



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

TÍTULO: *Un dispositivo de cuentos y juegos, una apuesta a la elaboración subjetiva.*

AUTORA: Carolina Cutrona.

LEGAJO: C-5144/6.

DOCENTE RESPONSABLE: Ariel Martello.

Año: 2018.

Índice

Agradecimientos	3
Resumen	4
Denominación del Proyecto	5
Descripción del territorio	6
a. El Hospital de Emergencia Clemente Álvarez y su ubicación dentro del Sistema de Salud Municipal.	
a.1. El sistema Municipal.	
a.2. El Hospital de Emergencia Clemente Álvarez (H.E.C.A.)	
b. Estructura y descripción de la institución.	
c. El servicio de Salud Mental.	
Descripción y justificación de la propuesta	13
a. Antecedentes	
b. Modalidad de Trabajo	
c. Conclusión	
Objetivos	22
Evaluación del Proyecto	23
Referencias Bibliográficas	24

Agradecimientos

Me gustaría comenzar el presente escrito brindando un especial agradecimiento al Ps. Ariel Martello, quien desde el primer momento se presentó muy bien predispuesto a la hora de brindarme su ayuda para la elaboración de esta producción escrita, siempre atento a las dudas, preguntas que me iban surgiendo y guiándome en los primeros pasos y ayudándome a crear un criterio ético propio y crítico; también a los profesionales del Servicio de Salud Mental del Hospital Doctor Clemente Álvarez (H.E.C.A.), quienes se mostraron muy abiertos a escuchar nuestras inquietudes, aconsejarnos desde su experiencia, facilitarnos alguna información o recomendándonos fuentes bibliográficas. Por otra parte, al espacio de supervisión a cargo de la Ps. Viviana Firpo, ya que dicho espacio es esencial para los psicólogos y especialmente para los futuros psicólogos, que recién comenzamos la compleja aventura de trabajar en el campo “psi”. Asimismo, al espacio T.I.F., en especial a Ana Rebecchini quien me acompañó con la escritura de esta propuesta de intervención, siendo muy cordial.

Por último, doy gracias a la Facultad, mi tránsito por ella me ha resultado tan enriquecedor que ha sembrado en mí un enorme placer y amor a esta carrera. Creo fervientemente la necesidad de defender la educación pública, la salud pública y por supuesto, la salud mental que son luchas con una gran historia, pero que hay que seguir defendiendo y apostando.

Resumen

El presente trabajo es una propuesta de intervención profesional destinada a la institución “Hospital de Urgencias Clemente Álvarez” de la ciudad de Rosario. Es frecuente que en instituciones creadas para fines específicos del área médica, no se le de relevancia al lugar que juega lo psíquico o la palabra misma del paciente.

Que el paciente pueda decir algo con respecto a lo que pasa, que ponga en juego su subjetividad, es la apuesta que hacemos hoy con el dispositivo de cuentos y juegos.

Palabras Clave

Sistema de salud- Dispositivo- Elaboración - Subjetividad

Denominación del Proyecto

Un dispositivo de cuentos y juegos como intervención clínica.

Descripción del territorio

a. El Hospital de Emergencia Clemente Álvarez y su ubicación dentro del Sistema de Salud Municipal

a.1. El sistema Municipal

La Municipalidad de Rosario viene realizando hace varios años una transformación de su sistema de salud, basado en la universalidad del derecho al cuidado de la salud y apoyado en los principios de equidad, solidaridad y participación de los cuidados. La Red Municipal de Salud está integrada por *tres niveles de complejidad* necesarios para la atención de los diferentes problemas de salud de la población.

El **primer nivel de complejidad** es el encargado de garantizar la salud territorializada. En el caso de Rosario, dicho nivel está compuesto por 85 centros de salud, de los cuales 55 corresponden a la Secretaría de Salud Pública Municipal y 30 a la Provincia de Santa Fe.

Un importante cambio es la transformación de la *Atención Primaria de la salud*, aumentando recursos y capacitación a fin de incrementar la accesibilidad en la atención y la calidad en las prestaciones, con equipos de referencia que permiten un contacto más personalizado con el grupo familiar por distritos.

El **segundo nivel de complejidad** está compuesto por Hospitales y SAMCOS de baja y mediana complejidad. En Rosario, se encuentran:

- el Hospital Roque Sáenz Peña,
- el Hospital Carrasco,
- el Hospital Alberdi,
- el ILAR (Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación de Rosario), y
- el CEMAR (Centro de Especialidades médicas ambulatorias de Rosario) que efectúa la atención de las consultas especializadas de la red, con un desarrollo importante de exámenes complementarios y cirugía ambulatoria.

El **tercer nivel de Complejidad** es el último y más complejo de los niveles de la red. En Rosario, se encuentran:

- el Hospital de Niños Víctor J. Vilela ,
- la Maternidad Martín, y
- el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez.

Además, la red de salud cuenta con el SIES (Servicio Integrado de Emergencia Sanitaria) para la atención prehospitalaria de la ciudad y la región.

a.2. El Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (H.E.C.A.)

El **H.E.C.A** fue inaugurado el 24 de junio de 1898 con el nombre de Hospital Rosario. En ese momento, estaba reservado para la atención de mujeres y niños. Las primeras áreas que se construyeron fueron:

- Casa de Administración.
- Pabellón de Maternidad.
- Dos Salas para Niños.
- Lavaderos y desinfecciones.

Con el paso de los años, se abrieron nuevas salas y pabellones debido al incipiente crecimiento de la ciudad por las inmigraciones de la década de 1910.

El 30 de diciembre de 1948 se designó con el nombre del Profesor Doctor Clemente Álvarez la sala II del Hospital Rosario, y el 25 de noviembre de 1949 se impuso la redesignación del antiguo Hospital Rosario como Hospital Doctor Clemente Álvarez en honor al ilustre médico.

En 1956 se creó el servicio de Cardiología y dos años después se inauguró el Pabellón N.º2, y en el año 1966 se habilitó la sala de cirugía.

Los antecedentes del hospital como centro de atención de emergencias surgen en 1976. Dos años después se anunció el proyecto de creación de un hospital de emergencias.

El 27 de abril de 1978 queda inaugurada la obra bajo el nombre actual de Hospital de Emergencias "*Dr. Clemente Álvarez*" que se proyecta entonces como un hospital de Emergencia, Trauma y Alta Complejidad Clínico Quirúrgica atendiendo a pacientes de la ciudad y de zonas aledañas.

A mediados del 2007 concluye la construcción de las nuevas instalaciones, emplazadas entre las calles Av. Pellegrini, Cochabamba, Crespo y Vera Mujica.

Finalmente, en abril de 2008, se efectúa el traslado de todas las áreas y el personal del hospital al nuevo edificio y comienza la prestación de servicios.

b. Estructura y descripción de la institución.

El Hospital de Emergencias “*Dr. Clemente Álvarez*” (H.E.C.A) es un efector Municipal, que brinda atención pública, solventado con fondos de la Municipalidad de Rosario y con apoyo del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe para la alta complejidad.

Se caracteriza por ser un referente en trauma y emergencias de la ciudad y la región, basado en los principios de accesibilidad y eficiencia. Ocupa el 3.^{er} nivel de complejidad dentro de la red de salud. Brinda atención a pacientes adultos, a partir de los 13 años, con patologías clínico-quirúrgicas de mediana y alta complejidad. Está ordenado funcionalmente en la modalidad de atención por Cuidados Progresivos, brindando una atención integral e interdisciplinaria, formando parte de la Red del Sistema Público de Salud.

Corresponde al 1.^{er} Nivel de atención en trauma según la clasificación internacional, debido a que dispone de un área para la recepción y atención inicial de traumatizados graves, llamada *Área de Emergencia Primaria (AEP.)*

Además, promueve actividades científicas y de investigación, respetando las normas de bioética. A través de la docencia de posgrado, forma a profesionales de diferentes disciplinas.

Actualmente, se encuentran desempeñando las funciones de dirección el *Dr. Néstor Marchetti* y como subdirector se encuentra el *Dr. Ariel Talarn*.

El H.E.C.A está reconocido como uno de los Centros de Trauma más importantes del país. Cuenta con consultorios de shock room, salas de observación y atención, laboratorio, banco de sangre, radiología, ecografía y tomografía las 24 horas del día, todo el año.

Respecto de las instalaciones, dispone de 132 camas de internación, incluyendo los servicios de: Terapia Intensiva, Unidad Coronaria y Sala de Quemados.

- El sector de *Terapia Intensiva*, tiene capacidad de internación para diez pacientes, con salas de aislamiento y tecnología de última generación.
- La *Unidad de Coronaria* es el centro de mayor complejidad de la red de salud, que permite la atención de pacientes descompensados y críticos.
- La *Unidad de Quemados* sigue siendo el único centro de atención en hospitales públicos de Rosario, destinado al manejo y tratamiento del quemado agudo y crónico.

También, se suma la *Unidad Renal* que tiene como responsabilidad la diálisis de los pacientes renales agudos y crónicos, dotada de un equipo de profesionales médicos y de enfermería altamente responsables.

Actualmente funciona el *Comité de Bioética*, el *Comité de Control de Infecciones*, el *Comité de Higiene y Seguridad Laboral*, el *Comité de Docencia e Investigación Interdisciplinaria*, el *Comité de Historias Clínicas* y, la *Comisión de Farmacia y Terapéutica*.

c. El servicio de Salud Mental

Lo que actualmente funciona en el H.E.C.A como “*Servicio de Salud Mental*”, en sus orígenes había surgido con el nombre de “*Servicio de Psicopatología*”. Este funcionaba alrededor de 1986, siendo integrado por Psicólogos específicamente y trabajando sólo un (1) Psiquiatra en forma particular, es decir, solo en casos específicos trabajaba articuladamente con el servicio de psicopatología. A raíz de un cambio en políticas públicas particularmente, y por la vigencia de una ordenanza municipal, es que en el año 1987 el servicio cambia su nombre adquiriendo así la designación actual y, conformándose ahora por Psicólogos y un Psiquiatra.

Desde 1987 hasta el traslado al nuevo edificio (2008), el H.E.C.A funcionó con este servicio integrado por Psicólogos y Residentes de la carrera de Psicología. En ese momento, el servicio trabajaba también con la modalidad de “consultorio externo”, ya que si bien el Hospital pertenecía al 3.º nivel de complejidad en el sistema de salud pública, además era considerado un Hospital General. Con las nuevas políticas respecto del ámbito salud, esto ha mutado, dejando de trabajar con la modalidad de consultorio externo en el nuevo edificio.

Actualmente, el *Servicio de Salud Mental* está integrado por cuatro (4) Psicólogos y dos (2) Psiquiatras, sumándose el segundo cargo de Psiquiatría en el año 2007. El Jefe de Servicio actual forma parte del equipo de trabajo desde que el Hospital se encontraba en el antiguo edificio. El resto de los compañeros se han integrado en diferentes momentos históricos.

El trabajo que llevan a cabo diariamente consiste en realizar intervenciones, utilizando como herramienta (generalmente) la entrevista y “acompañando” (de cierta manera) el proceso de atención e internación del paciente, durante el tiempo que transcurre el mismo. En situaciones específicas, incluso se trabaja con los familiares y/o acompañantes de los pacientes.

En los casos en los que se le otorga el alta al paciente, este es derivado a un efector de 2.º nivel de complejidad en la red o se referencia con el centro de salud que corresponde según la territorialización. En situaciones determinadas, ya sea por la complejidad que requiere el caso, o en los casos en los que no se ha logrado la referencia con otro efector, el paciente continúa siendo atendido por el servicio de salud mental del Hospital, a través de encuentros pautados con anterioridad que por lo general se realizan en los consultorios que se encuentran en la sala de guardia, ya que los psicólogos no cuentan con un espacio físico para realizar dichas entrevistas.

Por otra parte, los pedidos de interconsulta hacia el servicio por lo general son por: urgencias subjetivas, adicciones, violencia, consecuencias subjetivas por problemas graves orgánicos, por efectos de accidentes o enfermedades, también por herida de arma

de fuego, pero hay que resaltar que no es solo por urgencias. Dichos pedidos pueden llevarse a cabo:

- Por parte del *Servicio de Enfermería*, en cuadernos que se encuentran distribuidos en el Hospital, por sectores. (Hay 4 en sala, 1 en UTI, 1 en sala de quemados y 1 en el área de diálisis).
- Por parte de los médicos (o cualquiera de las otras disciplinas que transcurren el trabajo diario) el pedido de interconsulta es directamente con salud mental, ya sea telefónicamente o a través del encuentro con alguno de los profesionales.
- A través de los médicos que están ese día de turno en Guardia. Es por esto que los profesionales que integran el servicio están distribuidos según los días de la semana para tomar los casos que se planteen ese día (en caso de que surjan consultas).

Por último, otro de los modos de trabajo que tiene el servicio es con la participación en diferentes dispositivos:

- Semanalmente, los días martes a las 8:00 a. m. se lleva a cabo el *Dispositivo de Neurocirugía*. Este surge aproximadamente en el año 2013 con la iniciativa de dar respuesta a las problemáticas de estos pacientes y a sus familiares o acompañantes. Integran este dispositivo disciplinas como Neurología, Trabajo Social, Internación Domiciliaria (que es un servicio matricial al Hospital), Kinesiología, Fisiatría, entre otros. A su vez, quienes asisten como representantes de las áreas de Kinesiología y Fisiatría son quienes luego (en la mayoría de los casos) establecen el contacto con la Institución ILAR para que, una vez que el paciente es externado del H.E.C.A, pueda continuar con el proceso de atención y rehabilitación en el otro efector.

La modalidad de trabajo consiste en que Neurocirugía presente un caso (generalmente de gran complejidad, siendo pacientes con patologías secuelas) para poder hacer una lectura interdisciplinaria de la misma situación. Consideramos que la impronta que aporta Salud Mental a este dispositivo es tener en cuenta la subjetividad que allí se implica, no solo con el paciente, sino muchas veces con los familiares y/o acompañantes.

- El 1.^{er} y 3.^{er} viernes de cada mes se lleva a cabo el *Dispositivo de Traumatología*, que funciona desde hace 6 años aproximadamente en la Institución. Se caracteriza por ser interdisciplinario y tiene la particularidad de que en este se convoca (además) a los familiares y/o acompañantes de los pacientes que quieran participar. A grandes rasgos, la finalidad del dispositivo es evacuar dudas respecto del proceso de atención del paciente, hacer una especificación detallada

del informe que se les da a los pacientes y, que a su vez, los familiares y/o acompañantes puedan tener conocimiento acerca de los procesos de atención de otros pacientes. Aporta a un trabajo integral de las situaciones y presenta la particularidad de que en muchas situaciones surgen potenciales pacientes para el servicio de Salud Mental.

- Aproximadamente cada tres (3) semanas (o cuando hay casos en los que la complejidad lo requiera) se lleva a cabo el *Comité de Bioética*. En este participan diferentes servicios y personas que han tenido y tienen una gran trayectoria. Se trabaja el caso que se proponga y si no se convoca a reuniones extraordinarias. Cualquiera de los servicios que asiste al comité puede llevar un caso específico para trabajar.
- El *Comité de Violencia* está instituido en el Hospital desde el año 2012 y surgió por iniciativa de la dirección general de la Institución frente a considerar la cantidad de casos que ingresaban al Hospital por diferentes situaciones de violencia. Se decide generar este dispositivo a los fines de trabajar de manera integral la problemática. El modo que se planteó es a través de un “Protocolo” en el que se ofrece resguardo al paciente y se acompaña con una evaluación por parte de Trabajo Social y del equipo de Salud Mental.
- El dispositivo de *Heridos de Arma de Fuego* también funciona con el objetivo de trabajar integralmente la problemática. Este pertenece a toda la red de salud pública, solo que “físicamente” se encuentra en el H.E.C.A.
- Se organizan *Secciones Clínicas*, que son espacios en los que uno de los profesionales del equipo de Salud Mental presenta un caso con el que ha venido o está actualmente trabajando, y se invita a alguien que oficie de “terceridad”, si se quiere, apelando a la escucha del invitado y al posterior aporte que desde ese lugar hace al caso.
- Se encuentran también los *Payamédicos*, que realizan intervenciones con determinados pacientes y asisten al Hospital los días viernes. Desde el año pasado, Salud Mental se ha sumado a la propuesta haciendo el ejercicio de informarles quiénes son los pacientes en los que consideran su intervención aportaría para la recuperación. Las propuestas que llevan a cabo son muy interesantes, teniendo en cuenta los cambios y/o avances que se pueden observar en los pacientes.

Descripción y Justificación de la Propuesta

Entendemos que el presente trabajo integrador tiene como finalidad dar cuenta de una intervención en la práctica del campo “psi”, en el contexto de la estructura y dinámica de la institución (en este caso, H.E.C.A.), nos es pertinente hacer mención que es una de las incumbencias que tiene el psicólogo en la práctica profesional.

Reflexionamos sobre dicho proceso de intervención, nos vimos en la necesidad de volver a leer el plan de estudios y aludimos que para el abordaje de este trabajo, materias como Psicología, Desarrollos Psicológicos Contemporáneos, Estructura Individual del Sujeto I, II, II, Psicología Clínica I, II, Trabajo de campo (área salud), Intervenciones en niñez y adolescencia junto a la residencia de Pre- Grado, fueron de gran utilidad para la constitución teórica y práctica del mismo.

Asimismo creemos pertinente tener en cuenta el contexto político (anudamiento) en el que se realizan estas prácticas. Por lo tanto, está empapado de lo que está explicitado en la Ley de Salud Mental entendiendo que dicho campo aparece en un contexto de lucha, que lo excede, entre políticas de discursos diferentes.

Para comenzar nos resulta adecuado plantear que: *“La Salud Mental es un campo que engloba una serie de prácticas, teorías y disciplinas de distinto orden, muchas veces en tensión por responder a órdenes opuestos, un campo amplio y difuso de bordes no totalmente definidos. La ley pretende ordenarlo, es decir establecer bordes y delimitaciones.”*¹

Parafraseando a Ps. Ariel Martello (2016) el psicoanálisis tiene un cuerpo teórico que lee el sufrimiento subjetivo, lo lee como un real, y en la práctica trabaja con ese real produciendo algún efecto. *“Las prácticas psi desde su cuerpo teórico leen y operan sobre un real. Los efectos de cada práctica son distintos en cada caso.”*²

En primer lugar, adherimos a la concepción del término **dispositivo** que utilizaremos para la fundamentación de este trabajo integrador final. Entendiendo que el hospital se organiza desde el paradigma médico, y por lo tanto, se sostiene en los ideales de “salud para todos” y en patrones adaptativos sociales. Esta referencia es importante porque el hospital no siempre fue un lugar al que alguien se dirigía para curarse. Hasta el siglo XVIII se trataba de un lugar para ir a morir y no estaba asociado con la práctica médica. Con el tiempo se produjeron cambios políticos, económicos y culturales que provocaron modificaciones en la subjetividad de la época, contexto en el cual el hospital pasó a ser un mecanismo para curar. (Foucault 2008, 107).

¹ Martello, A. en Escalada, R. “Ley Nacional de Salud Mental de la letra a su implementación –la universidad interpelada-“. Rosario. Editorial: Laborde. 2016. Pág. 152.

² Ídem

Etimológicamente, la palabra dispositivo proviene del latín *dispos-tus*, que quiere decir dispuesto. En sentido amplio, un dispositivo es un mecanismo o artificio construido para producir una acción determinada, prevista. Es decir que, mediante su implementación, se espera obtener un resultado establecido con anterioridad, y por lo tanto, anticipable.

Existen al menos dos sentidos en que este término es utilizado en el interior del campo “psi”: Por un lado, para designar los distintos procedimientos de atención institucional vinculados tradicionalmente con la práctica hospitalaria, es decir tanto en consultorios externos, guardia, interconsulta, como internación, entre otros. Por otro lado, se emplea usualmente en la comunidad analítica para nombrar el dispositivo creado por Freud o “dispositivo analítico”³, artificio que sostiene la cura analítica y cuyos pilares son la asociación libre, la interpretación y la transferencia.

Los dispositivos hospitalarios funcionan como un dispositivo en el sentido foucaultiano del término. Foucault define al dispositivo como un conjunto heterogéneo que envuelve discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos; tanto lo dicho como lo no dicho. Estos elementos se articulan en una compleja red de relaciones. Se trata además, de una formación que tiene una función estratégica en un momento histórico determinado. Foucault plantea que la articulación entre estos elementos no es ingenua, sino que responde a una estrategia más amplia que lo que dispone los límites de un hospital.

Los dispositivos asistenciales que el hospital produce se inscriben dentro de esta lógica: son artificios cuyo objetivo principal es atender a aquél que padece de una enfermedad o dolencia. Cada uno de estos dispositivos constituye un modo diverso de tratamiento de dicha enfermedad. Se habla de dispositivo de atención o asistencial independientemente de la disciplina de que se trate (médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales) y de la orientación teórica del profesional, psicólogo u otro. En cada uno de ellos pueden hallarse distintas variables que le son propias y que hacen a su especificidad. Por ejemplo, la enfermedad puede tratarse en forma ambulatoria, por consultorios externos, o en internación, según la particularidad del cuadro y de acuerdo a su gravedad. Quien consulta puede pasar de un dispositivo a otro, de un momento a otro, según la evolución de su enfermedad. Además, éstos suponen una serie de normas y

³ Colovini, María T. “Seminario: Un dispositivo para la admisión”. Departamento de Psicología. Secretaria de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. 1995.

medidas administrativas – que escritas o no- operan implícitamente en reglas y medidas que disponen, ordenan e imprimen cierto modo de relación entre los participantes.

Teniendo en cuenta esto, nos preguntamos: ¿Cómo pensar entonces la inclusión de un dispositivo en este caso de juegos y cuentos, en el interior de una institución tomada en gran medida por el discurso medico hegemónico?

Quien se dirige a este hospital en situación de urgencia o emergencia lo hace en busca de aliviar su malestar, no va en busca de un analista, pero sin embargo el encuentro con ese analista puede ser la ocasión para que con esa urgencia, se pueda hacer algo más que solo suprimirla o padecerla. Es decir que en la emergencia el analista apunta a que algo de eso real (*“lo Real como imposible clínicamente, siempre aparece en relación al cuerpo”*⁴), se tramite a través de la palabra, que se vuelva un relato en el que el sujeto se pueda implicar. Donde pueda construir un sentido a eso que hasta el momento, era algo que irrumpía sin sentido.

Entonces, ¿Es posible introducir un dispositivo donde el juego, los cuentos y la creatividad del paciente se pongan en jaque en un hospital de emergencia?

La posibilidad de instaurar el dispositivo de juegos y cuentos permite una intervención que tenga efectos terapéuticos. Por eso apostamos al trabajo en forma conjunta con el fin de tener un mayor alcance. Sin embargo, muchas veces no hay análisis, los tiempos son acotados e incluso no siempre se puede responder a la demanda. El dispositivo tiende a la producción de sujetos, es decir ayudar a estos a hablar desde su propia posición subjetiva activa.

Pensamos a la **elaboración subjetiva** como una forma en la que el analista haciéndose objeto da lugar a que el analizante pueda producir su elaboración, es decir el analista está inmerso allí para propiciar vías nuevas, nuevas inscripciones para las que presta su cuerpo. El analista es: *“una presencia que trabaja a contrapelo del trauma. Si el trauma esta producido eminentemente por la palabra, esa presencia silenciosa- pero no pasiva- aporta disminución de tensión al trauma de la lengua. Y esto hemos querido llamar- tomando de aquí y de allá- el cuerpo del analista.”*⁵

El analista busca que quien consulta pueda interrogarse acerca de la causa de su padecer. Por lo tanto el dispositivo de juegos y cuentos ofrece la escucha y la posibilidad de re trabajo, que el sujeto pueda decir algo de ese cuento, de ese mandala que coloreó, o de ese juego que jugó. Lograr que el paciente pueda decir algo o por lo menos hacerse una pregunta que lo remita a su propia historia subjetiva, es una de las tareas que debemos encaminar como psicólogos.

⁴ Amorós, O. “El cuerpo del analista”. Editorial Otro cause. Rosario. 2017. Pág. 19.

⁵ Ídem.

Creemos que en muchas ocasiones nos encontramos frente a pacientes en los cuales aparece el sufrimiento, pero no la demanda de análisis. El psicólogo en el ámbito hospitalario puede, a partir de la escucha, ayudar a construir y sostener esta demanda a partir de una pregunta y erigir defensas contra lo real. Una intervención que cuestione su saber, y lo lleve en los casos que sea necesario, a realizar un tratamiento ambulatorio.

El dispositivo viene a ayudar a ese trabajo psicoanalítico, a acompañar y a alojar esa demanda que surge ya sea de un paciente que no está conforme con su vida, que tiene angustia, que llega porque está desesperado, a veces en situación de desestructuración subjetiva o ya en el desencadenamiento de la desorganización. Muchas veces puede ser una herramienta, un modo de acceso, otra forma de abordaje, para poder tener otra proximidad con los pacientes.

Surge la necesidad de un dispositivo por varias situaciones que nos invitaron a pensar otra forma de trabajo y para poder tener otra proximidad con los pacientes.

A diario se observa la gran cantidad de pacientes internados en soledad, sin ningún familiar, ni amigos, esto da a entrever la fragilización de los lazos sociales tan vigentes en tiempos posmodernos.

“Soledad, estrechez de miras, desilusión, apetito de éxito económico social y estético desarticulado de la causa ética que impulsa una vida humana. Se nos presenta así un mundo desilusionado, rehén de un estrecho presente, prisionero del espacio privado, refugiado en el cinismo y en la búsqueda acrítica de placer personal.”⁶

Por lo tanto este dispositivo invita y propone a la elaboración de lo subjetivo por parte del paciente, permitir el sostenimiento del anudamiento subjetivo o si dicho anudamiento de rompió volver a reconstruirlo.

⁶ Amigo, S. “Clínica de los fracasos del fantasma”. Rosario. Editorial: Homo Sapiens. 1999. Pág.230.

a. Antecedentes

Como antecedentes existieron dos situaciones: Por un lado voluntarios de la Biblioteca Argentina, quienes sostenían un espacio en donde dramatizaban lecturas para determinados pacientes internados en sala. Por otro lado, los residentes del año 2016 quienes habían sostenido un espacio de lectura pero con un solo paciente. Por lo tanto, estos fueron los cimientos del dispositivo.

En julio de 2017, los practicantes del psicoanálisis comenzamos a darle forma a esto que había surgido como una iniciativa. De esta manera, los psicólogos y las psiquiatras que realizaban la primera entrevista con el paciente, nos informaban acerca de la vida del mismo y el motivo de su ingreso al hospital. En base a esto, pensamos el dispositivo como una estrategia de intervención.

Emprendimos la ardua tarea de selección de determinados cuentos para contar con una base de herramientas para trabajar, luego comenzamos a elegir en torno a las singularidades del paciente y los pedidos que realizaban según sus gustos e intereses.

Creemos fundamental hacer mención de que los resultados que se fueron viendo día a día, semana a semana, mes a mes, fueron que los pacientes nos pedían más material y cada vez el pedido era más propio y determinado (por ejemplo: un cuento específico o un mazo de cartas o algo para para colorear), y por lo tanto recalcar la importancia de establecer una continuidad.

b. Modalidad de trabajo

Primero, el psicólogo o psiquiatra realiza la recepción del pedido de interconsulta a través de una entrevista con el paciente. Luego, se realiza un diagnóstico de situación, no de caso y se piensa una estrategia de intervención; por último llega el momento de alta o externación. Este dispositivo forma parte de las intervenciones dentro de la práctica “psi”, posicionándonos teóricamente desde el psicoanálisis.

Nos vimos en la necesidad de crear un cuaderno, para allí registrar todos aquellos pacientes que se suman al dispositivo y de esa manera tener un registro diario. La idea de generar un registro, en el cual volcar el trabajo: número de cama del paciente, nombre y apellido, cuáles son sus intereses y qué cuento o actividad realizó.

En el caso de tratarse de un nuevo ingreso al dispositivo, agregamos una breve reseña acerca del motivo de internación y del trabajo que se viene llevando a cabo con el psicólogo o psiquiatra que ha tomado la situación.

Destacamos que siempre que planificamos previamente qué actividad realizar con cada uno de los pacientes, tenemos en cuenta todo lo que acarrea su historia de vida personal y, su padecimiento y/o patología. Por eso, el dispositivo cuentos y juegos, se amolda a las circunstancias y los practicantes del psicoanálisis llevan los materiales a donde estén internados los pacientes.

A veces ocurre que el material de lectura se lo leemos nosotros y otras veces ellos lo leen solos, siempre dependiendo de lo que el paciente desee. En el caso de que quieran leer solos, les dejamos el material y al otro día volvemos a pasar por la habitación, allí hacemos el re-trabajo preguntando qué le pareció, que sintió en el proceso de lectura, y la mayoría de las veces ocurre que el paciente comienza contando alguna anécdota o algo de su historia singular. En cambio, en aquellos casos en lo que leemos nosotros, allí se realizan pausas y el paciente puede decir algo que le sucede en el momento mismo de lectura.

En suma junto con el cuaderno de registro, tenemos la “caja azul”, donde recopilamos todos los cuentos que fuimos seleccionando, hojas en blanco, lápices de colores, fibras, dibujos para colorear, juego de cartas, juegos con sus instrucciones, artículos periodísticos, mandalas, entre otros.

c. Conclusión

El dispositivo, una apuesta a la elaboración subjetiva

Consideramos que este dispositivo clínico tiene efectos terapéuticos en los pacientes, contribuyendo a modificar la posición “pasiva” que implica la internación, y posibilitando que emerja algo del orden de su deseo. Se busca, a través de esto, ofrecerle al paciente un espacio para que pueda hablar de lo que se ha trabajado, que pueda decir que le pasó con esto y, que haya un re-trabajo mutuo entre los pacientes y los practicantes del psicoanálisis.

En una institución que establece e impone a los pacientes su propio orden temporal (horario de desayuno, de almuerzo, de visitas, etc.) y donde el cuerpo se ve intervenido por un discurso que porta un saber, la apuesta del dispositivo es instaurar un lugar de Otro en donde pueda ponerse en juego algo del orden de la elección, del deseo, de la singularidad... en otras palabras, de lo subjetivo.

Pensamos el dispositivo como una forma discursiva que, al mismo tiempo da un lugar a la subjetividad y forma subjetividades. Ya que un dispositivo puede ser un espacio, un lugar de subjetivación. Por lo tanto, este siempre es pensado como un artificio. De esta manera, lo creemos necesario para un mayor abordaje del período de internación del paciente.

Este dispositivo es una manera de poner el cuerpo a un interés del paciente, es decir que el paciente pueda poner en palabras, pueda decir algo de lo que le acontece. El dispositivo sirve para hacer cuerpo. Omar Amorós (2017) plantea que: *“En el sostén está el cuerpo del analista”*.⁷

Nos es imposible no preguntarnos: ¿Cuál es la posición del analista? En un primer tiempo, poner el cuerpo y en un segundo tiempo, la interpretación, que en este caso se da a través del re-trabajo con el paciente.

Creemos fundamental hacer mención a lo que plantea Lacan respecto a la noción de sujeto ya que *“Un significante representa a un sujeto para otro significante”*. Un significante remite a otro significante, no a un significado. En esta remisión de significante para otro significante se produce la lectura, el efecto sujeto. El sujeto en el discurso analítico es el que lee, lo que Freud llamaba **elaboración**. Esto se debe a la posición del analista que promueve; si el que lee, da sentido es el profesional éste queda como sujeto y el sufriente queda como objeto.

Por eso, abre un lugar para la verdad del deseo, a partir de lo cual algo del sufrimiento puede transformarse. Darle la palabra, que tome él mismo uso de la palabra. Posibilita al sujeto construir una existencia diferente, dicha construcción es efecto de la

⁷ Amorós, O. “El cuerpo del analista”. Editorial Otro cause. Rosario. 2017. Pág. 27

práctica analítica. Remitiendo a las palabras del Ps. Ariel Martello: *“Los fundamentos en los que el sujeto se ha criado, con los que ha constituido su realidad psíquica determinan la lectura que este hace de lo real de su cuerpo (su organismo-su biología) de sus carencias sociales, de su historia y de la legalidad jurídica (incluidos sus derechos) que lo atraviesa. En la medida en que un análisis posibilite que las determinaciones, los fundamentos puedan perder algo de su consistencia se podrán construir significaciones diferentes”*.⁸

A modo de conclusión, creemos relevante señalar que en la actualidad, la negación de lo inconsciente y sus efectos cobra especial magnitud, orientando la cura a una “reeducción emocional” o simplemente al silenciamiento sintomático a través de variadas técnicas de sugestión o medicalización. Sin embargo, el valor de la palabra y la escucha analítica, propiciados por Freud hace más de un siglo, siguen aún vigentes. El paciente “tiene algo para decir”, “un testimonio singular”. Intentado buscar la hendidura por donde algo de lo subjetivo aparezca. El dispositivo de cuentos y juegos realiza una apuesta en este sentido. Aspira a promover el pasaje del paciente a una posición activa ante su enfermedad. Por lo tanto, busca horadar su posición de objeto ante su padecimiento. Y pone en juego algo de lo artesanal que se construye dependiendo de los intereses subjetivos de cada paciente.

Con el trabajo en conjunto del tratamiento psicoanalítico y del dispositivo de cuentos y juegos, en términos lacanianos, el paciente va elaborando los significantes que lo han determinado en su historia y es impulsado por el proceso mismo del habla a articular algo de su deseo al anudarse en la emergencia de lo real.

Lo que pretende el análisis al analizante a reconocer la verdad sobre su deseo. Sin embargo, solo es posible reconocer el propio deseo cuando se lo articula en la palabra: *“Solamente una vez formulado, nombrado en presencia del otro, ese deseo, sea cual fuere, es reconocido en el pleno sentido del término”*⁹.

*“Lo importante es enseñar al sujeto a nombrar, articular, traer a la existencia este deseo”*¹⁰. Entonces, no se trata de buscar un nuevo medio de expresión para un deseo dado. Por el contrario, al articular el deseo en la palabra, el analizante lo trae a la existencia: *“Que el sujeto llegue a reconocer y nombrar su deseo: esta es la acción eficaz*

⁸ Martello, A. en Escalada, R. “Ley Nacional de Salud Mental de la letra a su implementación –la universidad interpelada-“. Rosario. Editorial: Laborde. 2016. Pág. 168.

⁹ Lacan, J. “Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud”. Editorial Paidós. Buenos Aires-Barcelona México. 1981.

¹⁰ Lacan, J. “Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica”. Editorial Paidós. Buenos Aires Barcelona México. 1983.

del análisis. Pero no se trata de reconocer algo que estaría totalmente dado (...) Al nombrarlo, el sujeto crea, engendra, una nueva presencia en el mundo."¹¹.

Por último y en relación a lo ya dicho creemos menester recordar lo que planteo Lacan en el Seminario 7, donde relaciona la ética analítica con el deseo y realiza la célebre pregunta: "*¿Has actuado de conformidad con el deseo que te habita?*"¹².

¹¹ Ídem.

¹² Lacan, J. "Seminario 7: La Ética del psicoanálisis." Editorial Paidós. Buenos Aires Barcelona México. 1989. Pág. 381.

Objetivos

Objetivo General:

- Trabajar la integración de los contenidos estudiados a lo largo de la carrera a través de una intervención en la práctica específica en un Hospital Público.

Objetivos específicos:

- Posibilitar un lazo que otorgue un lugar de reconocimiento del otro en tanto sujeto activo y deseante.
- Habilitar un espacio que se construya entre los practicantes del psicoanálisis y el paciente, entendiendo esta relación como asimétrica y no de pares, ya que los practicantes del psicoanálisis están posicionados desde la función de futuros psicólogos.
- Generar un re-trabajo de la actividad que se lleva a cabo, considerando el impacto que esto genera en la subjetividad del paciente.

Evaluación del Proyecto

La evaluación de los resultados de la implementación de esta propuesta podrá llevarse a cabo mediante entrevistas con los pacientes en el proceso de internación junto a los psicólogos que dirigen el análisis y también en el momento de su externación para ver como resultaron los efectos del dispositivo. Entendiendo que cada intervención es única, porque cada sujeto lo es.

Referencias bibliográficas

- Ariel, A. (2014) “Jornada de trabajo HECA”. Rosario.
- Amigo,S. (1999) Clínica de los fracasos del fantasma. Rosario. Editorial: Homo Sapiens.
- Belaga, G. (2006) “La urgencia generalizada: la practica en el hospital”. Editorial: Grama, Buenos Aires.
- Castel,R (1991) *El espacio institucional 1. La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión*. Bs.As.: Ed Lugar.
- Cocconi, P. y Belizán, J. (2016). “Lineamientos acciones y funciones de la dirección de salud mental.” Dirección de salud mental. Secretaria de salud pública. Rosario.
- Colovini, Maria T. (1995) Seminario: Un dispositivo para la admisión. Departamento de Psicología. Secretaria de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.
- Escalada, R. (2016) Ley Nacional de Salud Mental de la letra a su implementación –la universidad interpelada-. Rosario. Editorial: Laborde.
- Freud, S. (1905 [1901]) “Fragmento de análisis de un caso de histeria”. Editorial: Amorrortu. Buenos Aires- Madrid.
- Lacan, J. (1981) Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud. Editorial Paidós. Buenos Aires- Barcelona México.
- Lacan, J. (1983) Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica. Editorial Paidós. Buenos Aires Barcelona México.
- Lacan, J. (1989) Seminario 7: La Ética del psicoanálisis. Editorial Paidós. Buenos Aires Barcelona México.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010). Disponible en: www.msal.gov.ar/saludmental.
- Amorós, O. (2017) El cuerpo del analista. Editoral Otro cause. Rosario.
- Sinatra, E.S., Sillitti, D., Tarrab, M. (comp.) (1994) Sujeto, Goce y Modernidad. III De la monotonía a la diversidad. Editorial: Atuel- TyA. Buenos Aires.