/irracional, sino de que asumamos al ser humano como un ser que nunca será absolutamente dueño de sí, un ser barrado que no lo puede todo, y que nunca tendrá la certeza de conocer a la perfección el rumbo de su deseo. Esta característica de nuestra condición de humanos también nos marca en nuestra condición de trabajadores, siendo central en el caso de los trabajadores de salud mental (Onocko Campos, 2008, p. 177).

Los puntos ciegos, entendidos por el psicoanálisis como obstáculos inconscientes que no han sido analizados, se pueden materializar en las prácticas. Por consiguiente, se acentúa la importancia del análisis personal de cada uno de los integrantes del equipo interdisciplinario, advirtiendo que el trabajo en salud mental, requiere de una puesta en juego del propio sujeto como agente.

Parte del trabajo en salud mental consiste en brindar atención a quienes padecen del sufrimiento psíquico, siendo que la herramienta para lograr este objetivo siempre es la propia persona del trabajador. El trabajador opera en esa relación terapéutica, orienta estrategias, toma decisiones y formula propuestas (Galende, 2015).

Sin embargo, el trabajo en la salud mental dentro de una institución no se reduce a la relación entre el paciente y el profesional, sino que el abordaje de cada caso singular adquiere significación en el entramado del equipo. Esta labor no se puede pensar como la mera aplicación de un conocimiento sobre un objeto, ni como una práctica aislada e individual. Si se trata de una construcción en el campo, se requerirá del espacio y tiempo de trabajo con otros. Al decir de Onocko Campos et al. (2008) se requiere de “un lugar y un tiempo donde se pueda experimentar el tomar decisiones colectivas y analizar la situación con un grado de implicación mayor en relación a lo que es producido” (p. 178).

Para establecer los criterios de conformación de la reunión, se deberá contar con un tiempo, un espacio, un número de personas y un objetivo en común. Estos elementos configuran la virtualidad de un dispositivo grupal.

Si se explora la vertiente etimológica del vocablo *grupo*, se encontrará su definición como un número restringido de personas asociadas por algo en común. Este camino se transita por dos vertientes, la figuración del *nudo* a partir de la idea del anudamiento, y la concepción del *círculo* a partir de la noción de intercambio. El nudo permite configurar una representación de lo grupal, no como una analogía, sino en un sentido metafórico que invita

a pensar lo grupal como figura de un nudo que aspira a producir efecto de significación. (Fernández y Del Cueto, s.f.).

El grupo es considerado como un espacio táctico donde se producen efectos inéditos, constituidos en un campo de complejidad y atravesados por múltiples problemáticas, espacio donde se va a producir la grupalidad como aquello específico del acontecer grupal (Fernández y Del Cueto, s.f.). La lectura de la grupalidad debe advertir que un grupo no es una isla, sino que se produce en relación a una institución, un lugar, una época y con sujetos específicos que lo componen. En este sentido, el contexto de un grupo, forma parte de su texto mismo.

La grupalidad no debe confundirse con la unificación, de esta forma se respetará la especificidad del grupo en su multiplicidad. Percia (1997) diferencia *unidad* de *uniforme*, entendiéndolo que el coordinador debe desprenderse de la pretensión unificante y disponerse a escuchar el decir fragmentario de lo grupal. El acto de hablar de cada integrante por su cuenta, que pone en juego su nombre propio, permite el intercambio y la conversación con otros. No se habla en un vacío, el decir se anuda con otros en tanto la escena grupal se sostiene. De esta pluralidad es que puede surgir una producción común.

Las estructuras tradicionales del encuadre analítico parecen desestabilizarse cuando destinamos nuestra labor al campo social, sin embargo, Ulloa plantea un trabajo posible a partir de un dispositivo básico elemental que denomina *numerosidad social*. La numerosidad social es entendida como “la sumatoria de sujetos que resulta cuando al dueto analista/analizante se le suma uno, más uno, más uno... y así sucesivamente, hasta el número lógico de integrantes de un equipo, en relación con sus objetivos específicos” (Ulloa, 2011, p. 49).

Ulloa (2008) establece que “cuentan tantos sujetos como sujetos hablantes cuentan” (Ulloa, 2008, p. 20). En ese acto de contar que comenta Ulloa, se discierne una alusión a la reciprocidad, entendiéndolo al sujeto como sujeto social, y a su vez a la singularidad, al decir como una puesta en juego de su condición de sujeto. Cabe inferir que el que narra, en el acontecimiento analítico, se transforma al mismo tiempo que está narrando, porque lo que allí sucede lo implica.

En este ámbito, donde el analista no es demandando en su funcionalidad interpretativa, la herramienta privilegiada es el debate crítico auxiliado por procederes específicos. Este planteamiento lleva a considerar al psicoanálisis en su aspecto transformador, posibilitando el desmontaje de lo imaginario a través de una narración que ponga en juego al debate.

Los procederes críticos básicos para el debate de ideas se dividen en dos. En principio, se trata de hacer retroceder la intimidación característica de las confrontaciones de ideas, con la finalidad de dar lugar a la escucha del otro a través de la resonancia íntima. Esto propicia un consenso o una diferencia, siendo ésta última la más enriquecedora del debate. El segundo proceder crítico consiste en la elección de un analizador como un punto de discusión abarcativo del interés de los integrantes del equipo, pero a la vez acotado para no caer en generalidades. Los nuevos analizadores irán surgiendo a medida que se vayan agotando los que ya se estén trabajando (Ulloa, 2008).

Desde esta perspectiva, se realza la importancia de la coordinación de un psicólogo desde una lectura psicoanalítica que pueda relanzar la palabra al debate. Un debate escuchado desde el psicoanálisis, puede a través de las resonancias, posibilitar la construcción de una pregunta, y recuperar la dimensión clínica del quehacer del equipo.

Ulloa (2011) plantea la idea de *comunidad clínica*, en relación a un “aprender clínica en común a partir de la conceptualización de las prácticas cotidianas, con especial consideración en las que aparecen más obstaculizadas” (p.79). Para ello, desarrolla tres ejes a tener en cuenta, que sirven de orientación a la presente propuesta.

El primero, ligado a la conducción clínica, entendiéndolo a la clínica alejada de la medicina y de la patología, “como una manera de ver, leer y procesar un campo definido como clínico, por el modo de conducción y por sostener una producción crítica comunitaria” (p.79). Este eje permite enmarcar el trabajo en el concepto de *clínica ampliada* planteado por Souza Campos (1997), en consonancia con la Ley de Salud Mental y tendiente a

superar el paradigma médico-hegemónico. La ampliación de la clínica supera la concepción de la salud en su aspecto puramente biológico, e invita a considerar lo subjetivo y lo social dentro de su abordaje.

En el segundo eje, Ulloa propone una lectura e interpretación desde el punto de vista psicoanalítico, que dé lugar a la narración como alternativa de la interpretación. La narración dice de lo que ahí sucede sin decir a persona particular. En este eje es necesario contemplar, además, el análisis personal.

El tercer eje está constituido por lo institucional, vislumbrando el análisis no sólo de los conflictos manifiestos actuales, sino además los orígenes en la historia de la institución. Ulloa (2011) señala la importancia de enfatizar en el para qué del acontecer sintomático, y no detenerse sólo en el por qué, a fin de que se puedan ensayar posibles soluciones. El eje institucional orientará para la valorización de la dimensión histórica que se plantea en el presente trabajo.

Los integrantes del equipo de trabajo, a través de sus prácticas conforman a la institución, al mismo tiempo que ésta constituye a sus prácticas. En este sentido, se considera a la institución como un “lugar de reproducción social [...] y de formación de la cultura” (Grande, 2001, p. 6). Si lo institucional incide en cada sujeto que integra el dispositivo, resulta pertinente detenerse a reflexionar desde un pensamiento crítico, sobre la práctica del equipo interdisciplinario de Centro de día como una experiencia instituyente.

En este sentido, Galende (1990) señala que

lo que caracteriza un pensamiento crítico, como creemos en el psicoanálisis, es su capacidad de problematizar la realidad sobre la que piensa, mostrar su complejidad, sus tensiones, sus fuerzas, los caminos de resolución de sus conflictos. Un pensamiento crítico no se propone describir fenómenos, constatar realidades o contemplar las oscuridades del destino humano, sino transformar comprendiendo la complejidad de su objeto (p. 60).

La relación entre pensamiento crítico y psicoanálisis puede advertirse si se piensa al psicoanálisis no como un ideal, sino como una herramienta que permita ubicar una pregunta y reabrir un enigma (Baños, 2012).

El psicoanálisis permite leer entre líneas la experiencia aquella que no es meramente observable, el texto que está allí, el con-texto. Por consiguiente, es pertinente trabajar con el texto que el equipo de trabajo brinde, con lo emergente, lo dicho, lo no dicho, lo hecho, lo sucedido, a fin de poder recuperar la clínica, a partir de los interrogantes que surjan sobre las prácticas de los trabajadores en salud mental. Trabajar en contexto no significa sólo estar advertido de lo que sucede alrededor, sino justamente trabajar con el texto producido y elaborar con él una práctica posible (Masueco, 2011).

Los desarrollos de Freud permiten deducir que la verdad no es hallada de forma inmediata, no se trata de un contenido a simple vista, sino que requiere de un trabajo de develamiento y de análisis (Galende, 1992). El real sobre el que se pretende intervenir nunca es un dato observable, ni un objeto descriptible, sino que se trata de una construcción.

La posibilidad del retrabajo y la conceptualización que se pueda construir en esta dimensión clínica, podrá habilitar un intercambio en el equipo, una producción, donde se decanten nuevas perspectivas. En este sentido, se concibe a la clínica psicoanalítica implicada en dos momentos, el primero situado en la práctica, donde se producen los efectos, que en un segundo momento serán revisados, repensados y conceptualizados.

La clínica del detalle que propone el psicoanálisis resulta interesante para abordar la cuestión del consumo problemático de sustancias. Pensar la problemática del consumo desde el psicoanálisis implicaría considerar el consumo como si fuera un detalle, la punta de un *iceberg*, la parte visible de algo más profundo. Es decir, desde el psicoanálisis se hace necesario plantear que hay un más allá del consumo, que no se deberá perder de vista para trabajar con esta complejidad, algo que impulsa al sujeto que se articula con su propia historia.

Freud (2012) plantea que “la vida como nos es impuesta resulta gravosa: nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles. Para soportarla, no podemos prescindir de calmantes” (p. 75). Estos calmantes pueden ser de tres clases: las poderosas distracciones; las satisfacciones sustitutivas; y las sustancias embriagadoras. De éstas últimas dirá que su efecto de alteración del quimismo del cuerpo producirá un estado de insensibilidad hacia el malestar. Y agrega: “es que al fin todo sufrimiento es sólo sensación, no subsiste sino mientras lo sentimos, y sólo lo sentimos a consecuencia de ciertos dispositivos de nuestro organismo” (p. 77).

Por medio de estos calmantes llamados *quitapenas*, es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio. Su carácter peligroso se reconoce a causa de que demandan una dilapidación de grandes cantidades de energía que podrían utilizarse hacia otros fines (Freud, 2012).

El término *pharmakon* revela una doble vertiente, ya que significa tanto remedio como veneno. Desde el psicoanálisis, la operación del *pharmakon* puede ser considerada como la especificidad del acto que crea una toxicomanía, la cual representa una cancelación tóxica del dolor, una restauración de un objeto alucinatorio, una perturbación del narcisismo o una falta de elaboración del cuerpo pulsional. Esta operación evoca un montaje que neutraliza todo resto de castración, al margen de la dimensión del lenguaje (Le Poulichet, 1990).

Frente al dolor, la solución tóxica es inmediata y específica, el dolor se cancela. A diferencia del deseo que demora, rodea, recorre metonímicamente la cadena significante. López (2003) postula que “la condición del sujeto cultural, requerido por encima de sus medios a una lucha desigual contra las pulsiones, no puede siempre resolver el conflicto recorriendo todo el camino metonímico que lleva a la metáfora del síntoma” (p. 151). En este sentido, en las toxicomanías no se cuenta con los mecanismos de simbolización que anuden el goce pulsional con el significante, para producir un síntoma neurótico. Es un dolor que no tiene representación. Se trata de un dolor narcisista, dirigido a una función originaria y ubicado más acá del principio de placer, ya que lo que se intenta es ligar la suma de excitación libre. Ante la ausencia de la represión, la cancelación tóxica del dolor lleva adelante un trabajo de *borradura*, como lo define Le Poulichet (1990) que se consuma en una dimensión alucinatoria. Operación entendida como la capacidad de borrar representaciones por medio de las sustancias, huellas implicadas en la cadena del lenguaje, así como la protección para dormir a través de tóxicos.

Hay que señalar que la preocupación del analista no puede pasar por la droga, sino que debe centrarse en la dimensión del tóxico en la palabra; si se confunde droga y tóxico, la creencia del analista envenenará su posibilidad de escucha. Lo que el análisis procura es una nueva posición del sujeto en la palabra y no una búsqueda de sentido. Es decir que, la operación del *pharmakon* induce a una continuidad, una circularidad sin corte, un tratamiento del cuerpo que anula la división constitutiva del sujeto hablante, en tanto no se puede asumir en una realidad simbólica lo intolerable (Le Poulichet, 1990). Frente a la desligazón de la pulsión y la palabra, a la ruptura del lazo social, el analista deberá mantenerse en el terreno del Eros, de la unión, donde los conflictos puedan tramitarse a través de la palabra (Galende, 2015).

Los aportes que el psicoanálisis brinda para pensar las toxicomanías, pueden orientar al equipo para reflexionar sobre las estrategias planteadas por el dispositivo, en relación a los objetivos de la institución para el tratamiento y prevención del consumo problemático de sustancias.

La práctica del equipo sólo podrá constituirse como una construcción, siempre y cuando se pueda situar en un mapa territorial y contextual, donde el recorrido histórico se trabaje a partir del quehacer presente. Se trata de partir de la pregunta por la memoria de la institución, por el sentido que se le otorga y por las posibilidades de transmisión de experiencias pasadas. La institución cuenta con una historia donde reconocerse, donde el equipo de Centro de día puede reconstruir su propio relato para ponerlo a jugar en la transmisión intergeneracional. Ésta no sólo se representa como un puente, sino que, además, genera cimientos para construcciones posteriores.

La posibilidad de constituir un porvenir produciendo una diferencia con lo heredado, dependerá de que se logre transmitir la historia de lo hecho, pensado y elaborado anteriormente por la institución y por el dispositivo. En relación a esto Bolis (2008) dice que “parte de las coordenadas que nos permitirían atisbar hacia ese futuro se organizan en la experiencia de las generaciones previas” (Bolis, 2008, p. 99).

Por ende, convocar al encuentro del grupo de trabajo con su historia, posibilitaría un horizonte de acción que permitiría hacer la diferencia. En la sociedad actual, abundan los lugares ahistóricos e impersonales, donde los sujetos transitan sin reconocimiento de su identidad. Si se busca construir un lugar de identidad, un lugar que permita constituir filiaciones, es necesario que este espacio se defina histórico (Galende, 2015).

Esta propuesta apunta a construir un relato que resignifique las prácticas actuales, que no pueden pensarse sin la historia que las sostienen. Si se considera a la historia como el pasado historizado en el presente (Lacan, 1998), se entenderá que la historia es una reconstrucción, una puesta en palabras que se actualiza en el acto mismo que la enuncia.

Si bien las mismas problemáticas pueden resurgir en tiempos diferentes, no habrá identidad de relatos si podemos trabajar en contexto. Lo esencial de la reconstrucción es su condición de recurso para abordar el presente de forma activa. En palabras de Lacan (1998) “se trata menos de recordar que de reescribir la historia” (Lacan, 1998, p. 29).

Como se planteó anteriormente, una institución se construye en su hacer cotidiano, por las prácticas y las decisiones de sus integrantes. La complejidad humana y sus múltiples problemáticas, invitan a reinventar constantemente el dispositivo, a rever los objetivos y las acciones que se realizan para lograrlos, a encontrarse las prácticas en un debate que permita generar una idea novedosa, a medida, singular, para el abordaje de la salud mental de los usuarios.

**Objetivo general**

- Fortalecer el trabajo clínico en el equipo de Centro de día de Programa Andrés Rosario.

**Objetivos específicos**

- Constituir y sostener un espacio de retrabajo grupal de las prácticas del equipo de Centro de día de Programa Andrés Rosario, desde una perspectiva interdisciplinaria y psicoanalítica.
- Propiciar la revalorización de la historia del dispositivo por el equipo de trabajo de Centro de día de Programa Andrés Rosario.

### Planificación de acciones y recursos

| Objetivo general  | Objetivos específicos  | Acciones   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |  |
|---|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|--|
|   |  |  | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |   |  |
| Fortalecer el trabajo clínico en el equipo de Centro de día de Programa Andrés Rosario. | Constituir y sostener un espacio de retrabajo grupal de las prácticas del equipo de Centro de día de Programa Andrés Rosario, desde una perspectiva interdisciplinaria y psicoanalítica. | Establecer un lugar y un horario para desarrollar la reunión del equipo de trabajo de Centro de día.                               | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |  |
|   |  | Comenzar las reuniones con una frecuencia quincenal coordinadas por el psicólogo interviniente.                                    | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |  |
|   |  | Viabilizar la propuesta de problemáticas para trabajar en la reunión por parte de los integrantes del equipo.                      |     |     |     | X   | X   |     | X   | X   | X   |     |   |  |
|   |  | Orientar el retrabajo de las prácticas hacia un debate de ideas que promueva la participación de las distintas disciplinas.        |     |     |     | X   | X   |     | X   | X   | X   |     |   |  |
|   |  | Componer un registro escrito de las reuniones del equipo de trabajo.   | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |  |
|   |  | Promover la apropiación del espacio de encuentro del equipo de trabajo por medio de propuestas para el año siguiente.              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | X |  |
|   |  | Analizar y evaluar la producción de las reuniones llevadas a partir de la experiencia y los registros.                             |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |     | X |  |
|   | Propiciar la revalorización de la historia del dispositivo por el equipo de trabajo de Centro de día de Programa Andrés Rosario.   | Proponer la lectura de los textos institucionales y el retrabajo en relación a las prácticas presentes en el dispositivo.          | X   | X   |     |     |     |     |     | X   | X   |     |   |  |
|   |  | Reflexionar sobre la importancia de la historia de la institución y del dispositivo para pensar la práctica del equipo de trabajo. |     |     | X   |     |     | X   |     |     | X   | X   |   |  |
|   |  | Idear estrategias con el equipo para propiciar la transmisión intergeneracional entre sus integrantes.                             |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |   |  |

- Recursos materiales: Cuaderno de registro de reuniones y lapiceras. Textos institucionales. Leyes y normativas vigentes.
- Recursos humanos: Equipo interdisciplinario de Centro de día. Integrantes de Programa Andrés Rosario. Psicólogo coordinador.

## **Evaluación general del proyecto**

La evaluación general de este proyecto integrará los distintos niveles que componen esta propuesta enmarcada en la Ley de Salud Mental, es decir, no sólo a nivel del dispositivo, sino también a nivel institucional, interdisciplinar e intersectorial. Los efectos de esta intervención podrán ser leídos y retomados en los encuentros por el profesional interviniente o por el equipo.

Entendiendo a la intervención como “el conjunto de procedimientos que altera fundamentalmente a los sujetos involucrados en ella” (Duschatzky y Corea, 2002, p.96), se tendrá en cuenta que los efectos también podrán verse reflejados en las subjetividades de los integrantes del equipo (Ulloa, 2013).

Las acciones a realizar para alcanzar los objetivos de esta propuesta, se plantean a modo orientativo para seguir una planificación. Sin embargo, no se consideran rígidas ni inmodificables, y de ser necesario se ofrecerán a modo de discusión en las reuniones del equipo. Además, se advierte la posibilidad de no poder desarrollar estas acciones en el tiempo planteado, ya sea por demora o por la emergencia de imprevistos. El profesional interviniente deberá reformular el proyecto acorde a las problemáticas que surjan en su transcurso, sin necesidad de forzar los tiempos estipulados.

Dentro de las acciones planificadas, se postula el análisis de las reuniones llevadas a cabo durante el año, y la promoción de propuestas por parte del equipo para sostener el espacio de retrabajo en el año siguiente. Esta acción tiende a incentivar la apropiación de la reunión por parte de sus integrantes, así como a responder a las demandas que pudieran surgir en los encuentros a partir de la lectura de los efectos de la intervención.

Si bien las reuniones de equipo de esta intervención, se plantean para todos de forma obligatoria, como horas de trabajo, se considerarán las propuestas diferenciales que el equipo pueda aportar.

Si se considera que “existe una continuidad social entre la institución y su medio, ya que la institución es metáfora de la sociedad” (Varela, 2005, p.4), resulta fundamental reparar en las condiciones sociohistóricas y políticas en que se enmarca la intervención. Como este trabajo encuadra sus prácticas según la Ley N° 26.657, se considera de suma importancia advertir los movimientos políticos que se pudieran generar en el campo de la salud mental.

Trabajar con el psicoanálisis en la actualidad, implica un desafío frente a las lógicas socio-políticas y económicas del mercado, que dominan el campo de la sociedad y de la salud mental. Contextuados en una época de soluciones rápidas y recetas inmediatas, una propuesta que contempla una pausa, un tiempo de creación y reflexión, puede resultar contraria a los rasgos de la sociedad actual (Benedetti, 2014).

Resulta interesante, entonces, observar el papel de la cultura y su inherente malestar, internalizada en los integrantes del equipo, así como en todos los sujetos que conforman la institución. El psicólogo estará advertido que en este movimiento podrán emerger resistencias, prejuicios o conflictos internos al grupo interdisciplinario. A partir de ello se podrá trabajar con el equipo posibles soluciones o abordajes, que permitan poner en juego las condiciones de posibilidad existentes para sostener una práctica.

Al poner en funcionamiento los objetivos de esta propuesta, el equipo adquirirá un registro de lo acontecido en las reuniones, así como una actitud reflexiva frente a ello, que, en caso de considerarlo pertinente, podrá ser volcada en una publicación escrita. Este escrito, a su vez, posibilitará la construcción histórica de las prácticas del dispositivo y fundará una base para los encuentros futuros.

Además, se podrá apuntar a la articulación e intercambio de la experiencia lograda en el Centro de día, con los otros dispositivos e integrantes de Programa Andrés. Se espera de ello un enriquecimiento mutuo que prosiga en la reflexión de las prácticas, a partir del intercambio de experiencias, y abogando por la construcción colectiva de la institución.

## **Bibliografía**

Angeletti, A. y García, J., (2005), *¿Menores adictos?*. Córdoba, Argentina: V° Congreso Internacional de Prevención y Asistencia de la Drogadependencia.

Arriagada, M.; Ceriani, L.; Monópoli, V. (Comp.), (2013), *Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Secretaría de Derechos Humanos.

Baños, L. [El Campo Psi Psicología], (2012). Liliana Baños. Psicología – Psicoanálisis – Salud Mental [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=IGJM8xuRjvk>

Benedetti, E., (2014), Desgrabación de entrevista en “CONADU en el medio” realizada por Cristina Pauli. Recuperado de: <http://conadu.org.ar/edith-benedetti-no-hay-una-practica-que-no-sea-politica-y-epistemica/>

Benedetti, E., (2015), *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte

Cárcamo, I.; Angeletti, A.; Tomeo, L.; Mañas, M.; Bonifacio, C.; García, J.; Faccendini, J.; Coronel, M., (2012), *Salud mental y adicciones: prácticas y experiencias*. Rosario, Argentina: Rey Tinta Editorial.

Carpeta institucional, (2015), *Programa Andrés Rosario*. Recuperado de: <http://www.programaandresrosario.org/PROGRAMAANDRESINSTITUCIONAL.pdf>

Duschatzky, S. y Corea, C., (2002), *Chicos en banda*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Elichiry, N., (2009), *Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias*. Recuperado de : [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_3/elichiry\\_importancia\\_de\\_la\\_articulacion.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/elichiry_importancia_de_la_articulacion.pdf)

Fernández, A. M. y Del Cueto, A. M., (s.f.), *Del dispositivo grupal*. Recuperado de: <http://www.terras.edu.ar/aula/cursos/13/biblio/13DEL-CUETO-Ana-Maria-FERNANDEZ-Ana-Maria-El-dispositivo-grupal.pdf>

Freud, S., (2012), *Obras Completas: Volumen 21*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Galende, E., (1992), *Historia y Repetición: temporalidad subjetiva y actual modernidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Galende, E., (2015), *El conocimiento y prácticas de salud mental*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Galende, E., (1990), *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

García, J., (s.f.), *Actualidad en la comunidad terapéutica urbana (o el proceso de construcción de una inserción social diferente)*. Rosario, Argentina: Programa Andrés Rosario.

Gorbacz, L., (2011), *Ley 26.657: el desmontaje del sistema represivo en salud mental*. Revista Salud mental y comunidad. Año 1. N° 1. p.112-115. Buenos Aires, Argentina: Ediciones de la UNLa. Recuperado de:  
<http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad.pdf>

Masueco, M. I., (2011), *Apuntes para trabajar en la Residencia Clínica de Pregrado B*. Rosario, Argentina: Ficha de cátedra.

Lacan, J., (1998), *El Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Le Poulichet, S., (1990), *Toxicomanías y Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Ley N° 26.657. *Ley nacional de salud mental*. Congreso Nacional, República Argentina, 25 de noviembre del 2010.

Ley N° 23.737. *Tenencia y tráfico de estupefacientes*. Congreso Nacional, República Argentina, 21 de septiembre de 1989.

López, H., (2003), *Las adicciones: sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires, Argentina: Lazos.

Percia, M., (1997), *Notas para pensar lo grupal*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial. Recuperado de:  
[http://www.terras.edu.ar/biblioteca/16/16TUT\\_Percia\\_Unidad\\_3.pdf](http://www.terras.edu.ar/biblioteca/16/16TUT_Percia_Unidad_3.pdf)

Souza Campos, G. W., (1997) *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada*. Recuperado de:  
[http://www.salud.rionegro.gov.ar/biblioteca/documentos/salud\\_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf](http://www.salud.rionegro.gov.ar/biblioteca/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf)

Stolkiner, A. (1987) *De interdisciplinas e indisciplinas*. Recuperado de:  
[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_3/stolkiner\\_interdisciplinas\\_e\\_indisciplinas.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplinas_e_indisciplinas.pdf)

Stolkiner, A., (1999), *La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Buenos Aires: El Campo Psi. Recuperado de:  
<http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

Stolkiner, A., (1999a), *Interdisciplina II: lo transdisciplinario como momento o como producto*. Buenos Aires: El Campo Psi. Visita 2 de noviembre del 2017:  
<http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner1.htm>

Ulloa, F., (2008), *Innovaciones en el psicoanálisis*. Buenos Aires: Imago Agenda. N° 118. Recuperado de: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=50>

Ulloa, F., (2011), *Salud ele-Mental: Con toda la mar detrás*. Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.

Ulloa, F. [UBApsicología], (2013), Charla con el Prof. Fernando Ulloa [Archivo de Video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=Ync6cBUhKLY>

Varela, C., (2005), *Institución de la ternura*. Diario Página 12. Recuperado de:  
<https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-49399-2005-04-12.html>