

El Programa “Problemáticas Contemporáneas en Psicoanálisis, Ciencia y Ciencia Cognitiva” del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario se propone entre sus objetivos crear espacios de trabajo académico inter / transdisciplinarios para el estudio de intersecciones entre los campos del psicoanálisis, las ciencias y las ciencias cognitivas. Es en este marco que el proyecto y libro *Caleidoscopio. Prácticas y clínicas Psi en la Universidad*, adquiere para nosotros una gran importancia.

Se trata de producciones de valor académico que dan cuenta de la formación y el compromiso de los autores con las diversas prácticas involucradas. La propuesta es inclusiva en la diversidad teórica convocada: terapias gestálticas, psicoanálisis, terapias sistémicas, terapias cognitivas y cognitivo-conductuales, esquizoanálisis, socio-constructivismo, psicología del desarrollo, psicología cultural, neuropsicología, derechos humanos, entre otros.

Este *caleidoscopio* resulta, así, un aporte muy valioso para el campo de la psicología, atravesado él mismo por diferencias en perspectivas, teorías y prácticas; tensiones insoslayables que se ponen en juego en las diversas escenas y territorios en los que la psicología se ve convocada a participar. Resulta, en esta misma dirección, una herramienta significativa para la formación de nuevas generaciones de psicólogas y psicólogos en la universidad pública. En el actual contexto, la defensa imprescindible de la universidad pública, gratuita y laica, se sostiene también en este tipo de construcciones colectivas en las que se generan proyectos que acepten las diferencias y se enriquezcan de ellas.

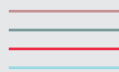
ISBN 978-987-702-307-7



Fragmento del prólogo
de **Martina Elizalde**



UNR



UNR EDITORA

Caleidoscopio

Prácticas y clínicas Psi en la Universidad

Compiladores: Jorge Faccendini, Pablo Martino,
Mariano Sironi, Marina Terrádez

Caleidoscopio Prácticas y clínicas Psi en la Universidad



Caleidoscopio

Prácticas y clínicas *Psi*
en la Universidad



CENTRO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS



| UNR



CENTRO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS



| UNR

Caleidoscopio

Prácticas y clínicas *Psi* en la Universidad

Programa

**“Problemáticas Contemporáneas
en Psicoanálisis, Ciencia y Ciencia
cognitiva”**

Compiladores:
Jorge Faccendini
Pablo Martino
Mariano Sironi
Marina Terrádez

Caleidoscopio: prácticas y clínicas Psi en la Universidad / Jorge Esteban Faccendini [et al.]; coordinación general de Jorge Esteban Faccendini [et al.]. 1ª ed. - Rosario: UNR Editora. Editorial de la Universidad Nacional de Rosario, 2018.

276 p. ; 21 x 15 cm.

ISBN 978-987-702-307-7

I. Psicología. I. Faccendini, Jorge Esteban II. Faccendini, Jorge Esteban, coord.
CDD 150



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

Queda el depósito que marca la ley 11.723



Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO



Libro
Universitario
Argentino



Consejo
Interuniversitario
Nacional



UNR Editora

Editorial de la Universidad nacional de Rosario

Secretaría de Extensión Universitaria

Urquiza 2050 – S2000AOB / Rosario, República Argentina

www.unreditora.unr.edu.ar / editora@sede.unr.edu.ar

A la Universidad Pública, siempre

Índice

- 11 Prólogo
- 13 Introducción
- I- Abordajes Terapéuticos**
- 21 Vínculo terapéutico y encuentro
Brandolin, Diego G.
- 29 Preguntas sobre el Edipo, la clínica y las estructuras
Sobre la necesidad de distinguir dos funciones del concepto de Falo: como medio de acceso a la simbolización de la pérdida (simbólico), y como operador privilegiado en la identidad sexuada (erótico)
Ceballos, Jorge
- 41 Ansiedad y sexualidad: desde la preocupación a la resolución
Ciliberti, Augusto H.
- 53 La territorialización del cuerpo
Una mirada esquizoanalítica sobre el control de esfínteres en un niño de ocho años
Contino, A. Martín
Coautor: Belgich, Horacio
- 67 C(a)mpo
Recorte clínico de un tratamiento con un puberónimo
Di Nardo, M. Olivia

Índice

75 La construcción de *un* sujeto lacaniano
El hombre de hierro que vino por un choripán
Faccendini, Jorge

87 El duelo ¿un adiós?
Maccari, Verónica D.

99 Clínica tensada, clínica ampliada
Matkovich, Andrés

111 Un niño fallado
Pampiglioni, Francisco

119 Sexología y terapias sexuales
Savoini, Silvana

131 El dolor encarnado
Terrádez, Marina

II- Acompañamiento Terapéutico

145 Sobre el acompañamiento terapéutico como exterioridad a las lógicas manicomiales
Caligaris, Rubén

155 Espacio e intervención. Especificidades en la clínica del acompañamiento terapéutico
Lopez Ocariz, Cecilia

III- Neuropsicología

167 Neuropsicología: un acercamiento a sus fundamentos y prácticas
Martino, Pablo

IV- Intervención temprana y niñez

- 183 El trabajo clínico del psicólogo en una unidad de cuidados intensivos neonatales
La atención integral del recién nacido y su familia desde la perspectiva de la prevención y promoción de salud mental en el desarrollo temprano
Castro, Mariela
- 193 Psicoanálisis con niños y niñas en tiempos de patologización de la infancia.
Fragmentos de un caso clínico
Ronchese, Cristina M.

V- Investigación

- 211 Realidades mentales y mundos posibles en encuentros pedagógicos presenciales y digitales
Borgobello, Ana
- 225 La psicología como práctica científica: contribución de los estudios sobre desarrollo del conocimiento y del lenguaje a la teoría psicológica y a la transferencia social
Taverna, Andrea

VI- Psicología Educacional y Psicología Educativa

- 237 Rehenes discursivos
Brunno, Silvina
- 247 Interacción e intersubjetividad: investigando sus beneficios en el ámbito educativo
Peralta, Nadia
Coautor: Castellaro, Mariano

VII- Supervisión

- 263 Una vivencia clínica de la supervisión en gestalt
Satriano, Rosana
- 273 **Agradecimientos**

Prólogo

El Programa “Problemáticas Contemporáneas en Psicoanálisis, Ciencia y Ciencia Cognitiva” del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario se propone entre sus objetivos crear espacios de trabajo académico inter / transdisciplinarios para el estudio de intersecciones entre los campos del psicoanálisis, las ciencias y las ciencias cognitivas. Es en este marco que el proyecto y libro *Caleidoscopio. Prácticas y clínicas Psi en la Universidad*, adquiere para nosotros una gran importancia.

El Programa asume una perspectiva que busca contribuir a generar reflexiones críticas en el campo de la psicología, habilitando entrecruzamientos posibles entre zonas a veces no homogéneas, con el propósito de favorecer la producción de nuevos conocimientos. En este sentido, resulta sumamente valiosa esta producción colectiva que da lugar al encuentro entre prácticas y perspectivas teóricas diversas.

Este libro da la palabra a investigadores y docentes, egresados de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, implicados con las problemáticas actuales que interrogan a la psicología. Se trata de producciones de valor académico que dan cuenta de la formación y el compromiso de los autores con las diversas prácticas involucradas.

La propuesta es inclusiva en la diversidad teórica convocada: terapias gestálticas, psicoanálisis, terapias sistémicas, terapias cognitivas y cognitivo-conductuales, esquizoanálisis, socioconstructivismo, psi-

ciología del desarrollo, psicología cultural, neuropsicología, derechos humanos, entre otros. Así también, se incluyen diferentes ámbitos de prácticas: de investigación, terapéuticas, de supervisión, de acompañamiento terapéutico, pedagógicas, de intervención institucional, etc. Sin embargo, anclando o anudando este *caleidoscopio*, encontramos un notable interés común por la *praxis*, por reflexionar sobre la propia práctica, sus razones y sus efectos en el contexto de su producción. Textos que comparten entre sí, desde los distintos marcos teóricos y áreas de interés, un compromiso con las dificultades y nuevas posibilidades de la psicología en las prácticas específicas.

Se trata de una confianza y una apuesta a lo productivo de este tipo de proyectos, que dando lugar a las diferencias y sin borrar la perspectiva singular, habilite construcciones con pares.

Este *caleidoscopio* resulta, así, un aporte muy valioso para el campo de la psicología, atravesado él mismo por diferencias en perspectivas, teorías y prácticas; tensiones insoslayables que se ponen en juego en las diversas escenas y territorios en los que la psicología se ve convocada a participar. Resulta, en esta misma dirección, una herramienta significativa para la formación de nuevas generaciones de psicólogas y psicólogos en la universidad pública. En el actual contexto, la defensa imprescindible de la universidad pública, gratuita y laica, se sostiene también en este tipo de construcciones colectivas en las que se generan proyectos que acepten las diferencias y se enriquezcan de ellas.

Mg. Martina Elizalde
Coordinadora Académica del Programa
Problemáticas Contemporáneas en Psicoanálisis,
Ciencia y Ciencia Cognitiva - CEI - UNR
Docente de grado y posgrado -
Facultad de Psicología - UNR

Introducción

Este proyecto editorial surge a partir de la idea de fomentar el intercambio, conocer las diferencias, escuchar las distintas voces así como también, encontrar similitudes en los diversos modos de abordaje y prácticas de los docentes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. De esa propuesta, emerge la metáfora de un caleidoscopio.

El término Caleidoscopio o Calidoscopio, tiene sus raíces en la lengua griega, y nos remite a la idea de mirar una bella imagen. Asimismo, consiste en un dispositivo cilíndrico con al menos tres espejos inclinados que forman un prisma, en cuyo extremo se ubican un par de láminas de vidrio y objetos de diferentes colores y formas. Esto permite que al rotarlo, podamos observar desde el otro extremo, las imágenes y colores que se encuentran entre las capas de vidrio, con la particularidad que las imágenes se multiplican simétricamente organizando una bella imagen.

Partiendo de este constructo, extraemos algunos lineamientos que entendemos nos deberían interrogar y convocar desde nuestro lugar de docentes de la Facultad de Psicología de la UNR. Entre ellos podemos destacar, la diversidad de formas y colores, la confluencia y la divergencia, la simetría.

De esto se desprende la importancia de fomentar espacios de diálogo e intercambio, donde se privilegie la construcción del conocimiento no sólo como un modo de pensar nuestra función docente, sino también nuestra práctica como trabajadores de la Salud Mental. Es también la impronta que creemos debe primar en la Universidad Pública, en tanto espacio heterogéneo, de prácticas, de teorías, que en nuestra referencia

al caleidoscopio se constituyen en una variedad de imágenes que se organizan a partir de los puntos de encuentro y las diferencias

Participar de este proyecto resultó ser una experiencia sumamente enriquecedora, pero al mismo tiempo un desafío por múltiples motivos. En principio porque, a partir de una idea convocante, nos debimos constituir como equipo y grupo de trabajo, que fuimos logrando a través de los diversos encuentros y reuniones, lo que gratamente devino en una sencilla tarea por la predisposición que encontramos en cada uno de nuestros compañeros de trabajo.

Por otro lado, porque sabemos que un libro siempre es una construcción en tanto requiere de un importante proceso y trabajo de elaboración, en particular si es junto a otros. Finalmente, porque el proyecto convocante y el presente libro que de él se desprende, constituía una apuesta y propuesta sin precedente en la Facultad de Psicología de la UNR.

No dudamos en la afirmación recién efectuada en tanto que se parte de una idea central mencionada al comienzo: privilegiar la diversidad de voces y de lecturas del amplio campo *Psi*. Esta idea rectora nos ha atravesado en el proceso, en toda su extensión, de principio a fin, está presente en cada docente-autor convocado y en cada escrito publicado. No es necesario aclarar que en nuestra Alta Casa de Estudios las publicaciones son de un nivel académico sobresaliente, pero queremos agregar que la presente producción, consta además de un ingrediente diferencial, la confluencia y la puesta en tensión de diferentes posiciones discursivas.

Entendemos que el nombre elegido *Caleidoscopio. Prácticas y clínicas Psi en la Universidad* indica claramente el camino, en el que se evidencia una invitación a transitar una propuesta original, en tanto que, articulado con escritos de diferentes abordajes teórico-clínicos, este caleidoscopio nos abre a la confluencia y a la interpelación de la práctica del Psicólogo desde múltiples lugares.

Ahora bien, consideramos que en el contexto histórico-social del cual formamos parte, no es sencillo promover una discusión y/o debate que apueste realmente a una construcción colectiva, que a la vez permita mantener diferencias. Por el contrario, nos encontramos con enunciaciones que por momentos son sumamente destructivas, donde una posición o lectura teórico-clínica es leída como enemiga de la otra y no

como una forma distinta de alojar el sufrimiento humano. Tampoco se trata de caer en el desconocimiento de las luchas de poder que priman y que seguirá habiendo, en tanto forman parte del orden de lo social. De todos modos, entendemos que como trabajadores de la Salud Mental y como docentes, debemos apostar y contribuir a que otra forma de construcción sea posible, y esta primera experiencia es testimonio de ello.

Desde estas consideraciones fue que tuvimos que pensar en los autores a convocar, asimismo el factor tiempo y de extensión editorial nos marcaban un límite. Entonces, nos encontramos con diversas variables que debíamos coordinar y organizar, a la vez que nos interrogábamos sobre cómo lograr atender estas cuestiones.

En el proceso, organizamos reuniones semanales, establecimos pautas, coordinamos esquemas de trabajos, luego entablamos contacto con diferentes docentes, teniendo presente como idea rectora, que en la convocatoria estuvieran todas las voces representadas (o la mayor cantidad posible). Esta etapa requirió de juntarnos con los autores, presentar el proyecto, conocernos mutuamente, acordar plazos, modos, formas, entre otros puntos.

Si bien fue una labor que demandó mucho tiempo, ha sido plenamente justificado en cada una de las respuestas que íbamos obteniendo, aún en aquellos que por diferentes motivos no podían sumarse, no dejaban de brindar su referencia para contactar a otro colega. Destacando que en ninguna respuesta faltó el agradecimiento, la sorpresa y el reconocimiento a la originalidad de la idea convocante.

Es por todo esto, que la puesta en tensión que se pone en juego entre las diversas posiciones, es promovida de una manera muy particular porque cada uno habla y piensa sobre lo que hace y desde dónde lo hace. Permitiendo que el lector sea partícipe (y autor al mismo tiempo) del intercambio que se establece.

Quienes recorran el libro podrán apreciar como entre los autores se evidencia desde el inicio del proyecto el mutuo respeto y la aceptación de la diversidad en cuanto a las diferentes formas de abordaje del sufrimiento y padecimiento subjetivo. Como ya hemos mencionado, la adhesión de los participantes se realizó festejando un posible intercambio, habilitado a partir de la aceptación de esas diferencias.

Cabe destacar que en todo este trabajo siempre contamos con el aval y el apoyo del Programa “Problemáticas Contemporáneas en Psicoanálisis, Ciencia y Ciencia Cognitiva” del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la UNR que surge justamente, como una convocatoria al diálogo de diferentes posiciones teórico-clínicas.

Asimismo, y retomando lo planteado anteriormente, cada escrito en su articulación con los demás nos brinda como lectores una posibilidad de enriquecimiento inédita, en tanto en el devenir de sus páginas, el recorrido nos lleva a lugares en donde poder compartir diferencias como así también posibles puntos de encuentro entre posiciones teóricas, entre diferentes miradas. El lector, podrá abordar el libro de dos maneras complementarias, en toda su extensión de manera correlativa, como así también ir eligiendo su propia aventura, pasando de un escrito a otro cualquiera sin que ello implique la pérdida de coherencia ni que sea en detrimento de la experiencia.

Respecto de la práctica, quisiéramos plantear que la misma deviene un concepto fundamental en el campo de lo *Psi*, puesto que, a diferencia de otras disciplinas y/o ciencias, en Psicología se trabaja, e incluso se hace teoría con ella. Poder dar cuenta de la experiencia, es una de las formas posibles de aprender esta disciplina y hacerla avanzar, por supuesto que a la par de la correspondiente formación teórica. Por ello, quienes recorran estas páginas podrán encontrar que cada presentación es una obra artesanal realizada cuidadosamente, la que permite compartir al mismo tiempo que propiciar la transmisión de un saber teórico-práctico.

En cada trabajo puede apreciarse cómo es concebida la clínica entendida como un poder dar cuenta de la práctica, un teorizar sobre la misma y sus efectos. En este punto, se aclara que desde el inicio también hemos hecho una pequeña extensión de la definición recién planteada para dar lugar a otras formas de trabajo, y que por lo tanto no quede reducida a la atención de pacientes en un consultorio o en una institución de salud. Así, la multiplicidad de enfoques teóricos se potencia con la diversidad de prácticas que competen al amplio campo *Psi*, tales como investigación, intervenciones preventivas, atención primaria en salud, dispositivos de supervisión, acompañamiento terapéutico, entre otras.

Asimismo, no podemos dejar de hacer mención a la formulación de la propuesta tal como fuera realizada a cada autor y tal como nosotros la hemos concebido. En la convocatoria se invitó a que cada autor pueda transmitir un recorte de su práctica, es decir, pueda transferir cuál es su ámbito de acción y qué hace con aquello que estudió. Por lo tanto, cada uno de los convocados escribe en nombre propio desde una posición, siendo responsable del recorte que realiza, de la manera en que quiere transmitirlo y del contenido de su trabajo.

En función del criterio de diversidad que sustentamos, tal vez no sea necesario aclarar que no todos los escritos representan o reflejan nuestro modo de pensar ni dan cuenta de nuestras opiniones, con algunos compartimos determinadas formas, lineamientos, miradas, con otros no tanto. Sin embargo, desde nuestro lugar de compiladores entendemos haber sido sumamente respetuosos del estilo esbozado en cada trabajo y de lo planteado en cada uno de ellos, unificando solamente criterios de formatos de presentación, de citas y/o referencias bibliográficas, entre otras cuestiones menores.

Cabe también destacar que se ha solicitado el pleno respeto y acatamiento a las consideraciones éticas en cuanto a mantener la reserva de nombres de personas, instituciones y/o cualquier otro dato sensible que pueda conducir a la identificación de los mismos, evitando afectar de esta manera el secreto profesional. Por este motivo, algunos detalles fueron modificados, alterados u omitidos por los propios autores.

Finalmente queremos agradecer a todos y a cada uno de los actores e instituciones que fueron partícipes necesarios para que esta obra se realice, en particular al Programa “Problemáticas Contemporáneas en Psicoanálisis, Ciencia y Ciencia Cognitiva” y al Centro de Estudios Interdisciplinarios de la UNR.

Jorge Faccendini
 Pablo Martino
 Mariano Sironi
 Marina Terrádez
 [Compiladores]

I.

Abordajes terapéuticos

Vínculo terapéutico y encuentro

Diego G. Brandolín

Psicólogo

Terapia Gestalt

Cátedra Psicoterapias - Facultad de Psicología (UNR)

Resumen

El presente escrito se divide en dos secciones. Inicia con una viñeta clínica que forma parte de la experiencia del autor. En la redacción se toma la licencia literaria del uso de la primera persona del singular, con el propósito de lograr una descripción más vívida de la situación. En un segundo momento, se ensaya una articulación con algunos de los conceptos fundamentales de la Terapia Gestalt, entre los que se incluyen: relación terapéutica, método fenomenológico, responsabilidad, intencionalidad y campo. Se ofrecen también reflexiones clínicas al respecto, a modo de cierre.

Palabras clave: Psicoterapia - Gestalt - Relación terapéutica - Intencionalidad.

Fragmentos de una sesión con F.

F. era un paciente de cincuenta años de edad, que realizaba un proceso terapéutico conmigo desde hacía algo más de dos años. Asistía a mi consulta semanalmente.

Un día llegó a su sesión, puntual como de costumbre. Luego de saludar, se dejó caer en un sillón, en silencio. Fijó su mirada en algún punto de la alfombra que tenía frente a sí, a sus pies, y permaneció inmóvil durante unos instantes.

De pronto, rompió a hablar diciendo: “Mientras esperaba abajo a que me abras, pensé que la semana había pasado muy rápido. Me dio la sensación de recién haberme ido de nuestra sesión pasada”.

Me quedé en silencio, esperando a ver cómo seguía con lo que había traído. Al notarlo, dijo disculpándose que eso es lo primero que se le vino a la cabeza, mientras hacía movimientos con las manos como intentando apartar el tema.

Le propuse entonces que amplíe la descripción de esta sensación de la que me ha hablado. Entonces dejó de observar la alfombra para enfocar su mirada en mí. Compuso una expresión de apariencia seria, parecía haberse alertado ante mi pedido.

Me describió con mayor detalle la sensación experimentada, agregando que es algo que le viene pasando en el último mes, y que no tiene la menor idea de a qué puede deberse. Continuó diciendo que, en los momentos previos a algunas sesiones, no tenía ganas de venir, aunque venía igual. Y agregó que solía irse muy conmovido en esas ocasiones, por los temas que aparecían en esos encuentros. Más movilizado que cuando venía con un tema concreto, cosa que sucedía en otras ocasiones.

Le pregunté entonces si podía darse cuenta con qué puede estar relacionado este conjunto de sensaciones que conformaban su experiencia de hoy, antes de entrar a su sesión, y que se venían reiterando en el último tiempo. Me respondió que no.

Volví a la carga con mis preguntas. Dado que no conseguía darse cuenta, le propuse que me cuente qué se imaginaba al respecto. Insistí en que se sienta libre de imaginar, que de momento no se preocupe por la correspondencia entre lo que podría decirme y lo que pudiera constatar que en verdad le sucedía.

Guardó silencio unos instantes. Luego, empezó a decirme que no podía imaginarse nada. Su mirada pareció vagar por los detalles de la alfombra unos momentos más, mientras volvió al silencio.

Le dije entonces que me intrigaba mucho lo que me proponía: apenas iniciado nuestro encuentro, me suelta que mientras esperaba en la puerta le pareció que apenas había pasado el tiempo desde que nos despedimos la semana pasada, y a continuación agregó que muchas ve-

ces no tenía ganas de venir a nuestra cita. Con todo eso, le conté que me sentía inquieto y me preguntaba de qué manera estaba participando yo, haciendo mi parte para que él experimentara estas sensaciones.

Mientras yo hablaba, él iba levantando la cabeza para volver a mirarme, estirando el cuello. Su rostro empezaba a colorearse, y sus ojos se abrían cada vez más. Prácticamente me interrumpió para decirme que yo no debía entender mal lo que él me contaba, que era lo primero que se le había ocurrido, y que él valoraba mucho este espacio de terapia que compartíamos dado que se había llevado de él muchas cosas. Además, notaba como su vida había ido cambiando a partir de ello, y enumeró rápidamente una serie de logros que le atribuía a la terapia: mejora en su ámbito laboral, mayor sensación de seguridad para relacionarse con los demás, menor autocrítica mordaz y despiadada, y algunas cosas más.

Después empezó a contarme cómo, durante su semana, se había sentido solo. Esto no era una noticia, ni para él ni para mí, dado que su pertinaz sensación de soledad había sido uno de los temas que lo había traído a la consulta, hacía ya dos largos años. Habíamos podido lograr cierta nitidez en este punto, en el sentido de que F. estaba deseoso de formar una pareja. Su última experiencia en ello databa de varios años atrás.

Si bien habíamos hablado acerca de cómo se las arreglaba para mantenerse solo, y qué decisiones tomaba para no ponerse al alcance de encuentros con mujeres que podrían relacionarse con él, no se decidía a entregarse al flujo de la experiencia y ponerse en acción en el campo concreto, para desarrollar oportunidades de encuentro.

Vivía solo. Pasaba mucho de su tiempo libre en su hogar, y su vida social se reducía prácticamente a visitar a su familia de origen, y asistir o recibir en casa a amigos de muchos años, con una rutina satisfactoria y estable. Cuando participaba en reuniones sociales de otros círculos, donde había gente nueva, muchas veces se retiraba al poco rato, buscando la comodidad de su casa, para luego reprocharse amargamente y tratarse a sí mismo de cobarde, y otros duros términos.

Se encontraba justamente entregado a estos autorreproches, cuando le recordé que yo aún estaba inquieto por esta sensación de la que me habló

apenas iniciada nuestra sesión. Le pregunté entonces si encontraba alguna relación entre su soledad, en cuya descripción detallada se encontraba sumergido en ese momento, y aquello.

Después de pensarlo un rato, dijo que le parecía que sí. De algún modo, le daba la sensación de que ambos temas estaban relacionados, aunque no lograba darse cuenta cómo.

Entonces le conté cómo veía yo el recorrido que habíamos hecho juntos para mirar a su soledad, y le recordé los límites a los que habíamos llegado en ello. Le ofrecí una pregunta: “¿Cómo creés que puedo yo ayudarte con tu soledad?”, para poner a prueba una hipótesis que se me había ocurrido.

Su expresión volvió a cobrar vivacidad y me soltó, en tono de reproche: “Ah, ¿vos crees que lo que te conté al principio es un reclamo?”. “Sí”, contesté yo. Y agregué que coincidía con él en todos los avances que hicimos juntos en estos más de dos años, y que a la vez podía entender que tuviera algo para reclamarme con este tema, tan doloroso para él y en el que apenas sentía que había podido avanzar, más allá de haber tomado clara conciencia de su participación en ello.

Seguí hablando, declarándome incompetente para generar alguna forma de abordar el asunto, y sinceramente esperanzado en que a él se le ocurriera cómo podíamos hacer, y qué podía hacer yo por él al respecto.

Mientras yo le hablaba, la cara de F. nuevamente se coloreaba, sus ojos se ponían vidriosos y tragaba con visible esfuerzo. Parecía movilizado. Le conté lo que estaba viendo de él, y le pregunté qué estaba sintiendo, cuál era el correlato interior de su manifiesta expresividad.

Después de unos instantes, me reveló que se sentía muy emocionado. Se había encontrado en la descripción que yo le ofrecí, y se sentía muy cercano y agradecido por ello. También me contó que, mientras yo hablaba, se dio cuenta de que él nunca pedía nada a nadie, pues temía el rechazo, la negativa. Y que al escucharme articular su pedido, se había sentido envuelto por una sensación cálida, que podía calificar como sentirse acompañado.

Yo también me sentí emocionado y agradecido, y así se lo dije.

Articuladores conceptuales del trabajo clínico

La Terapia Gestalt ha sido definida como un abordaje psicoterapéutico fenomenológico que se enfoca en el aquí y ahora de la situación terapéutica, específicamente en el vínculo entre paciente y terapeuta como espacio de experimentación en el que se ponen en juego procedimientos dialogales, el cuerpo y las emociones (Yontef, 1995).

La noción de método fenomenológico hace alusión a una actitud de parte del terapeuta en cuanto a observar, explorar y describir las expresiones del paciente tal como se presentan en el encuentro clínico. Se trata de producir indagatorias que tiendan a ampliar estas descripciones, para dimensionar detalladamente el proceso tal como es vivenciado por el paciente en el momento de la sesión, y no a desarrollar interpretaciones de lo que está sucediendo (Yontef, 1995). Se parte de la superficialidad de los aspectos que se muestran, para desarrollar una oportunidad de que el paciente pueda explorar su expresividad y construir significados acerca del sentido que tiene en el aquí y ahora del encuentro con el terapeuta, hallando de esta manera la profundidad de la superficie.

Se trata de una perspectiva antianalítica, en donde no es dable suponer un significado oculto o latente, y mucho menos que pueda ser descubierto en una proeza hermenéutica que pudiera esperarse del terapeuta. Es precisamente a partir de la ampliación de la descripción de la experiencia cuando se va develando la intencionalidad que el paciente expresa, pues es él mismo en su vivencia el foco de interés para completar la figura que, a veces con palabras, gestos, movimientos corporales, expresiones de emocionalidad, ha iniciado y luego interrumpido.

No obstante, el terapeuta no es un observador ajeno y distante en esta exploración. Contribuye con sus preguntas, señalamientos e hipótesis, que puede ir elaborando mientras se enfatiza la descripción del proceso en el que ambos están inmersos. Estas hipótesis permanecerán entre paréntesis, en términos de *epokhè* fenomenológica, practicado por el terapeuta, hasta el momento en que decida ponerlas en juego para comprobar si aportan al esclarecimiento del proceso en curso.

Dicho de otra manera, el terapeuta atestigua el despliegue que el paciente realiza en el encuentro entre ambos y en el vínculo que se va tejiendo, que es una historia distinta a las historias personales que paciente y terapeuta arrastran (Delacroix, 2008). En ese marco vincular, el terapeuta se muestra nítidamente, no como testigo imparcial, sino como persona que es impactada por lo que sucede en la relación. Requiere para ello, de manera previa y a la vez constante, un trabajo de formación y entrenamiento para distinguir sus propios temas abiertos, heridas y procesos en los que está comprometido en su vida personal, con el propósito de diferenciar lo que específicamente sucede en el vínculo, con ese paciente en particular.

Naturalmente, no pierde de vista que el encuentro terapéutico es a propósito del aquel que lo ha consultado profesionalmente. Y trabaja en ofrecer sus recursos técnicos, de estilo y personales para que el paciente pueda manifestarse de forma más genuina y coherente con sus deseos, expectativas e intereses. Se podría decir que el terapeuta ofrece su presencia como testigo, para que el paciente pueda apoyarse en ese testimonio, y valerse de él para ampliar la autoexploración y la capacidad de manifestarse. Aunque para ello, sea necesario que el terapeuta previamente renuncie a todo saber respecto a esa manifestación (Robine, 2006).

Se parte de algunos supuestos en relación a la conducta humana. Uno de los más significativos es dar por descontado que la conducta y expresividad del paciente en el encuentro clínico responde a una cierta intencionalidad, un sentido que busca obtener una forma adecuada y nueva a partir de tales manifestaciones, y que siempre es un emergente del campo fenoménico en el que ambos se encuentran inmersos. Se utiliza el concepto de situación para describir a este último.

La intencionalidad se inscribe como un eje de acción que intenta ordenar, significar y construir la forma mejor lograda para atravesar cada situación vivida, de acuerdo a los intereses, metas, proyectos y deseos de las personas.

En ocasiones, como se describe en el ejemplo precedente, el paciente puede arrastrar dificultades de larga data en cuanto a, por ejemplo, pedir lo que necesita a quien corresponda cuando la situación lo amerite.

Podría decirse que su conducta presente expresa el catálogo de frustraciones pasadas que lo llevan a ser enrevesado, confuso y críptico en su intencionalidad.

A la vez, el terapeuta da por supuesto que esa forma, aunque inconveniente según los criterios del propio paciente, y a menudo incompatible con la posibilidad de obtener logros de ella, ha sido la mejor manera que el paciente encontró, en el derrotero de su desarrollo personal y vincular, para organizar su conducta en un entorno emocional que pudiera ser hostil, árido o excesivamente frustrante.

Por ello, la presencia y la potencia del terapeuta se ponen en marcha en dirección a confrontar al paciente con lo que expresa, a nivel verbal y sobre todo en lo no verbal, facilitando y apoyando las expresiones genuinas, que se muestran coherentes y consistentes con sus deseos e iniciativas. Y a la vez, frustrando las desviaciones habituales (verborrea, intentos de manipulación, evitaciones, etc.) que lo llevan a un terreno conocido aunque insatisfactorio (Perls, 1976).

Se sigue de ello que la labor del terapeuta gestáltico es ofrecer ocasiones, en el marco del vínculo terapéutico, para que el paciente asuma responsabilidad sobre sus propias expresiones, y en definitiva sobre el devenir de su existencia.

Bibliografía

Delacroix, J.M. (2008). *Encuentro con la Psicoterapia*. Santiago de Chile, Chile: Cuatro vientos.

Perls, F. (1976). *El enfoque Gestáltico y Testimonios de terapia*. Santiago de Chile, Chile: Cuatro vientos.

Robine, J.M. (2006). *Manifestarse gracias al otro*. Madrid, España: Fondo de Cultura Valle-Inclán.

Yontef, G. (1995). *Proceso y Diálogo en Psicoterapia Gestáltica*. Santiago de Chile, Chile: Cuatro vientos.

Preguntas sobre el Edipo, la clínica y las estructuras

Sobre la necesidad de distinguir dos funciones del concepto de Fallo: como medio de acceso a la simbolización de la pérdida (simbólico), y como operador privilegiado en la identidad sexuada (erótico)¹

Jorge Ceballos

Psicólogo

Psicoanálisis

Cátedra Psicoanálisis I - Facultad de Psicología (UNR)

Resumen

El concepto de Fallo posee una multiplicidad de significaciones que en ocasiones fueron confundidas en la divulgación estructuralista del psicoanálisis, con consecuencias negativas tanto para su clínica, como para su transmisión.

Dentro de estas significaciones, hay dos que es fundamental diferenciar, y que se pueden resumir en: a) la función del fallo en la determinación de la posición subjetiva frente a la falta, y b) el fallo como resultado de la asunción de la castración, en tanto posibilitador de una orientación (elección) sexual.

¹ Este trabajo es una modificación del trabajo presentado en las Jornadas Analistas hablando de su práctica, Departamento de psicoanálisis, Facultad de Psicología, 2017.

Esta cuestión está relacionada con lo que fue la divulgación de un modelo simplificado de tres estructuras clínicas (neurosis, perversión y psicosis) nucleadas en torno a los conceptos de castración, renegación y forclusión. Esta posición llevó a la incómoda situación de colocar a la homosexualidad junto al resto de las llamadas perversiones y a que cayera sobre el psicoanálisis la crítica, más o menos justa, de distintos movimientos sociales.

Proponemos distinguir la *vertiente erótica del concepto de falo* (en relación a la identidad sexual), de la *vertiente de simbolización*, (como organizador del psiquismo). Esto implica una relectura del concepto de castración, ligado a lo que se denomina como “elección forzada” en el campo del psicoanálisis, y que es un concepto abandonado en las teorías actuales que proponen dar cuenta de las identidades sexuales.

Esta lectura se inscribe en un movimiento actual donde una multiplicidad de psicoanalistas realizan explícita o implícitamente, un trabajo de deconstrucción/construcción del psicoanálisis, que propone una transmisión no dogmática que le permita avanzar teórica y clínicamente.

Palabras clave: Falo - Elección sexual - Clínica - Deconstrucción - Transmisión.

El riesgo del dogmatismo en la transmisión del psicoanálisis

Hay un riesgo permanente en la transmisión del psicoanálisis, que es el del dogmatismo, el actuar como si ya todo ha sido dicho y pensado, y que lo único que un analista debe hacer es repetir lo que ya ha sido escrito por Freud, o Lacan, o un largo etcétera dentro del campo del psicoanálisis.

Comenzaré con una carta que tiene algunos años, que un analista inglés, Donald Winnicott (1896-1971), le envía en 1952 a quien en ese momento era la cabeza del movimiento psicoanalítico mundial, Melanie Klein (1882-1960), sobre los efectos negativos que producía **el modo de transmisión** que llamó “kleiniana” del psicoanálisis (no la obra de Klein misma) en la sociedad psicoanalítica de su época. Propongo que

al leer esta carta sustituyamos el nombre de Klein por sus correspondientes en la actualidad (e incluso los de Freud y Lacan).

Estimada Melanie: [...]

Personalmente creo que es muy importante que su obra sea re-
nunciada por personas que realicen los descubrimientos a su ma-
nera y **que presenten lo que descubren en su propio lenguaje. Sólo de ese modo se mantendrá vivo el lenguaje.** Pero si usted
estipula que en el futuro únicamente sea su propio lenguaje el que
debe ser utilizado para la enunciación de los descubrimientos de
otras personas, el lenguaje se convertirá en un lenguaje muerto,
como ya se convirtió en la Sociedad [psicoanalítica].

Me preocupa **este modo de presentación** [...] que podría llamar-
se kleiniana de su obra. Sus ideas sólo perdurarán en tanto y en
cuanto sean redescubiertas y reformuladas por personas origina-
les, dentro y fuera del movimiento psicoanalítico. Desde luego, es
necesario que usted tenga un grupo en el cual sentirse como en
casa. Todo trabajador original requiere un círculo en el que en-
cuentre un lugar de descanso de las controversias y donde pueda
sentirse cómodo. El peligro es, empero, que el círculo se desarrolle
hasta convertirse en un sistema basado en la defensa de la posi-
ción ganada por el autor original, en este caso usted misma. Freud,
según creo, vio este peligro. Usted es la única capaz de **destruir
este lenguaje denominado doctrina** kleiniana y kleinismo, **con
un propósito constructivo. Si no lo destruye, este fenómeno ar-
tificialmente integrado deberá ser atacado en forma destructiva.
Incita al ataque,** [...] por personas que no son necesariamente
enemigas de sus ideas (las de M. Klein), pero sí enemigas de los
sistemas. [...] **da la impresión de que hay un rompecabezas del
que existen todas las piezas;** el trabajo futuro solo consistirá en
un acomodamiento mutuo de las piezas. (Winnicott, 1990, las ne-
gritas son agregadas)

Esta carta nos muestra una cuestión fundamental: cuando una teoría se convierte en doctrina oficial, cuando se transmite un conjunto de conceptos como si fueran capaces de dar todas las respuestas, se produce un efecto de sistema cerrado y total que “incita al ataque”, en tanto no hay espacio en la teoría para lo singular y lo propio. Esta transmisión dogmática produce un justo rechazo (situación de la que podemos pensar hasta donde no se produce también en nuestra Facultad de Psicología); y lo que Winnicott le propone a Klein es que ella misma **destruya esta forma de transmisión**, este lenguaje establecido, para poder dar lugar al pensamiento de los demás.

Deconstrucción y construcción en el Edipo freudiano

En relación a esto, en mi recorrido personal siempre he valorado a aquellos analistas que me han transmitido una lectura crítica de los conceptos, que no han sido meros repetidores, y que por lo tanto han realizado una operación que ha recibido el nombre de **deconstructiva**, tomando el término de Jacques Derrida (1930-2004). Sin entrar en detalles, debemos señalar que el mismo tiene una cierta relación con el término destrucción, pero entendida ahora no como un rechazo o una destrucción total, sino en el sentido de una operación de lectura que permite poner de relieve cómo están contruidos los conceptos, colocarlos como entre paréntesis, y ponerlos a trabajar de otra forma.

Como analistas y transmisores del psicoanálisis podemos dar a conocer la teoría analítica como un sistema cerrado y completo, o podemos también mostrar las dificultades de la teoría y sus puntos problemáticos. Permitirnos **criticar a Freud, sosteniendo el psicoanálisis**, no es un acto de destrucción, sino de reconocimiento del alcance de su teoría, sabiendo que lo que ha aportado se sostiene por sí mismo, y va más allá de un fenómeno o una moda. Lo que encontramos en la clínica que el promovió es mas valioso que los errores o los puntos ciegos que puede tener en su teoría, y esta es una de las tareas que nos tocan como herederos del legado freudiano, si queremos impedir que este se fetichice o se destruya (Bleichmar, 2006).

Así como hubo momentos en la teoría analítica kleiniana donde el concepto de instinto de muerte se utilizó de manera masiva y abstracta para explicar tanto los fenómenos de agresión, como las depresiones y el suicidio, así también ha ocurrido con distintos conceptos del psicoanálisis lacaniano. Todo concepto que es usado abusivamente, que se vuelve omniexplicativo, termina por perder pie en la clínica. Lo mismo ocurre hoy con cierto uso de los conceptos de Complejo de Edipo y de Falo, que muestran que deben ser reformulados en su alcance, y sometidos a una revisión dentro del mismo psicoanálisis para que puedan tener un grado de operatividad clínica, y no se conviertan en un lenguaje vacío. Si no somos los mismos analistas quienes llevamos a cabo la deconstrucción necesaria de los conceptos, nos vamos a encontrar con el rechazo justo de distintos movimientos sociales, que es lo que ocurre con algunas de las críticas del feminismo al psicoanálisis.

Descentramiento del Complejo de Edipo: feminidad y homosexualidad

Hoy día más que dividir a los analistas por las escuelas a las que pertenecen, o por los referentes teóricos con los que trabajan, podemos dividirlos entre aquellos apegados a la repetición de la teoría, y los que se permiten pensar por sí mismos, poner a prueba los conceptos en la clínica, sin temor a quedarse por fuera de una ortodoxia, cualquiera que esta sea. Más que basarnos en autores, preferimos utilizar **zonas de teoría** de algunos autores que puedan servirnos para pensar determinados temas. Es por eso que algunos de los referentes que tomamos pueden estar en contradicción entre sí, pero los conceptos específicos que aportan son herramientas acordes a este trabajo que nos proponemos.

Para pensar este trabajo de deconstrucción de algunos aspectos del Complejo de Edipo voy a tomar algunas zonas conceptuales del trabajo de un analista de nuestro medio, me refiero a la producción de Juan Ritvo, que se encuentra en una posición particular dentro del psicoanálisis, pues realiza una operación de lectura crítica de conceptos centrales de la obra de Freud y Lacan, y en el mismo movimiento pone en

valor sus aportes fundamentales a la clínica y a la cultura. Es así como, respecto de los conceptos de Complejo de Edipo y de feminidad, la deconstrucción que realiza (el término lo proponemos nosotros) debilita y relega a lugares secundarios elementos que el psicoanálisis tradicional colocaba en un lugar fundamental, lo cual nos hace volver a preguntar sobre qué es lo central, y qué lo accesorio dentro del Edipo. Esta operación, que puede entenderse como un **descenramiento del Edipo freudiano**, está sustentada en una acción que propone realizar sobre la teoría, y que se justifica de la siguiente forma: en la construcción teórica del Edipo se literarizaron determinados elementos que debían ser entendidos en sentido metafórico, y debemos entonces hoy realizar la operación contraria, metaforizar lo que nunca debió ser entendido en un sentido literal. Y también lo contrario (Ritvo, 2009).

Sostiene que un ejemplo de **literalización inadecuada** es el concepto de Envidia del Pene, entendido clásicamente como un deseo de la niña de poseer el órgano masculino, cuando en verdad debía ser entendido como una **metáfora** del deseo de la niña de poseer los privilegios que la sociedad concedía a los hombres. También sostiene Ritvo que esta Envidia del Pene no ocupa el lugar estructural de determinante y motor de la sexualidad femenina, sino que tiene otro nivel, se trata de un fantasma neurótico de muchos hombres, y que como tal es realizado y sostenido por mujeres en posición histérica (Ritvo, 2009). Recordemos que para Freud esta Envidia del Pene ocupaba un lugar estructural para la mujer, al mismo nivel que la amenaza de castración para el hombre.

De la misma forma propone pensar muchas de las manifestaciones de deseo de los niños de acostarse con sus padres en un sentido literal y no metafórico, es decir que no es necesario leerlos como símbolo de un deseo de tener relaciones sexuales con sus padres, (relaciones que no está en condiciones de comprender aún) sino que propone interpretarlo manteniendo su significación literal, como el deseo de dormir efectivamente con los padres, por ejemplo. Mediante estas operaciones se modifica el lugar que en la teoría del Edipo tienen estos elementos, pero el Edipo sigue siendo fundamental.

Como analistas que además somos transmisores del psicoanálisis, no compartimos algunas afirmaciones de Freud respecto a la femi-

nidad, como las que describen a la mujer como aquella que no tiene un superyó severo, ni es capaz de grandes logros culturales, o que se caracteriza por su “*timidez, necesidad de enseñanza y de ayuda*” (Freud, 1985, p. 131), opiniones que criticamos hoy, y que fueron propias de una época. Así como también son problemáticos los intentos freudianos de definición de lo masculino y lo femenino, donde llega a conclusiones tales como que del lado masculino encontramos al sujeto y la actividad y del lado femenino al objeto y la pasividad, conclusiones con las que el mismo Freud no estaba conforme. Frente a esta cuestión es muy interesante la propuesta de Ritvo, en el sentido de que una caracterización de lo femenino podemos encontrarla en otro concepto, que es el de receptividad, **la mujer es activamente receptiva, y no pasiva** (2009, p.34).

El problema de la transmisión estructuralista del psicoanálisis: la renegación no es estructura, la homosexualidad no es perversión

En su momento de mayor auge, el psicoanálisis lacaniano estuvo atravesado fuertemente por el estructuralismo francés, lo cual produjo efectos de transmisión que deben ser considerados porque siguen teniendo consecuencias hoy en día. Esta transmisión produjo una versión simplificada de las estructuras clínicas, lo que se conoce como el modelo Per/Ne/Psi. Se consideraba que dentro del psicoanálisis había tres estructuras clínicas, y que las mismas eran consecuencia de un mecanismo central estructural, mecanismo “defensivo” que producía cada estructura. La estructura neurótica era causada por la represión, así como la psicosis era causada por la forclusión, y la perversión por el mecanismo de la renegación.

Sabemos que en los textos de Freud y Lacan las cosas son siempre mucho más complejas e incluso contradictorias, pero **a nivel de la transmisión** estos tres mecanismos estructurales, fueron leídos en el psicoanálisis lacaniano como tres distintas respuestas psíquicas frente a la castración, tres posiciones subjetivas frente a la pérdida y a la simbolización de la diferencia sexual.

Según esta vulgata, la perversión, cuyo modelo fue el fetichismo, se constituyó sobre la renegación de la diferencia sexual (en términos de la teoría fálica, de la falta de pene en la madre). En este contexto, la elección de objeto homosexual suponía un mecanismo renegatorio; la imposibilidad de asumir la falta de pene en la mujer llevaba al sujeto a elegir un partenaire con el mismo órgano que él, elección de objeto narcisista, que estaría fundamentada defensivamente en el horror a la castración de la mujer. Es decir que el mismo mecanismo era responsable **tanto de la posición del sujeto frente a la falta (psiquismo), como de la posición erótica y elección de objeto (elección sexual)**

Ya sabemos que, para la psiquiatría clásica, la homosexualidad ocupaba un lugar dentro de las así llamadas aberraciones sexuales, y que para los psiquiatras americanos constituía, con un lenguaje más moderno, una patología en sí misma digna de tratamiento. Será recién en 1973 que comenzó a ser eliminada la homosexualidad del capítulo de las patologías del DSM, con idas y vueltas, y debido a las luchas de los movimientos de gays y lesbianas americanas.

En nuestra clínica psicoanalítica nos encontramos con un hecho evidente, el de que no existe la homosexualidad, sino que existen múltiples homosexualidades, en diferentes formaciones clínicas, es decir en las neurosis, las psicosis, y también en la perversión (lo mismo que ocurre en la heterosexualidad). Esto equivale a decir que la homosexualidad no tiene el valor de un organizador central de la estructura psíquica, como también lo señala Ritvo (2009).

Ahora bien, respecto de las múltiples significaciones del falo, hay dos niveles que nos interesa destacar, que están relacionados con el concepto de renegación, y que sufren por la transmisión estructuralista mencionada un efecto de asimilación productor de efectos negativos notables. Los **dos niveles** son: a) la determinación de la posición subjetiva frente a la falta, y b) la posibilitación o no de una elección heterosexual, (una elección homosexual sería muestra de un mecanismo renegatorio). La renegación, si tuviera el lugar central que propone la versión estructuralista, sería responsable: tanto de la *vertiente erótica del concepto de falo*, en tanto que un sujeto reniega de la castración y no puede acceder a la mujer en tanto ella está castrada, así como también

de la *vertiente de simbolización*, en tanto si el sujeto reniega de la falta, entonces está manteniendo una relación alienada con la realidad y su psiquismo se organizaría en base a ese mecanismo.

Monique David-Ménard (1999) plantea, que en tanto las identidades sexuales no son posibles de definir en términos de esencia, que Freud fracasa al definir lo femenino en tanto lo que logra es proponer una definición de lo femenino como el límite interno de lo masculino, y no positiva. Por eso, la afirmación de que no existe relación sexual va a significar del lado de las mujeres, que “las mujeres existen a partir de la experiencia de que, en el goce, una mujer no puede no saber que el pene no es el falo”. En la experiencia de la (no) relación sexual se manifiesta la dependencia del pene, pero “esta dependencia no encubre la virtud simbolizante atribuida al falo de servir de acceso a la pérdida. **Aquí, lo erótico y lo simbólico no confunden sus proyectos**” (p. 150) (Las negritas son nuestras).

Entonces, volviendo a la cuestión del falo en los dos niveles que tomamos aquí, *el falo en lo erótico y el falo como vía de acceso a la pérdida y a la simbolización*, el aplanamiento y la identificación de esas dimensiones termina produciendo las consecuencias que mencionamos. Si la asunción de la castración, es decir, el falo como vía de acceso a lo simbólico, determina a la vez la posibilidad de una asunción simbólica de la pérdida (el falo como significante de la falta), pero además, y al mismo tiempo constituye la vía de acceso a la heterosexualidad en el hombre, esta identificación de los dos planos en uno y el mismo, llevaba a sostener que quienes no asumían la castración y no accedían a la heterosexualidad, renegaban de la falta simbólica. Esto constituyó una suerte de identidad entre homosexualidad, renegación y perversión, y podemos relacionarlo con las dificultades que han tenido los candidatos homosexuales para llegar a ser analistas en las estructuras institucionales, así como también los reparos que entre muchos analistas tuvo la adopción por parte de parejas homosexuales.

En cambio, si sostenemos, que la así llamada orientación homosexual, (lo mismo podemos pensar para la heterosexualidad) no es estructural del psiquismo, podemos sostener que los dos distintos niveles del falo que señalamos deben ser mantenidos por separado. Si el hecho

de no asumir la castración no produce un perverso, ¿no significa que las vías de la constitución de la sexualidad homosexual pasa por otros caminos que no son estructurantes del psiquismo? Sabemos que la perversión pasa por otros caminos, que simplemente indicamos. Como lo señala Irene Meier

El diagnóstico de perversión no se obtiene a partir del tipo de elección de objeto, sino de la estrategia mental que el sujeto despliega en sus vínculos. Si encontramos fijeza, la sujeción de la excitación erótica a un guión inamovible, seducción del partenaire a través de satisfacer su deseo de forma mimética y con el fin de inducirlo a brindar un tipo de satisfacción específica y prefijada y la aparición de odio destructivo cuando esta condición no se cumple, podemos pensar que estamos ante una personalidad perversa. El semejante es desconocido en su alteridad e instrumentado de forma reifican- te. A esta altura de la descripción, queda claro que muchos homo- sexuales no se ajustan a la misma, ya que son capaces de mantener vínculos emocionales afectuosos, establecer lazos de solidaridad y experimentar empatía. En cambio, existen heterosexuales que presentan esta modalidad vincular, por ejemplo los que cometen estafas emocionales, los coleccionistas de aventuras eróticas, que suelen ser considerados como exponentes de la virilidad hetero- sexual convencional. Otros homosexuales son neuróticos y hoy existe cierto acuerdo acerca de que eso es de lo mejor que le puede ocurrir a un sujeto. Esto sucede debido a que se ha extendido un cierto escepticismo acerca del concepto de salud mental, que en la actualidad es más un ideal normativo que un estado comprobable. (Meier, 2001)

No se trata necesariamente de cambiar nombres de conceptos, sino de que podamos pensar que una operación deconstructiva puede servir como un camino posible para propiciar una transmisión crítica del psicoanálisis. Mostrar las costuras de la teoría nos permite tener otra consideración de la misma, y nos habilita a no convertirnos en meros repetidores, sino en los que brindamos las herramientas para que otros

también puedan formarse un juicio propio de primera mano. Volviendo a la carta de Winnicott con la que comenzamos, podemos decir que la propuesta de la deconstrucción no es una destrucción de la teoría, (salvo de lo anquilosado y caduco en ella), sino que es la posibilidad de que la misma se mantenga viva y abierta a la fricción de la clínica y de los saberes sociales.

Bibliografía

Bleichmar, S. (2006). *Paradojas de la sexualidad masculina*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

David-Ménard, M. (1999). *Las construcciones de lo universal. Psicoanálisis y filosofía*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Freud, S. (1985). Tres ensayos para una teoría sexual. En *Obras Completas*. Tomo VII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Meler, I., Resnicoff, B., y Rodríguez, S. (2001). Homosexualidad: ¿Perversión o Sexualidad Diferente? Recuperado en

<http://www.topia.com.ar/articulos/homosexualidad-¿perversión-o-sexualidad-diferente>

Ritvo, J. (2009). *El laberinto de la feminidad y el acto analítico*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens Ediciones.

Winnicott, D. (1990). Carta a M. Klein, el día 17 de noviembre de 1952 - en *El gesto espontáneo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Ansiedad y sexualidad: desde la preocupación a la resolución

Augusto H. Ciliberti

Psicólogo

Abordaje cognitivo en ansiedad y clínica sexológica

Cátedra Metodología y Gestión de Investigación Psicológica -

Facultad de Psicología (UNR)

Resumen

La Terapia Cognitiva tiene un bagaje acreditado por investigaciones científicas, dando sustento a dicho cuerpo teórico -práctico a través de la evidencia empírica. Sus postulados y eficacia no pueden ser cuestionados por la comunidad científica. Sus aportes tanto para ansiedad como para clínica sexológica permiten intervenir a nivel de pensamiento, sensaciones, emociones, fisiología y comportamientos con efectividad.

A partir de la concepción de sujeto como una entidad bio-psico-afectivo sexual y social, en interacción permanente y continua con el contexto, podemos pensar que el ser humano enfrenta situaciones de la vida cotidiana con todo este andamiaje. Lo lleva a tomar contacto con cada uno de esos aspectos, y registro de sus manifestaciones de manera espontánea, voluntaria o no: devenir de situaciones y convivir con su esencia, para enfrentarlas y resolverlas.

En este punto caben algunos interrogantes: ¿nos define aquello que pensamos, sentimos o como actuamos? ¿Nuestras formas de pensar y sentir se correlacionan directamente con nuestras decisiones? ¿De qué manera? ¿Qué ocurre cuando los pensamientos coaccionan nuestras emociones? ¿Actuamos más por lo que pensamos o por la realidad?

Los pensamientos automáticos son la génesis para las distorsiones cognitivas. La predisposición, la historia personal, los antecedentes y el ambiente contribuyen al establecimiento de guiones cognitivos. La tríada básica de la terapia cognitiva abre el interjuego entre las situaciones del contexto, aquello que sentimos y pensamos, incidiendo en nuestras decisiones y comportamientos.

En este artículo se abordará la incidencia de la preocupación (exceso de pensamiento recurrente y automático) como génesis y mantenimiento de ansiedad y su repercusión en la respuesta sexual en general. La mancomunidad entre terapia cognitiva comportamental y terapia sexológica está dada por el proceder terapéutico en intervenciones clínicas.

Palabras clave: Ansiedad - Preocupación - Sexualidad - Pensamientos Automáticos - Distorsiones cognitivas.



¹ Viene de la viñeta. Pese a las búsquedas realizadas y ante la imposibilidad de saber quién es el autor de la misma, transmito las fuentes a partir de la cual tomé esta ilustración: www.mundopsicologos.com y www.pinterest.es.

Los acontecimientos de la vida son eventos que los seres humanos debemos afrontar con todo nuestro ser: sistema nervioso, cerebro, pensamientos, sensaciones, sentimientos, percepciones, sexualidad, deseo... La ansiedad, como emoción psicobiológica básica, nos acompaña en todo momento, ante cada situación. Nos permite obtener logros cuando es funcional; cuando la misma es excesiva pasa a ser disfuncional, ya que se funda en valoraciones irreales de una situación concebida como amenaza, produciendo inquietud, intranquilidad, disconfort e incluso parálisis y evitación.

Pensar es una de las funciones de nuestro cerebro. La mente ha servido a la autopreservación y el desarrollo, permite tomar decisiones acertadas y evitar o minimizar riesgos. Ahora bien, ¿qué ocurre cuando nuestra mente emite de manera involuntaria pensamientos que pueden pasar desapercibidos? Los pensamientos automáticos son inevitables, son parte de la condición humana; muchas veces se caracterizan por ser irracionales, surgir sin que medie la voluntad o conciencia y pueden tener la particularidad de ser negativos, derrotistas y anticipatorios de potenciales daños o amenazas al bienestar. A veces pasan inadvertidos a nivel de pensamiento o conciencia pero disparan una señal de alerta a nivel fisiológico, causando intranquilidad e inquietud.

¿Qué es una cognición? Lindzey et al. (1977) afirman que es “una capacidad de construir conocimiento”. Cunha Cavalcanti y Hernández Serrano (2012, p. 17) plantea que “es un conjunto de tres procesos mentales: una percepción que representa el presente, una memoria que reestablece el pasado y un pensamiento que se extiende en dirección al futuro y que aún está por existir”.

Según el decir de Albert Ellis (1989), los pensamientos, sentimientos, sensaciones y comportamientos son totalmente interactivos, y cada uno de ellos continuamente afecta, a la vez que influye sobre los demás, a modo de feedback.

Preocuparse es natural de nuestra condición. La preocupación adaptativa (ocuparse ante una situación problemática real), es constructiva y orientada hacia una tarea concreta; es preparatoria para la solución de problemas, es analítica y reflexiva. La preocupación desadaptativa agrega intensidad de malestar a cualquier situación, incluso ante even-

tos para los que se cuenta con recursos o aún no han ocurrido. La preocupación disfuncional deriva de la producción de pensamientos, ideas o imágenes sobre la anticipación exagerada de posibles resultados negativos o adversos, y generalmente impide actuar para resolver aquello que nos preocupa.

Cunha Cavalcanti y Hernández Serrano (2012, p. 92), definen una percepción como “el complejo proceso que una persona tiene del mundo exterior, a partir de las impresiones que le comunican sus sentidos, más la intuición”. Estas percepciones pueden dar lugar a distorsiones cognitivas. “Los pensamientos generan percepciones y emociones, y éstas motivan conductas, acciones específicas” (2012, p. 95).

La relación mente-sistema nervioso es intrínseca. “El cerebro tutela y fiscaliza nuestro cuerpo. Nuestra mente no es un sistema lógico formal abstracto, sino que por el contrario depende de la acción situada, corporizada y afectiva” (Manes, 2014, p.251).

Aaron Beck y David Clark (2012) en su obra “Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad”, definen a la preocupación como formas maladaptativas de pensamiento negativo asociado con ansiedad elevada y angustia, que no sirve a ninguna función adaptativa para manejar el supuesto peligro anticipado (contenido de pensamiento de potencial amenaza bajo las formas ... y si..., no vaya a ser que...). De esta manera, la preocupación activa una señal de alarma producida por la amígdala cerebral, para evitar posibles repercusiones negativas. La diferencia entre preocupación en sus formas desadaptativas y la preocupación adaptativa (concebida como problema concreto) radica en la capacidad para representar simbólicamente la amenaza. Un problema es concreto, limitado, definido, tiene principio y fin, a modo de segmento, aunque su resolución diste de la manera ideal del resultado esperado. La preocupación es ilimitada, difusa, constituye un espiral ascendente de ideas incontrolables, tiene la forma de semirrecta, sin fin...

La sensación de amenaza producida solo por el pensamiento tiene el mismo peso y repercusión a nivel fisiológico, como si la amenaza fuera real.

Entiendo a la sexualidad, como un conjunto de comportamientos (pensamientos, emociones, ideas, fantasías, sentimientos, actitudes, reacciones) determinados idiosincrática y culturalmente, que tiene como

metas la reproducción, el contacto y el placer. La misma nos atraviesa incluso desde antes de nacer: se nos nombra como futuros hombres o mujeres, se nos atribuyen roles, se depositan expectativas. Se va escribiendo nuestra biografía, se conforma nuestra historia.

En el plano sexual, puede ocurrir algún evento cuyo resultado es adverso para el individuo, sin que ello determine un condicionamiento al ser considerado como algo esporádico y no produce fijación o preocupación. En el caso que genere alarma e inquietud, condicionará la respuesta sexual en alguna de sus fases, produciendo malestar e incidiendo en el posterior desempeño. La anticipación ansiosa genera tensión, sensación de desamparo y una disminuida percepción de autoeficacia (estado de alerta). Cuando esto sucede en el plano sexual, las funciones del sistema nervioso autónomo (neurovegetativo) que actúan a nivel de respuesta sexual se activan del mismo modo que lo harían ante cualquier situación de amenaza, causando sensaciones físicas propias de peligro, naturalmente para preservar al organismo. En estos casos, la evaluación anticipada de posible desempeño ineficiente, funda la preocupación desadaptativa (¿Cómo me ira? ¿Lograré calmarme y estar tranquilo/a? ¿Si no lo hago fracasará? ¿Cumpliré con mis expectativas y las del otro?).

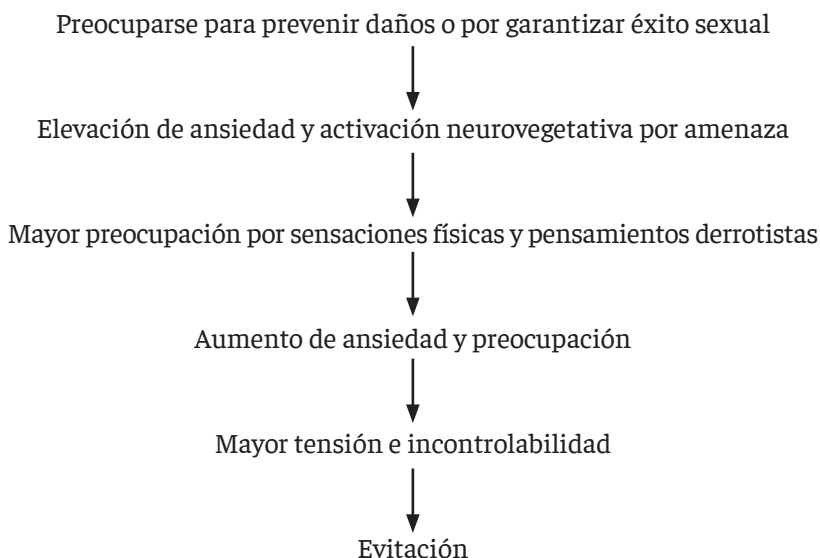
Una situación sexual considerada a priori y en cualquier orden como poco exitosa (autopercepción), puede ser condicionante para experiencias subsiguientes. Allí la preocupación será el núcleo o epicentro que sostendrá la tensión emocional por activación del sistema nervioso simpático responsable de preparar al organismo para la reacción de defensa (lucha o huida). La evitación de las situaciones que se supone generarán malestar, por antecedentes fallidos, son un intento de apaciguar el sistema nervioso simpático, en una búsqueda de calma y homeostasis, función natural del sistema nervioso parasimpático. Cabe considerar que, si bien el alivio será inmediato, también será transitorio y momentáneo: la evitación constituye una estrategia maladaptativa de afrontamiento para situaciones venideras y constituye un condicionamiento, ya que funciona como refuerzo negativo promoviendo el cese remoción de estímulos aversivos al ahorrar sensación de inquietud, intranquilidad y preocupación a nivel emocional y fisiológico.

EVITACIÓN + ALIVIO - PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA + INQUIETUD Y MALESTAR (Secuencia de mantenimiento de ansiedad en las fobias)

Del mismo modo, la revisión interoceptiva (¿Cómo estoy? ¿Cómo me siento? Si no me tranquilizo no me ira bien...etc.), tiene su génesis en la preocupación o pensamiento automático.

Al decir de Masters y Johnson y Helen Kaplan, la ansiedad evoca sentimientos y pensamientos negativos y disfuncionales incompatibles con la experiencia sexual satisfactoria. Para Josep Wolpe, la ansiedad excesiva inhibe los componentes de la respuesta parasimpática del sistema nervioso que provoca el bienestar (Camerini, 2011).

Nuestro cerebro puede imaginar escenarios posibles en el futuro, también imaginar lo que podría haber sucedido en el pasado, aunque no haya sucedido. Puede simular situaciones, evaluar probabilidades y riesgos, prepararse antes que el peligro este presente, y anticipar lo que podría salir mal. (Manes, 2014, pp. 280-281)



El instinto de preservación individual prevalece sobre la reproducción (Camerini, 2011, p. 13), o sea que el miedo prevalece sobre el impulso sexual. Esto sucede aunque el miedo sea simbólico. Cualquier pensamiento o fantasía generadora de temor o aprensión, contamina el desempeño sexual, pudiendo inhibir o condicionar el deseo sexual ya que activa el sistema simpático en detrimento del parasimpático (Camerini, 2011, p.14).

Barlow (en Clark y Beck, 2002, p. 43) formula que “uno de los principales hallazgos de los últimos 50 años de investigación psicofisiológica, es que los sujetos crónicamente ansiosos (con pensamientos recurrentes) muestran un nivel persistentemente elevado de activación autónoma, en ausencia de una amenaza real”.

La terapia sexual debe comenzar siempre por abordar las causas inmediatas, desde un enfoque comportamental, sugiriendo técnicas sexuales según el motivo de consulta específico, para luego intervenir con técnicas de terapia cognitiva, entendiendo que la terapia sexual y la terapia cognitiva comportamental no son compartimentos estancos. Un buen diagnóstico permite diagramar la hoja de ruta, el plan adecuado para las intervenciones y tratamiento, y debe incluir evaluaciones médicas (que la mayoría de las veces los consultantes ya han realizado antes de acudir a terapia), psicológicas a nivel cognitivo (mitos, expectativas, creencias, demandas), conductuales (actitudes y comportamientos) y emocionales (ansiedad, inquietud, intranquilidad).

La terapia cognitiva comportamental, a través de la reestructuración cognitiva pretende deconstruir un sistema de creencias distorsionado, a la vez que asignar nuevos significados a las situaciones concebidas como amenazantes, otorgando mayor percepción de autoeficacia al *self*, por resignificar y fomentar las capacidades internas para afrontar la situación. Las técnicas comportamentales apuntan a resolver la tensión emocional en el plano sexual para reducir la evitación y minimizar la necesidad de verificación a priori de todos aquellos actos que los sujetos consideran falazmente como garantía de éxito por una falsa creencia de control.

La terapia racional emotiva conductual, (Albert Ellis) toma como criterio fundamental suprimir las demandas absolutistas a modo de

imperativo: “debo, tengo que...”, y propone trabajar en la búsqueda de alternativas preferenciales para descomprimir la tensión emocional propuesta por la exigencia. Judith Beck (1995, 2005) entiende a dichas demandas como un continuo de incidencias: “si... entonces...” dando soporte a distorsiones cognitivas.

Pensar tanto racional como irracionalmente es propio de la actividad mental. Ambas formas de pensar conviven en mayor o menor medida en cada uno de nosotros. Pueden coexistir, se mezclan, pero no se pueden unir (como el agua y el aceite siendo dos líquidos tampoco lo pueden hacer), son más una confrontación que una alianza. En este sentido considero contraproducente suprimir pensamientos negativos: sugerir o pretender dejar de pensar, no hará más que producir un efecto rebote y mayor frustración al ser improbable dejar de pensar. En este punto surgen Metacogniciones, siendo las mismas formas intrínsecas de pensar sobre nuestros recursos, para afrontar las desavenencias emocionales frente a lo que pensamos, sentimos y hemos hecho originalmente. La apología de la pérdida de control es pretender tenerlo, preocuparse por no perderlo. Del mismo modo los intentos fallidos por dejar de pensar potencian la atención hacia aquello que no se quita de la cabeza, generando mayor preocupación.

Solo es posible aplicar pensamiento reflexivo a la preocupación, a modo de método socrático, para desestimar la evidencia de aquellas repercusiones negativas y anticipadas acerca de lo que se piensa. Cuando esto es infructuoso y los sujetos no logran identificar sus creencias se conectan con su malestar emocional sin detectar en muchas ocasiones los pensamientos que causan las emociones que se desea subsanar. A veces la evidencia puede ser insuficiente para aquietar la mente, para reducir los pensamientos automáticos. Al tener la característica de ser anticipatorios, dichos pensamientos pretenden reducir potenciales amenazas emocionales: la preocupación irreflexiva no se puede resolver ya que no está presente, como tampoco está ocurriendo aún la situación que pone en estado de alerta o alarma. En este caso específico me refiero a las preocupaciones que puede tener un individuo tiempo antes que una situación sexual transcurra. Refutar el contenido de las preocupaciones es un paso periférico y superficial aunque, en ocasio-

nes necesario. En profundidad se debe tratar y resolver el mecanismo de la preocupación y sus derivados emocionales y fisiológicos. Esa es la causa esencial, más que los motivos suficientes y necesarios del objetivo terapéutico. Desatender al pensamiento o desestimarlo difiere de la pretensión “de no tenerlo”. Nuestra mente hace de las suyas activando el sistema nervioso y otorgando una carga afectivamente negativa, más allá de las situaciones externas que estén ocurriendo o sobrevendrán.

Conclusiones / reflexiones

El quehacer “psi” independientemente del posicionamiento e identidad conceptual del terapeuta, supone trabajar con el padecimiento humano, acompañando a los consultantes, con el fin de aliviar el malestar y otorgar mayor percepción de autoeficacia y autoconfianza, propiciando una mirada en perspectiva diferente a la que se tiene en el momento de la primera consulta. En Terapia Cognitiva Comportamental, la psicoeducación constituye un punto clave y determinante para el tratamiento. Favorece la empatía a la vez que da crédito a las intervenciones posteriores, constituyendo la primer alianza terapéutica y sentando las bases para el entendimiento de los procedimientos de la terapia cognitiva comportamental. Esto sería comprender para resolver. Se debe explicitar como opera la terapia cognitiva comportamental en torno a la sexología clínica, como así también las consecuencias que se pretenden alcanzar con la implementación de las estrategias técnicas recomendadas, como una manera de poner en acciones precisas la búsqueda de aquello que el consultante desea obtener como logro o meta (objetivos terapéuticos).

“Nuestra mente no es un sistema lógico formal abstracto, por el contrario depende de la acción situada corporizada y afectiva (contexto). Por ende no se trata de desactivar las perturbaciones de las emociones, del contexto, del sentido común para evitar errores, sino de tomar conciencia de cómo las reacciones operan automáticamente, para diferenciar cuándo tenerlas en cuenta” (y de qué manera) (Manes, 2014, p. 251). En este punto cabe resaltar que nos definen nuestras acciones más que

nuestros pensamientos, si bien estos últimos causan sensaciones y activación neurofisiológica; son nuestros comportamientos los que avalan o desestiman nuestras creencias. Nuestra mente tiene autonomía, pero nuestros comportamientos y decisiones pueden y “debieran” ser racionales y voluntarios.

El menor control percibido otorgado por la preocupación lleva a la búsqueda de reaseguros, estrategias maladaptativas de afrontamiento y a la evitación. Favorece la disminución de ansiedad de manera rápida y a corto plazo causan bienestar transitorio; a largo plazo constituyen procesos de reforzamiento negativo tendientes a perpetuar la búsqueda de tranquilidad, pero causan frustración al evadir eventos y situaciones que generan desarrollo personal, incrementando la ansiedad y la inseguridad personal.

El objetivo terapéutico primordial es favorecer la autopercepción de eficacia o autoconfianza, entendida como “la valoración que hace un individuo de sus recursos para resolver problemas” (Clark y Beck, 2012, p. 95). Pretender resolver la preocupación disfuncional, pensando, analizando, reflexionando, constituye un espiral ascendente de distorsiones cognitivas y es entendida como una estrategia maladaptativa de afrontamiento ya que supone una falacia: la falsa creencia de resguardo emocional que constituye la idea que estar prevenidos es estar preparados como garantía para resolver efectivamente situaciones y/o evitar supuestas repercusiones negativas ante los acontecimientos venideros.

En Terapia Cognitiva–Comportamental, la psicoeducación, permite el entendimiento del funcionamiento de nuestro organismo, de los mecanismos intrínsecos de ansiedad que provocan malestar y apropiarse de las técnicas que se utilizarán según los motivos de consulta. La psicoeducación sienta las bases para las intervenciones:

- Explicar el modelo cognitivo, mecanismos de condicionamiento y procesos de reforzamiento en ansiedad y sexualidad (pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, reacciones fisiológicas y activación del sistema nervioso autónomo neurovegetativo, anticipación ansiosa, identificar reaseguros y estrategias maladaptativas de afrontamiento, evitación).

- Aplicar inventarios de creencias irracionales, escalas de ansiedad y técnicas sexológicas específicas según el motivo de consulta e historia clínica (placereado, supresión de la respuesta sexual como intervención paradójica si es pertinente, etc.).
- Reestructuración cognitiva: análisis de creencias irracionales, identificación de sensaciones emocionales y fisiológicas que generan. Registro de pensamientos automáticos.
- Mindfulness: calmarse para no sentirse parte intrínseca del problema y lograr homeostasis fisiológica y relajación.
- Trabajar las demandas absolutistas, exigencias y obligaciones para transformarlas en alternativas preferenciales para descomprimir y favorecer la percepción de autoeficacia.
- Identificar la preocupación agregada a una situación problemática, diferenciar problema de pre-ocupación (anticipación ansiosa).
- Evitar pensar es reavivar el pensamiento, nuestra mente es autónoma y autómatas, realiza su producción más allá de nuestra voluntad. Recalcar que podemos hacer de manera diferente a como nuestros pensamientos automáticos pretenden dictarnos. Romper con la secuencia atributiva pensar - hacer: pienso y hago tal cual pienso.
- Intentar racionalizar la preocupación es otorgarle crédito a la misma y potenciarla, constituye cárceles emocionales, entrapa. El pensamiento reflexivo solo se admite para la solución de problemas concretos.
- Rastrear la revisión interoceptiva y restarle crédito a sus consecuencias (sentirme de tal manera hará que mi comportamiento sea infructuoso).
- Diferenciar entre problema (concreto) y pre-ocupación (anticipación ansiosa).
- Distinguir entre prevenir como reducción de eventos negativos y daños ante la evaluación objetiva de un acontecimiento y preocuparse como intento fallido de resguardo.
- Reflexionar acerca de la diferencia radical entre “lo posible y lo probable”.

“La sensación de amenaza producida solo por el pensamiento tiene el mismo peso y repercusión para las emociones tal como si la amenaza fuera real”.

Bibliografía

Camerini, J. (2011). *Introducción a las Terapias Sexuales*. Buenos Aires, Argentina: El Autor.

Cia, A. (2002). *La Ansiedad y sus Trastornos*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.

Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer

Cunha Cavalcanti, R. y Hernández Serrano, R. (2016). *Como Tratar las Disfunciones sexuales. Dos Enfoques Psicoterapéuticos Cognitivo Conductuales*. Madrid, España: Distribución Dykinson.

Ellis, A. (2005). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao, España: DDB

Manes, F. (2014). *Usar el Cerebro*. Buenos Aires, Argentina: Planeta.

Raspall, L. (2016). *Un Juguete llamado Mente*. Rosario, Argentina: UNR

Singer Kaplan, H (1987). *Disfunciones Sexuales. Diagnostico y tratamiento de las aversiones, fobias y angustia sexual*. Barcelona, España: Grijalbo.

Williams, M., Penman, D. (2013). *Mindfulness. Guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético*. Buenos Aires, Argentina: Paidós

La territorialización del cuerpo

Una mirada esquizoanalítica sobre el control de esfínteres en un niño de ocho años

Martín Contino

Dr. en Psicología

Esquizoanálisis

Espacio TIF - Facultad de Psicología (UNR)

Coautor: Horacio Belgich

Dr. en Psicología

Resumen

La territorialización del cuerpo remite a la apropiación de funciones, movimientos, percepciones, afectos y sensaciones que de modo procesual componen maquínicamente ciertos pasajes, con flujos que descodifican porvenires que bloquean, para hacer devenir a los cuerpos, fluidos. En tanto tal, no obedece meramente a un desarrollo biológico o innato, sino que remite más bien a los procesos de subjetivación que cada ser humano experimenta. En la territorialización del cuerpo que se da en la niñez, existe un acontecimiento que se revela como mutación, tanto para la familia como para la escolarización: el control de esfínteres. Se aborda entonces en el presente escrito un fragmento clínico de un niño que pudo apropiarse de la función fisiológica de la excreción a los ocho años. El abordaje clínico, la supervisión del caso, y la mirada teórica, fueron realizadas desde el esquizoanálisis. Se considera que los efectos del abordaje clínico se basaron en juegos realizados en el consultorio, en la adquisición de cierta clase de juguetes, en el uso de la

palabra, la producción de enunciados y visibilidades, en la utilización del cuerpo, y en viajes realizados por el niño junto a su familia. Se concluye que la territorialización del cuerpo y sus superficies, y el control de los bordes -la construcción de un cuerpo sin órganos- no podrían haberse dado sin la estratificación de ciertas líneas, sin la construcción de determinados pasajes, que le permitieron al niño percibir los signos de un afuera como un impensado interior, como un mundo de reterritorializaciones posibles.

Palabras clave: Control de esfínteres - Subjetivación - Territorialización - Devenir - Cuerpo sin órganos.

*El hombre está enfermo porque está mal construido. (...)
Cuando ustedes le hayan hecho un cuerpo sin órganos
lo habrán liberado de todos sus automatismos y
lo habrán devuelto a su verdadera libertad
(Artaud, Para terminar con el juicio de dios).*

Introducción

La territorialización remite a la apropiación. El territorio concierne a una propiedad, a algo de lo que uno se apropia, no para simplemente poseerlo, sino para poder hacer máquina con otros componentes.

El cuerpo podría ser un excelente ejemplo de territorio. Lejos de limitarse exclusivamente a lo biológico o a lo innato, remite más bien un campo de inmanencia que hay que territorializar, por lo que se vincula directamente con los procesos de subjetivación que cada ser humano experimenta, para poder hacer uso de funciones, movimientos, percepciones, afectos y sensaciones. Flujos, intensidades y devenir, y no tanto órganos, extensiones y porvenir.

Ahora bien, el cuerpo, en tanto campo de inmanencia previo a su territorialización, es capturado ni bien se nace por un organismo, compuesto por órganos -partes específicas con funciones puntuales defi-

nidas en el suelo socio histórico político en el que vivimos-, y por un porvenir -aquello que los especialistas han dictaminado como parámetros esperables para todo organismo-.

Esta composición corre riesgo de estallar cuando alguien presenta un funcionamiento que no se condice con lo que el porvenir anticipa para el organismo, como es la situación que transitó Ernesto S., en relación al control del esfínter anal para la función de la defecación.

Para describirlo, se traza una cartografía (Deleuze, 1999) que pretende situar un recorte del proceso de atención de Ernesto, que da cuenta de algunos momentos de anudamiento, de captura, pero también de pasajes, que posibilitaron procesos de subjetivación habilitadores de una territorialización del cuerpo.

Esto se describe en base a tres momentos, entre los cuales se pueden situar dos acontecimientos que posibilitan los pasajes de uno a otro.

El primer momento: las capturas del organismo

*“Caminito al costado del mundo,
por ahí he de andar,
buscándome un rumbo,
ser socio de esta sociedad,
me puede matar”
(La Renga, El revelde)*

Ernesto S. llega al consultorio derivado por una fonoaudióloga y una psicopedagoga, quienes consideraban que las dificultades vivenciadas para transitar la escolaridad primaria no remitían a cuestiones neurológicas, lingüísticas y/o psicopedagógicas, sino subjetivas.

Desde antes de su nacimiento, Ernesto quedó capturado por una discordancia: ambos padres preferían una nena. El padre no se consideraba con la suficiente autoridad como para transmitir rasgos culturalmente asociados a la masculinidad (no le gusta el fútbol, por ejemplo); la madre tuvo que interrumpir una carrera artística que conlleva una

gran exigencia corporal por la vivencia del embarazo, y para dedicarse a la crianza del niño.

Es atendido durante años por un neurólogo y las mencionadas profesionales, dada su tardía apropiación del habla -de acuerdo a los criterios de normalidad-, y las dificultades que presenta para habitar la escuela. Por éstas y otras razones, varios de sus familiares comienzan a catalogarlo como 'niño especial'.

A esto se suma lo que conduce a una incorporación de la Psicología en el proceso de atención: en ocasiones, Ernesto se aleja del resto de la gente, se agacha levemente, y defeca así, con la ropa puesta. Su madre debe entonces higienizarlo y cambiarlo, reprochándole todo esto. También podía darse en una versión levemente diferente: a veces se paraba sobre una mesa ratona en la casa de sus abuelos paternos, delante de todos, y defecaba en su propia ropa, realizándolo en este caso como una suerte de gracia.

Estando en el consultorio, pedía ir al baño, pero se bajaba el pantalón y la ropa interior desde antes de ingresar, sin cerrar tampoco la puerta. Si no lo hacía el profesional, quedaría abierta. Igualmente, al salir tampoco estaba vestido, ni higienizado, habiendo ocasiones en que sus manos y partes del baño, estaban sucias con materia fecal. Nada de esto parecía afectarle.

En este primer momento del proceso de atención, además, el juego era bastante caótico. Ningún juego duraba más de unos pocos minutos, los autitos chocaban entre ellos sin ninguna razón... No era posible crear un plano de consistencia en la forma de jugar, como superficie de intensidad y cruzamientos de líneas flexibles, creativas. Todo era una fuga constante que no conducía a ningún escenario productivo; línea de fuga abismal, destructiva.

Al finalizar la sesión, se hacía pasar al padre al consultorio, mientras Ernesto debía esperar afuera, en la sala de espera. Resistió varios meses, entrando a los pocos segundos, hasta comenzar a aceptarlo.

Se podría decir que, en este momento, Ernesto tenía órganos pero no tenía aún un cuerpo. De los órganos de Ernesto se venía hablando, mucho, y a través de muchas personas. Los órganos de Ernesto fueron estudiados, observados, escaneados, analizados, etc. Se emitieron jui-

cios con carácter de verdad, sostenidos en disciplinas con pretensión de cientificidad. Pero, como dice Artaud, para tener un cuerpo, no hay otro modo más que perder los órganos. “El cuerpo sin órganos: ya está en marcha desde el momento en que el cuerpo está hartado de los órganos y quiere deshacerse de ellos, o bien los pierde” (Deleuze y Guattari, 2002, p. 156), dado que “el cuerpo sin órganos no es “anterior” al organismo, es adyacente a él” (p. 168).

En otras palabras, ¿la vida de Ernesto dependerá de esa primera composición? ¿Será necesariamente ese funcionamiento de los órganos del organismo? ¿O podría imaginarse un cuerpo que huya de la captura de ese organismo, reventando las representaciones, descodificando el porvenir de ‘niño especial’; un cuerpo que pueda devenir, fluido, a partir de múltiples encuentros?

El segundo momento: el fluir y los bordes

*“Después del agua,
hay más agua,
porque este charco
no tiene borde”*

(Los caballeros de la Quema, Carlitos)

El pasaje del primer momento al segundo se ve favorecido por la inclusión de dos nuevos aspectos en los juegos que se realizan en el consultorio: el *borde*, y el *fluir*.

Conocer la palabra *borde* fue una verdadera conmoción para Ernesto. Durante semanas se preguntó por los bordes de cada cosa: de las piezas de un rompecabezas; del rompecabezas ya armado; de los bloques; de las figuras construidas con los bloques; del escritorio; de los cuerpos; de las puertas; de las ventanas... En todos lados intentaba situar el borde de las cosas.

Algo idéntico ocurrió con la palabra *fluir*, que también se instaló durante semanas, en relación a diversas situaciones. Se habló de que fluye el tránsito en la calle; los autitos en el consultorio; el agua que él toma...

Y la caca, que también debe fluir tarde o temprano; no se la puede retener eternamente.

En este momento, el juego encontró otras posibilidades. Con los bloques se arman rectángulos que simulan ser cuadras, de manera que los autitos tengan calles entre ellas por las cuales circular. Ernesto desplaza un autito con cada mano, sin que choquen entre ellos, sin que desarmen la traza de la ciudad, simplemente disfrutando del fluir por las calles ficticias.

También se arman estaciones de peaje, con sus respectivas barreras. En este caso, el juego consiste en mantenerlas bajas el tiempo suficiente como para que se arme 'una fila larguísima', según su decir. Luego de un rato en que los bocinazos de los autos hacen notar lo inconveniente de tal retención, él levanta la barrera, libera repentinamente el tránsito para que pueda fluir, y los autitos pasan rápidamente uno detrás de otro, con gran disfrute para él.

Algo similar ocurre con las cocheras o estacionamientos construidos con bloques para los autitos. Éstos debían permanecer un tiempo en su interior, para luego salir liberados, fluyendo por las calles.

Además, dos juguetes regalados por su padre contribuyeron a la codificación de algunos flujos: un camión recolector de residuos¹ y un camión de transporte de combustible. El juego, en ambos casos, consistía en escenificar qué ocurría con los residuos y con el combustible una vez descargado de dichos camiones. Este escenario lúdico llevó a hablar y a googlear camiones reales, rellenos sanitarios regionales, y estaciones de servicio de distintas marcas, buscando rastrear siempre el circuito de flujo de tales elementos.

Para estos meses, por otro lado, cuando le toca el turno de esperar fuera del consultorio mientras su padre ingresa, ya acepta quedarse afuera, pero cerca de la puerta, cantando en voz muy alta, de manera de hacerse oír adentro mediante el flujo de su voz. Al modo de un rí-tornello, que lanza una vibración sin origen determinado ni tampoco

¹ Un aliado invaluable fue este camión recolector de residuos, dadas sus dos aberturas: una superior para cargar el contenedor, y otra posterior, para descargar luego los residuos.

final anunciado, no sólo hace presente la vibración, sino que también algo del afuera es percibido y se hace percibir. Es el ritornello que marca nuevos territorios, es decir, reterritorializaciones donde se puede existir de otro modo, en esa máquina (el inconsciente maquínico), que es un funcionamiento de acoples, conexiones. Un territorio abierto a todas las interacciones posibles, en el que participan “los más diversos flujos de signos, flujos sociales y flujos materiales” (Guattari, 1981, p. 2).

A su vez, dejó de hacerse caca agachándose con la ropa puesta. Comenzó a ir al baño tanto en su casa como en la escuela, y sólo ocurre que relativamente seguido se mancha la ropa interior por aguantar hasta más allá de sus posibilidades de retención.

Frente a esto, los padres optaron por dejar de reprocharle, y proponerle que él lave su propia ropa interior sucia, con lo que empezó a generársele una sensación de asco inexistente hasta este momento.

Así las cosas, parece que ciertos flujos se han liberado por fin de sus capturas, descodificándose de lo que había sido estratificado. Al mismo tiempo, los bordes ofician de medio ahora para que éstos puedan fluir.

Sin embargo, esto le generó subjetivamente a Ernesto una nueva e inconmensurable angustia frente al incierto devenir, frente a las múltiples posibilidades que abre el dejar fluir: ¿Lo que va, vuelve? ¿Lo que se desarma, puede volver a armarse? ¿Lo que fluye, no deja nada a su paso? ¿Hay un más allá del territorio donde la línea que fuga puede desplegarse para luego volver a plegarse?

Otro juguete regalado por el padre, y un viaje familiar, dan cuenta de esta nueva situación.

Se trata de un tractor que se desarma en varias partes para luego volver a armarse. Llevó toda una sesión que acepte desarmarlo y volver a armarlo sin que esto le genere inquietud y angustia, dado que al principio ofrecía una gran resistencia. El juguete así desarmado solo duró unos instantes muy tensos, y luego volvió el alivio cuando él rearmó el tractor.

Por su parte, las vacaciones familiares, planificadas para fin de ese año a una pequeña localidad turística de una provincia limítrofe, despertó por primera vez angustia en Ernesto frente a un viaje. Lloró en su

escuela y en el consultorio, angustiado nada más ni nada menos, por si iban a volver de allí.

En este segundo momento -que dura alrededor de seis meses-, el cuerpo que se limitaba a funcionar como un organismo mal armado, comienza a experimentar algunas líneas de fuga que posibilitan un modo más maquínico de funcionamiento, a partir del acontecimiento de haber incorporado dos palabras: fluir y borde.

Pero, si bien algunas líneas de fuga parecen contribuir a horadar algo de lo estratificado de las líneas duras y sus capturas, no estaba claro qué pasaba con dichas líneas una vez desterritorializadas. ¿Pueden volver? ¿Pueden reterritorializarse en otras líneas, posibilitadoras de otros modos de funcionamiento para Ernesto? En otras palabras, ¿el charco tiene alguna orilla que permita habitarlo -y hasta disfrutarlo-, o es un océano inconmensurable que arrasa, que no deja nada a su paso; un charco que no tiene borde?

El tercer momento: el adentro y el afuera

*“La entrada es gratis, la salida, vemos”
(Charly García)*

El tercer momento dura sólo unos pocos meses, y se manifiesta en el consultorio en escenarios que incluyen una nueva posibilidad: jugar, explorar -y no ya angustiarse- con el adentro y el afuera.

Se arman granjas de animales cercadas por corrales hechos de bloques, con bebederos, baños, camas, y una puerta. Se arman también casas de muñecas y muñecos, con muebles ordenados según los ambientes, bicicletas, una puerta y un jardín por dónde andar. En ambos juegos, los y las habitantes presentan una gran predilección por el adentro, a pesar de que nada les impide circular por el exterior.

Estos espacios cerrados a excepción de una abertura, fueron fundamentales en este momento, dado que marcan un adentro y un afuera, a partir de una línea que funcionaba como borde (corral, paredes). Y en ambos casos, el terror y la angustia por el afuera desconocido se iba

conjurando mediante una experimentación muy precavida (Deleuze y Guattari, 2004). Por ejemplo, uno de los animales se atrevía a salir, atravesaba la puerta del corral frente a la expectativa del resto, y cuando volvía, todos se reunían a su alrededor para que éste les contara cómo era ese afuera imposible de imaginar.

El último acontecimiento que marcó el pasaje de salida de este tercer momento, fue otro viaje: unas vacaciones en el mar de una pequeña localidad turística de la costa argentina.

En este caso, la angustia por la vuelta no se presentó, pero quedó conmovido por otros dos detalles de la cotidianeidad de la costa. En primer lugar, por las ‘piletitas de mar’, según su expresión, que quedaban en la arena luego de que la marea bajase por la mañana. Y, en segundo lugar, las marcas que dejaban las ruedas de los cuatriciclos en la arena.

En ambos casos, la conmoción era doble. Por un lado, por el hecho mismo de producirse. Algo que pasa por un cuerpo, sea el mar o sean unas ruedas por la arena, deja una huella, no arrasa sin dejar nada a su paso. Pero por otro, por el hecho de que luego se vayan borrando, diluyendo en la arena, aunque más tarde vuelvan a producirse. ‘¿Por qué se van tan rápido las piletitas de mar?, ¿por qué se borran las huellas de los cuatriciclos de la arena?’, preguntaba a sus padres a lo largo de las vacaciones.

El viaje a la costa con su familia permitió algo crucial en Ernesto, que difícilmente podría haber vivenciado en otro lado: el encuentro con lo inconmensurable del mar. No es para nada menor, dado que, como sostiene Freud, un encuentro de estas características despierta una “sensación de eternidad; un sentimiento como de algo sin límites ni barreras, en cierto modo, “oceánico”. Trataríase de una experiencia esencialmente subjetiva” (1930, p. 3017).

El encuentro con el océano pudo ser una experiencia subjetiva porque con las ‘piletitas de mar’ que a Ernesto le impactaron tanto, quedó en evidencia que una línea de fuga no es exclusivamente destructiva, sino que posee una potencialidad. No necesariamente está condenado a arrasar todo a su paso, sino que puede reterritorializarse en otra cosa, algo nuevo y distinto.

Ese viaje hizo visible, al mismo tiempo, el fluir del agua en la playa y de las ruedas en los médanos, y los signos o huellas que quedan a su paso. Se trata de signos que dependen de que Ernesto haga una lectura del mundo, del Afuera, de lo no pensado aún. Desterritorialización que precede a la reterritorialización del propio cuerpo, en la búsqueda de lo incrustado que está en el adentro, pero todavía como impensado. Se fugó del antiguo territorio familiar (un cuerpo desterritorializado), con los signos en la arena y el sentimiento oceánico del mar con flujos y reflujos. Ese Afuera inconmensurable, sin embargo, a pesar de su vastedad, deja estrías que reterritorializan; ese pliegue del Afuera que se encuentra con algo del adentro y constituye un nuevo espacio, produciendo un devenir en Ernesto a través de este acontecimiento perteneciente al régimen de lo visible.

Si el afuera, más lejano que todo mundo exterior, también está más próximo que todo mundo interior, ¿no es ése el signo de que el pensamiento se afecta a sí mismo al descubrir el afuera como su propio impensado? (...) Esta afección de sí mismo, esta transformación de lo lejano y de lo próximo, va a adquirir cada vez más importancia al constituir un *espacio del adentro*, que estará todo él copresente con el espacio del afuera en la línea del pliegue

(Deleuze, 2005a, p. 153).

Pero a su vez, a la vuelta del viaje al mar, se produjo otro acontecimiento, en este caso perteneciente al régimen de lo enunciado.

Luego de varios días seguidos en que Ernesto no defecaba, capturando la caca en su interior, y luego de que una consulta médica ratificara que no había ninguna complicación orgánica para esta situación, la madre lo sentó al niño en el inodoro y le preguntó zamarreándolo: '¿Por qué no quieres cagar?!'. 'Porque me da vergüenza', respondió Ernesto. Y su madre le dijo: 'Pero todos hacemos caca, papá, tu hermana, yo, todos. No te tiene que dar vergüenza'.

Inmediatamente después de este segundo acontecimiento, y mientras Ernesto aún estaba sentado en el inodoro, la caca prácticamente fluyó de su interior, ya sin ninguna captura. Luego de este aconteci-

miento, Ernesto no volvió a mancharse la ropa interior, ni a hacerse caca encima.

La madre, mediante esta respuesta, terminó con el juicio de Dios y con los decires del discurso médico, desarmó el organismo mal armado y con mal funcionamiento correspondiente al ‘niño especial’, y le permitió una reterritorialización del cuerpo, al introducir a Ernesto al mismo grupo en el que se encuentra cada integrante de la familia S., como así también el resto de los seres humanos. Y tal como vivenció en la costa con las ruedas y el océano, ahora sabe que él también puede dejar su marca en un espacio acotado de agua que fluye: el inodoro.

Se trató de una enunciación que subjetiva, que acerca a Ernesto al cuerpo sin órganos, que inscribe algo diferente a lo que había, posibilitando un devenir. “La superficie [del cuerpo] se convierte en superficie de inscripción” (Deleuze, 1999, p. 141), para inscribir un nuevo borde propio que viene “de las profundidades a la superficie” (Deleuze, 2005b, p. 192).

Sobre la territorialización del cuerpo

*“Lo mejor de nuestra piel es que no nos deja huir”
(Patricio Rey y sus Redonditos de Ricota, Espejismo)*

En este abordaje esquizoanalítico, se propuso conectar, componer un diagrama que se instale frente a esa otra composición previa. Para ello se necesitó ver cómo estaba estratificado ese cuerpo al modo de un organismo disfuncional, que abre y cierra a destiempo familiar, y saber qué estrías lo surcaban, con sus determinaciones, pedidos y planos de organización.

La salida fue fugar de esos estratos con intensidades para ir al plano de consistencia, donde poder construir un cuerpo sin órganos, como conexión de deseos, de flujos y otros códigos. Y con nuevos bordes que posibiliten una reterritorialización, un nuevo territorio para que la fuga pueda ser posible, evitando que la línea vaya hacia el abismo. Se pasa, se ve, se dice, se escucha, se experimenta, y se reagrupa en la experiencia

para pensar, recombinaando los órganos-piezas, pero haciendo que funcionen de otro modo.

Así, los pasajes transitados por Ernesto para territorializar su cuerpo, muestran que, como sostiene Guattari, lo inconsciente se caracteriza por la multiplicidad:

(...) un territorio abierto por todos lados a las interacciones sociales y económicas, directamente ligados a las grandes corrientes históricas y, por lo tanto, no exclusivamente centrado en las disputas familiares de los héroes trágicos de la antigüedad griega. Este inconsciente, lo denominaré “esquizoanalítico” por oposición al inconsciente psicoanalítico, porque se inspira más en el “modelo” de la psicosis que en el de las neurosis, a partir de las cuales fue construido el psicoanálisis. Yo lo calificaría igualmente como “maquínico”, porque no está esencialmente centrado en la subjetividad humana, sino que participa de los diversos flujos de signos, flujos sociales y flujos materiales. (1981, p. 2)

Sin esta apertura del inconsciente a los flujos del tránsito, de las personas, de los autitos, del agua (del océano, del vaso, del inodoro), de la nafta, y hasta de la basura, y sin los flujos de signos, enunciados dichos por quienes lo rodean en el momento justo y de la manera precisa, difícilmente Ernesto hubiese podido construir los bordes que necesitaba en su piel, desde sus propias profundidades, para territorializar finalmente su cuerpo como un cuerpo que deviene, como un cuerpo fluido. “Paul Valéry tuvo una frase profunda: lo más profundo, es la piel” sostiene Deleuze (2005b, p. 33), porque es allí, entre las profundidades y las alturas, que se inscriben las zonas del cuerpo (Deleuze, 2005b).

¿Por qué Ernesto debió hacerse un cuerpo sin órganos (CsO)? Pues claramente, para terminar con el juicio de Dios. En este caso, desarticular los argumentos pertenecientes al discurso médico que definieron ya desde algunos integrantes de su propia familia la organización de sus órganos y el mal funcionamiento de su organismo, de manera de conquistar su propia libertad.

El organismo ya es eso: el juicio de Dios del que se aprovechan los médicos y del que obtienen su poder. El organismo no es en modo alguno el cuerpo, el CsO, sino un estrato en el CsO, es decir, un fenómeno de acumulación, de coagulación, de sedimentación que le impone formas, funciones, uniones, organizaciones dominantes y jerarquizadas, transcendencias organizadas para extraer de él un trabajo útil. Los estratos son ataduras (...) Sobre él [el cuerpo sin órganos] pesa y se ejerce el juicio de Dios, él es el que lo sufre. En él los órganos entran en esas relaciones de composición que llamamos organismo. El CsO grita: ¡me han hecho un organismo! ¡me han plegado indebidamente! ¡me han robado mi cuerpo! (Deleuze y Guattari, 2004, p. 164).

El cuerpo sin órganos “de ningún modo es una noción, un concepto, más bien es una práctica, un conjunto de prácticas” sostienen Deleuze y Guattari (2002, p. 156). Así, Ernesto sólo pudo recuperar el cuerpo robado, y construirse un cuerpo sin órganos, experimentando, tanteando, explorando, en su casa, en el consultorio, en sus viajes; abriéndose al mundo.

Bibliografía

- Deleuze, G. (1999). *Conversaciones. 1972-1990*. Valencia: Pre-Textos.
----- (2002). *Diferencia y repetición*. Buenos Aires: Amorrortu.
----- (2005a). *Foucault*. Buenos Aires: Paidós.
----- (2005b). *Lógica del sentido*. Buenos Aires: Paidós.
Deleuze, G. y Guattari, F. (2004). *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre-Textos.
Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En *Obras Completas* de Sigmund Freud. Tomo XXIII. Buenos Aires: Siglo XXI.
Guattari, F. (1981). *El inconsciente maquínico y la revolución molecular*. Material para circulación interna de IREPSI, Instituto Rosarino de Estudios y Prácticas Socioinstitucionales. Inédito.
----- (2013). *Deseo y revolución*. Buenos Aires: Tinta Limón.

C(a)MPO

Recorte clínico de un tratamiento con un puber niño

M. Olivia Di Nardo

Psicóloga

Psicoanálisis

Cátedra Psicoanálisis II - Facultad de Psicología (UNR)

Resumen

Son las formaciones del inconsciente con las que trabajamos en la clínica psicoanalítica, sin ellas no se distinguiría una clínica que apunte al sujeto de una psicología de la personalidad.

En púberes esta exploración muestra la complejidad de la metamorfosis, en esa economía de goce es que un analista es llamado a hacer su arte.

Este trabajo narrará el tejido, el material, las luces y las sombras con retazos de un material clínico con un púber, apuntando a que son las formaciones del inconsciente las que hacen a un análisis, a un analista y a su acto, porque es el sujeto dividido que emerge para despuntar el material inconsciente.

¿Cómo es la dirección de la cura con un púber? ¿Qué la diferencia de un adulto y qué de un niño? ¿Cómo se las a-regla el analista? ¿Qué caracteriza a la transferencia? ¿Cuál es el lugar de los padres?

Todo trayecto de análisis es una chance de invención, una ocasión para procurar una respuesta otra al padecimiento. El recorte transitará momentos en la dirección de la cura sostenidos desde las formaciones del inconsciente.

Palabras clave: Pubertad - Formaciones del inconsciente - Sujeto - Transferencia - Acto.

Estudio, es tu odio

Hernán.

En el comienzo de su último año de escuela primaria llega a su primera sesión, al recibirlo le pregunto si sabe qué lo trae al consultorio, niega con la cabeza, le cuento algunas cosas que dijeron los padres en las entrevistas previas a conocerlo, escucha indiferente y atento, pone cara de asombro asertivo y ríe.

A: ¿Y vos en qué pensás?

H: A mí lo único que me interesa es el “viaje de estudios”.

Por el equívoco aparece la verdad, el viaje de séptimo no es de estudios, es de egreso, por lo que leo dos significantes VIAJE - ESTUDIO, desde la primera entrevista con Hernán se podían leer los significantes que comandarían la dirección de la cura. Sus padres habían consultado por una preocupación que venía agrandándose año tras año, a su hijo le iba mal en la escuela y cada año “lo habían hecho pasar de grado”; “lo favorecieron”, decía su mamá, reconociendo en esa palabra ningún *favor*, más bien había sido perjudicado con esa concesión llegando a séptimo grado sin haber podido pasar los anteriores, ahora si bien era cierto que el problema se expresaba con el “estudio”, la situación era más amplia, más compleja, incluso originariamente vasta.

La vastedad de la trama compleja no se agotaba en los miedos que tenía el púber, en los estallidos de ira, en el desconocimiento de la autoridad (sus maestras ya no sabían qué hacer, ni cómo tratarlo) no tenía amigos, necesitaba estar siempre acompañado por alguien de su familia dado que en su casa no podía quedarse solo, lo llevaban y lo traían de sus actividades y en el momento de la consulta era su mamá quien se encargaba de completar las carpetas, conseguir las hojas, hablar con las maestras, contratar maestras de apoyo y particulares, hacer que copie lo que le faltaba que había quedado pendiente del día anterior porque Hernán no copiaba.

A: ¿Qué sentís cuando no copias?

H: Que no puedo porque es mucho.

A: ¿Y qué es lo que es mucho?

H: Lo que hay en el pizarrón, levanto la cabeza y está lleno, cuando miro está lleno y eso me deprime, ahí no copio más.

A: ¿Está lleno, eso te hace mal?

H: Odio que esté lleno.

A: Lleno de odio, hay que vaciar pero no las hojas...

Lleno de odio, una operación de vaciado que irá cada sesión produciendo descarga, descargar el odio que lo llena y lo deprime y claro, lo atemoriza.

El dibujo como formación del inconsciente

Le propongo a su mamá que no le busque más las hojas de los compañeros, que no haga más la tarea por él y que deje de comunicarse tanto con las docentes, que lo empiece a dejar un poco más “solo”.

M: No sé si va a poder solo.

A: Así no lo está haciendo él, lo estás haciendo vos por él.

M: Sí, pero me aseguro que lo hace.

A: ¿Que lo hace quién?

M: Yo.

A: ¿Y sos vos quien lo tiene que hacer o es Hernán?

M: Él lo tiene que hacer... lo que pasa es que si yo me corro... tengo miedo, tengo miedo.

A: ¿Qué puede pasar? ¿Que no lo haga? Si ya no lo está haciendo.

M: Si yo no lo hago tengo miedo que SE abandone.

Este pequeño fragmento de un diálogo clínico muestra la dificultad de diferenciar quién es él, sin la madre, o quién es la madre sin estar atrás de este hijo, mejor dicho se escucha qué le pasa a la mamá si deja de hacer las cosas de su hijo, *se abandona*, ¿quién es el sujeto en ese “Se”?

Las dificultades respecto de la escuela y los aprendizajes iban siendo escuchadas en un orden de la economía pulsional, de los destinos de la pulsión en su relación con la construcción del narcisismo.

Empieza a jugar, elige las masas con las que hace pequeñas arquitecturas, cuerpos, consistencias con formas, cuerpos firmes pero blandos, se queja de que su cuerpo es muy pequeño por la edad que tiene, que le gustaría tener otro cuerpo, ser más grandote, se siente chiquitito, pide asociaciones acerca de qué lo hace chiquitito, realiza un dibujo.

En el centro de la hoja dibuja una chica, con pelo largo y vestido, sonriente pero con los ojos llenos y tachados; como no está conforme con su dibujo, da vuelta la hoja y dibuja dos hombres con rostros de aliens, un poco indefinidos, lo cierto es que uno al lado del otro se distinguen por su vestimenta diferente y su pelo, el que está en el centro de la hoja no tiene pelo y está expuesto a los rayos de un sol con ojos y barba que lo hiere, lastima su cuerpo dejándole heridas de sangre, el otro está protegido por una separación que hace con una línea que lo separa de su mellizo, separación que lo protege de los rayos dañinos, por debajo de los dos hombres anota su nombre quedando la mitad del nombre del lado del dibujo herido, y la otra mitad del lado del protegido, a salvo pero rayado dado que su vestimenta es carcelaria, bastones en la ropa que podrían leerse como hombre rayado pero a salvo en un encierro que no lo hiere, sin embargo lo más significativo del dibujo que causa la sorpresa del paciente al descubrirlo, es que mirando la hoja al trasluz la chica dibujada del otro lado está exactamente atrás, en la espalda, coincide cada parte de su cuerpo con el aliens desprotegido, son uno.

A: ¿Este chiquito tiene a alguien atrás todo el tiempo?

H: Uhhh!, quedaron pegados!

A: Se ve que estar pegado a alguien lo deja sin defenderse de los rayos.

H: Sí, porque aunque ésta esté atrás, no para los rayos.

“Aunque ésta esté atrás, no para los rayos”, Hernán escucha que eso que dijo le dice algo y me pide finalizar la sesión.

Poco a poco “ésta atrás”, estaría desde otro lugar; era una apuesta a interrumpir algo que venía mostrando que lejos de funcionar obstaculizaba y lo hacía chiquito y desprotegido.

Tomé el dibujo como una formación del inconsciente, por la sorpresa que causó, por los efectos de división que tuvo en el paciente y por la verdad que revelaba, ese dibujo vino al lugar de responder algo en relación a sentirse “chiquito”, el sujeto encontró como hacer su aparición.

Jugar al campo

El juego es una de las únicas experiencias de la vida donde la actividad ignora las condiciones de lo real. Al niño le abre una dimensión única que se verá relacionado tanto a la elaboración de lo traumático que responde a un quehacer cultural común y corriente del dominio pulsional y su más allá. La pubertad, metamorfosis alimentada desde el fondo pulsional, presentan al segundo despertar sexual en el nuevo oleaje. Campo otro donde cada puber se encontrará haciendo su trabajo de lectura y reescritura.

Con varios meses de trabajo, el paciente empezó a inventar diferentes juegos que ponían en evidencia el carácter de dominio que pretendía encontrar, derribar animales salvajes con bolas de plastilina causaba una satisfacción en aumento mientras contaba que se había acercado a tal amigo, sacaba cuentas y ponía en orden según la fuerza del animal su puntaje al voltearlo. Con palitos chinos iba ganando habilidad de extraer lentamente sin mover la estructura, uno tras otro, cada uno con su valor, contaba tal como con los animales derribados en una cuenta que sumaba experiencia y potencia, chiquito y grande, finito y grueso, pasaba cada sesión por esos montajes donde la pulsión hacia sus vueltas, encontrando representaciones, no sólo destinos sino caminos, viajes, trayectos.

Comienza entonces a contarme esos trayectos en bici con sus amigos, y empieza a venir en bicicleta a su sesión, pone su cuerpo en movimiento, aunque sin embargo la caída del cuerpo se mantiene en pie.

Trae a sesión su celular, me quiere mostrar un juego que dice que es el que más le gusta, es un jueguito que consiste en realizar actividades, cosas que se hacen en el campo, va de la siembra y la cosecha hasta la comercialización del cereal y los granos, gana dinero y vuelve a invertir mientras ahorra, sitúa acá algo de su interés y no es menor dado que las actividades agrícolas tienen que ver con lo que hace su papá, al igual que los viajes.

Campo del Otro, un lugar fundante en los tiempos de estructuración.

Otro campo, momento de ir más allá de la endogamia familiar, de hacer un nuevo territorio.

En esta tramitación estaba, en “la latencia que adolece todo significativo” (Lacan, 1988, p. 672) cuando, por la complejidad cada vez mayor del caso, le insinúo a los papás la idea de que si así lo quería, su hijo tendría un lugar en el campo para poder ir a trabajar, decido sembrar en la transferencia con estos papás, para poder cosechar; la siega fue de alivio y tranquilidad, había un lugar para este hijo que marcado por las palabras de vago, burro, cómodo, iba poco a poco armando un campo.

En los juegos de palabras escondidas aparece la confirmación del difícil entramado que había hecho cuerpo entre la tristeza, la fuerza y el odio; me propone jugar a las palabras escondidas, el juego consistía en que tenía que anotar palabras y mediante algunas pistas la analista tenía que adivinarlas.

A: Falta que adivine una.

H: Si, ya adivinaste bici y accidente.

A: Me queda una pista, ¿no?

H: Si... LO OPUESTO A LA IRA.

A: ¿Calma?

H: No, no, lo opuesto al enojo.

A: Serenidad.

H: No Olivia, perdiste, lo opuesto a la ira es la tristeza.

A: Yo creo que lo opuesto a la tristeza es la alegría.

Si “el inconsciente está estructurado como un lenguaje” (Lacan, Seminario 1964, p. 28), para Hernán la tristeza era no estar enojado, en-

tonces salía de la tristeza con los enojos, su ira y su odio eran para defenderse de la tristeza, y como la fuerza remitía al enojo, del lado de la tristeza caía la debilidad, pero también despuntaba lo contrario de la tristeza, la alegría.

La transferencia y la apuesta del analista tienen su especificidad en los casos de púberes que empiezan a tomar a su cargo el goce que no es del Otro, un goce propio aparece en el cuerpo como superficie, es en esa “esencia cuerpo” como definición del yo que la metamorfosis narcisística y pulsional, comienza a aparecer y análisis mediante, la responsabilidad por el síntoma.

A través de cada apartado señalé la posición del sujeto en la que se encontraba el púber niño, en plena realización de un trabajo de reescritura, y configurando un nuevo cuerpo y otro campo.

Este análisis resultó una apuesta para situar una pregunta que el material clínico sostiene

A: ¿Estar enojado es ser fuerte?

H: No sé, no quiero venir más.

Bibliografía

Lacan, J. (1964). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Seminario XI*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Lacan, J. (1988). *La significación del falo. Escritos 2*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.

La construcción de *un* sujeto lacaniano

El hombre de hierro que vino por un choripán

Jorge Faccendini

Psicólogo

Psicoanálisis

Cátedra Psicoanálisis II - Facultad de Psicología (UNR)

Resumen

Se trata de la presentación de una viñeta clínica cuyo cometido es poder pensar la función de las entrevistas preliminares en la construcción de la función del sujeto en la teoría y clínica lacaniana. Operación que habilita, al mismo tiempo, el pasaje de un síntoma en su versión egosintónica a un síntoma analítico. Como egosintónico veremos que el mismo puede causar malestar pero que no produce necesariamente una división subjetiva que habilite a un análisis. División que exige por lógica el síntoma analítico en tanto se encuentra articulado a un saber, una causa y un sentido inconciente. Esta articulación no es sin consecuencias en cuanto a lo que puede leerse justamente como sintomático. En esta presentación partimos de una ludopatía, como supuesto síntoma, para dar cuenta de un conflicto inconciente que giraba en torno a la imposibilidad de elaborar una pérdida.

Asimismo, en este escrito se destaca que un significante no es un solo término o una sola palabra, sino que puede ser (y por lo general lo es) una escena cuyo relato es más amplio y abarcativo que el que puede darse en una sola sesión, implicando un encadenamiento del que necesariamente formamos parte en nuestra función como analistas.

Palabras clave: Sujeto - Síntoma - Significante.

Introducción

El presente escrito se basa en una reelaboración y formalización de una exposición oral realizada en 2017 en el marco de las II Jornadas del Departamento de Psicoanálisis de la Facultad de Psicología de la UNR. El encuentro llevó por nombre “Analistas hablando de su práctica” y el trabajo presentado oportunamente lo titulé “El hombre de hierro que vino por un choripán”.

Uno puede hablar de lo que hace por diferentes motivos o causas. Particularmente voy a hacer una equiparación, a riesgo de ser muy reduccionista, entre hablar de lo que hago con el hacer clínica, en tanto la clínica es un reflexionar sobre la propia práctica y los efectos de esta con determinados fines. Por ello, creo pertinente destacar que los objetivos por los que me quedo reflexionando tienen que ver con trabajar aquellas cuestiones que entiendo como una dificultad respecto de mi posición de escucha y lectura. Como así también intentar responder a algún interrogante o pregunta que me formulo en relación a una situación más específica de algún analizante. Entonces, al momento de elaborar dichas cuestiones se van abriendo de alguna manera lo que podríamos llamar dos vías, una que responderá a la situación puntual de la cual surge la pregunta, pero al mismo tiempo, se trata de extraer algo que no solo sirva para una situación puntual sino que pueda ser una coordenada clínica en otros casos, es decir, que trascienda en lo posible el caso único.

Vemos entonces, que estas dos vías, lejos de ser contrarias, por momentos se unifican. Por supuesto que siempre habrá que tener en cuenta que cada situación es particular y que todo análisis es un trabajo artesanal, pero eso no debe impedirnos tratar de pensar una mínima referencia que sea un invariante en las diferentes situaciones que se nos presentan y a pesar de ellas.

Según mi lectura, en psicoanálisis no debemos reflexionar ni teorizar para delimitar conceptos estáticos, pero sí que nos sirvan para poder pensarlos como operadores en la dirección de la cura –y de una cura en particular- y que nos permitan establecer los diferentes momentos de un trabajo de análisis. Por eso los conceptos en psicoanálisis no

se constituyen como entidades a priori, ya que solo nos sirven como orientadores en el sentido de permitirnos pensar cómo cada uno de ellos opera en el tejido discursivo de quien nos consulta, lo que implica articularlos y ponerlos en tensión en sus relaciones con los demás conceptos.

En función de lo planteado recientemente, es que les propongo que trabajemos aquello que entiendo como el primer movimiento necesario para dirigir una cura fundamentada en una lectura de la teoría lacaniana. Este movimiento u operación implica estar dispuesto a construir un sujeto, en tanto el sujeto no viene de entrada con la consulta de un paciente. Teniendo en cuenta que construir un sujeto implica, que como analistas, asumamos el compromiso de respetar al síntoma y su tiempo, destacando que solo a partir de darle un lugar al síntoma es que se podrá avanzar en un trabajo de análisis.

Presentación

Me llaman para consultar por un hombre al que definen como jugador compulsivo, y que tiene *ludopatía*. Preguntando si a él le interesaba consultar, me dicen que sí y coordinamos un horario para una primera entrevista.

Al momento de las entrevistas preliminares se presenta este hombre junto a la persona que me llamó, que lo acompañó los primeros dos meses de trabajo. Lo hago pasar solo a él y rápidamente *me dice que le dicen* que él es jugador compulsivo y que tiene una adicción, aunque él no cree tener un problema.

Durante estas entrevistas me va contando que no sabe si juega mucho y le pido que me cuente sobre este tema. Empieza a situar que ha mentido en reiteradas oportunidades para irse al casino y que va casi todos los días. En muchas ocasiones cuando finaliza de trabajar pasa por su casa, se arregla y se va a jugar. Ha pasado la noche entera jugando hasta el otro día a la mañana que sale del casino para irse a trabajar. Es decir que se ha pasado hasta trece horas jugando de manera continua.

Luego de algunas entrevistas le pregunto si él considera que no tiene un problema, para qué viene a verme y ahí se arma el siguiente diálogo.

-No creo tener un problema, nunca me gasté la plata de mis hijos.

-¿Cómo sería eso?

-Nunca me gasté plata de la comida o de las cosas de ellos, nunca les faltó nada.

-¿Cuánto gastas cuando vas?

-No voy con menos de siete.

-¿Siete?

-Antes iba con menos pero ahora si no junto al menos siete mil pesos no voy. Porque se me acaba rápido, a veces gano pero por lo general no.

-¿Vas a perder?

Se queda en silencio y al cabo de unos instantes comenta la siguiente escena, que entiendo fue una escena significativa y determinante de esta presentación:

-El otro día me sentí un poco mal porque cuando volví de jugar mis hijos me dijeron de comer algo y como era domingo dijimos de comer unos choripanes. Voy a buscar plata y no tenía, me tuve que poner a buscar en la casa y llegué a juntar \$210. No nos alcanzaba para seis choripanes (me aclaró que suelen comer dos cada uno), solo para cinco. Así que mis hijos comieron dos cada uno y yo uno solo, si estaba mi otro hijo no me hubiera alcanzado. Ahí tal vez sentí que me gasté plata de ellos, y luego de un instante de silencio, dice angustiada que puede ser que tenga un problema.

Ante este relato, mi intervención fue:

-¿O sea que *usted viene por un choripán?*

-Se ríe.

Entiendo que este relato y estas intervenciones marcan la caída de lo que retroactivamente podemos decir que era el síntoma¹ en su versión

¹ Decir *síntoma en su versión egosintónica* no es sin cierto grado de dificultad.

egosintónica, en tanto se empezaba a dar cuenta por un lado de un malestar y por el otro, hacía a la posibilidad de situar un interrogante ligado a este. Cabe destacar que no es que no hubiera malestar, sino que no era advertido como tal y por eso tampoco producía ninguna división subjetiva efectiva al respecto, era egosintónico, en tanto estaba integrado a la organización del Yo. La división subjetiva propiamente dicha empieza a surgir al momento de poder leer que *iba a perder*, lo que luego se encadena a la escena angustiante de la falta de un choripán. De manera posterior a estas intervenciones refiere y articula estar mal porque era próxima la fecha de cumpleaños de un familiar que falleció hace un tiempo.

Hasta aquí tenemos lo que me gustaría plantear como presentación inicial donde vemos que la división subjetiva que habilita a un trabajo de análisis no se presenta de entrada como tal en el discurso del paciente. La misma nos supone una búsqueda en la que un malestar se articule de manera tal de conducirnos a una escena distinta de la que el Yo ya sabe y en la que se encuentra detenido. Lo que podríamos decir de la siguiente manera: ligar ese padecimiento a un saber inconciente aún ausente al modo de una pregunta. Una operación que permita leer el malestar en cuanto tal, pero sin saber aún a dónde remite, en tanto implica sostener y soportar un interrogante al respecto.

Escenas significantes

Luego de esta presentación, considero pertinente que vayamos haciendo un recorte y una articulación de esta escena significativa junto con otras que fueron surgiendo y que nos permitieron un trabajo de análisis. Aclarando que para esta presentación no seguiré el orden cronológico en el que fueron apareciendo, sino que iré tratando de mantener la lógica de su articulación. Asimismo, aclaro que no siempre una escena era relatada en su totalidad en una misma sesión y, por supuesto que algunas de ellas se presentan de manera acotada, con ciertas omisiones y/o modificaciones por resguardo de ciertos datos.

- 1) Se separó porque su pareja no hacía nada en la casa ni fuera de ella. Años antes de empezar a jugar él trabajaba doce horas por día y al volver tenía que realizar todas las tareas domésticas: cocinarles a todos, lavar la ropa, planchar y prepararles las cosas para la escuela a sus hijos, entre otras². Cuando podía, dormía unas cuatro o cinco horas por día y si no podía, *se la aguantaba*.
- 2) Dice: en el casino no siento nada, ni dolor de cabeza, ni cansancio, ni hambre, frío o sed, *no siento el paso del tiempo. Pero cuando salgo de ahí, me siento re mal, me cae todo junto. Ahí adentro es como si no sintiera nada, no me pasa nada*. Al respecto es válido aclarar que la disposición física de los casinos está armada de manera tal de perder cierta dimensión temporal.
- 3) Privación de un choripán.
- 4) Trabaja en un taller metalúrgico.
- 5) Un familiar cercano falleció de una larga y dolorosa enfermedad.
- 6) Siempre se destacó en sus trabajos y en el servicio militar.
- 7) Tuvo que mentir para venir, porque nadie sabe que él viene a verme, salvo dos personas. No quedándome claro sus razones, le pregunto al respecto y dice:
 - Nadie sabe qué me pasa, que vengo acá, para mi familia sería una catástrofe.
 - Menos claro que antes, reitero mí pregunta ¿por qué?
 - Para ellos no me pasa nada, a mí para ellos nunca me pasó nada, inclusive mi separación los impactó. Siempre fui el que hice, el que se la bancó siempre, nunca me enfermé, fui el único de mi familia que pudo enfrentarse a mi viejo para plantearle las cosas. Soy el que fue fuerte cuando murió nuestro familiar, ahí no lloré y para ellos nunca tuve que llorar nada. Nunca me vieron mal.
 - Parece que sos *un hombre de hierro* que se banca todo. Sonríe entre medio de algunas lágrimas.
 - A lo que agrego...*Un hombre de hierro que vino por un choripán.*

² A los efectos de evitar cualquier lectura vinculada a una cuestión o problemática de género, considero pertinente aclarar que no iba por ahí nuestro asunto. Lo que nos interesaba a nosotros era poder leer que ya durante su matrimonio hubo un tiempo en que él asumía o aceptaba una posición de hacer todo y aguantarse todo.

Articulación

Luego de estas escenas, vayamos ahora a tejer toda la lógica en la que estaba implicado el juego y como el mismo se articulaba en la construcción del sujeto.

Inicialmente podemos leer que esta persona llegó en una posición tal en la cual él es un *hombre de hierro*, entendiéndose el *es* en tanto determinación del Otro en la que se encuentra capturado. Y en nuestro trabajo esta determinación asfixiante empieza por articularse con aquello que le posibilitó leer una pérdida, ir a perder al casino y venir por un choripán. Se entiende que él pudo leer una pérdida a partir de una operación de privación, leída en no poder comprar determinado objeto, lo que destaca que lo importante no es el objeto en sí mismo, sino el objeto en tanto simbólico que arma un agujero en lo real: falta un choripán, ahí donde no falta nada.

Leyendo más detenidamente vemos que en toda la escena se pone en juego el perder y la falta, puesto que la leemos en:

- El hecho de tener que ponerse a buscar plata para comprar.
- Fantasía de gastarse la plata de los hijos.
- Fantasía de que si estaba otro de sus hijos no hubiera podido comprarles a todos.
- Frustración de no comer (en tanto vinculada a la demanda del Otro).

Al mismo tiempo en que empieza a lograrse este encadenamiento significante, se empieza a interrogar la determinación asfixiante del Otro, atestiguada con el surgimiento de angustia. En la historia de esta persona, la determinación del Otro estaba elevada al modo de una significación absoluta en la cual él no podía perder, no podía pasarle nada, él era un hombre de hierro. Obviamente que se pone en juego la significación del Otro pero encadenada y vinculada a partir de un chiste con su trabajo en una metalúrgica. Esta determinación de este Otro, inhabilitaba cualquier tipo de división subjetiva articulada a la angustia, a él no podía pasarle nada. De alguna manera es como si lleváramos

al extremo de un ideal identificatorio esta frase vacía que se escucha mucho en lo cotidiano: *está todo bien*.

De su decir se desprende que su ida al casino era una forma compulsiva de poder elaborar algo de una pérdida, tanto de su matrimonio como del fallecimiento del familiar cercano, entre otras. Él no iba a ganar, sino a perder, era el único lugar donde podía perder en paz y donde paradójicamente no sentía nada. A partir de esta articulación el jugar pudo constituirse como síntoma analítico en tanto respondía a las dos fuerzas en juego, pudiendo articularse en una cadena significativa y por ende ser leído.

Vemos entonces que luego de la caída de lo egosintónico y en tanto vaciamiento del sentido del Yo, puede empezar a tejerse el síntoma al modo de un enigma. Es preciso recordar que el Yo es ante todo una posición enunciativa atravesado por la función de desconocimiento, en tanto desconoce a lo inconsciente y su determinación por el Otro. Volviendo al síntoma, vemos que al vaciarse de sentido y como enigma, puede empezar a articularse a un saber de otra índole, a una causa y a un sentido inconsciente, ligado a la posibilidad de inscribir una pérdida, él iba a perder, lo sabía, pero no se había dado cuenta.

Asimismo, se destaca que un significativo no es necesariamente un solo término o una sola palabra, sino que puede ser, y por lo general lo es, una escena cuyo relato es más amplio y abarcativo que el que puede darse en una sola sesión, implicando un encadenamiento del que necesariamente formamos parte en nuestra función como analistas.

Al cabo de varios meses de trabajo, en determinado momento me dice:

-No se si te dije, pero hace bastante que no voy al casino, la última vez que fui no aguanté ni dos horas, me dolía la cabeza, el ruido, me tuve que ir.

Creo pertinente destacar que nunca le dije que deje de ir al casino, tampoco fue necesario. Vemos que lo importante entonces no era el juego en sí mismo, sino el escuchar y leer que él ahí podía perder. Por eso el trabajo fue dirigido de manera tal de poder armar otras formas de

perder y de tramitar una pérdida, de habilitar a un trabajo de duelo en el cual él no quede perdido.

Podemos observar que partimos de la impresión inicial de que esta persona era un jugador y que el síntoma era una supuesta ludopatía, pero vemos que el jugar no era el problema ni el síntoma en sí mismo. Lo sintomático era esta determinación del Otro en la que estaba encerrado sin poder habilitarse a una pérdida y el sujeto del que se trató es de *un hombre de hierro que perdió un choripán*.

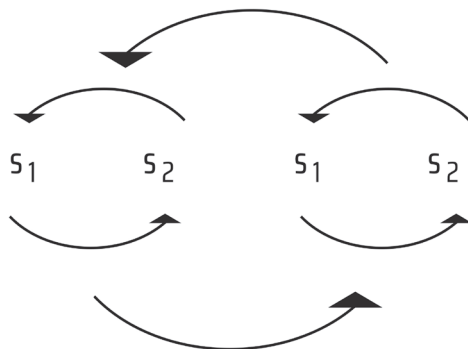
Vemos que en el trabajo de análisis es necesaria la construcción de la función del sujeto para poder leer la articulación existente entre el síntoma y el lugar del Otro. Lo que también podemos expresar de la siguiente manera: *lo que posibilita y al mismo tiempo habilita el dispositivo del análisis es leer el encuentro que hay entre el síntoma y el Otro*.

Consideraciones sobre el armado del sujeto

Teniendo en cuenta lo planteado hasta el momento vayamos ahora a tratar de esquematizar y formalizar aún más el armado de este sujeto. Para esto, debemos tener en cuenta una aclaración que aún no hemos realizado en este escrito y es que Lacan utiliza la palabra francesa *sujet*. En castellano este término es traducido por sujeto, lo cual es una de las significaciones posibles que contiene el *sujet* francés. Además, esta tiene otros sentidos, entre ellos podemos mencionar: el *contexto*, el *asunto*, el *tema*, la *materia* de la que se está hablando o la *cuestión* a la que se alude.

Ahora bien, si tomamos lógicamente la definición que nos da Lacan en el *Seminario IX* de que el sujeto es lo que representa un significante para otro significante y teniendo en cuenta sus reiteradas aclaraciones de que el sujeto no es la persona, debemos entender entonces que se refiere a un asunto, un tema, una materia que se teje entre al menos dos significantes encadenados. Así concebimos por qué también se lo define como un sujeto dividido o del intervalo y es por eso que no dudo en afirmar que el sujeto es un texto, ya que es aquello de lo que se habla y se construye entre un analista y un analizante.

A los fines esquemáticos, volquemos el ejemplo en una cadena articulada:



Posición enunciativa del paciente: Yo- *me dicen que soy jugador compulsivo (ludópata).*

Primer anillo

S₁: No creo tener un problema, nunca me gasté la plata de mis hijos.

S₂: No voy con menos de siete.

Segundo anillo

S₁: Antes iba con menos pero ahora si no junto al menos siete mil pesos no voy. Porque se me acaba rápido, a veces gano pero por lo general no.

S₂: ¿Vas a perder?

Efecto sujeto: Viene por un choripán en tanto primera inscripción de una pérdida.

Cabe destacar y reiterar que este recorte es arbitrario a los fines didácticos y esquemáticos, pero mantiene toda la rigurosidad clínica y teórica que debemos exigirnos en una presentación. Asimismo, opté por presentarlo de esta manera para tener en cuenta de que luego de que un S_1 se articula con un S_2 debe seguir otra articulación en tanto que no es una cadena lineal, sino que se trata de cadenas que se cierran unas sobre otras, al modo de anillos sobre anillos. Al respecto de la cadena significante, leemos en Lacan “anillos cuyo collar se sella en el anillo de otro collar hecho de anillos” (Lacan, 2005, p.481.). Por eso es que lo inconsciente *se lee (se abre)* a partir de que *se cierra*, o sea, cuando se produce una articulación entre significantes algo puede ser leído y esto concierne a la función del analista.

Queda claro ahora, que entendido el sujeto como el asunto del cual se habla, no se podrá establecer a quién correspondió lo dicho, y tampoco corresponderá hacerlo en tanto lo dicho no es ni del paciente, ni del analista. Lo que se dice en un análisis no tiene dueño, sino que es una construcción que abarca la materialidad discursiva de quien consulta como así también las intervenciones e interpretaciones de quien ofrece su escucha y lectura desde determinada posición.

Para finalizar, les propongo retornar a una referencia inicial de este escrito para tratar de resignificarla en su articulación al resto del desarrollo. Me refiero a la afirmación dada al comienzo de que uno de los primeros movimientos u operaciones necesarias para poder dirigir una cura es la construcción de un sujeto. Si hasta aquí hemos realizado un desarrollo sustentado en una lógica coherente, entonces no tenemos más que rechazar la idea de que trabajamos con la materialidad discursiva del sujeto para reemplazarla por la noción de *trabajo de construcción de la materialidad discursiva que es el sujeto*.

Bibliografía

- Eidelsztein, A. (2003). Diagnosticar el sujeto. *Imago Agenda*, n° 73.
- (2011) *Las estructuras clínicas a partir de Lacan*. Volumen II. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Faccendini, J. (2016). *Una clínica del grafo del deseo*. Letra Viva: Buenos Aires, Argentina.
- (2017). *Clínica y neurosis. Fantasma*. Rosario, Argentina: Laborde Editor.
- Lacan, J. (1961). El seminario IX. La identificación. Recuperado en <http://www.psicocanalisis.org>.
- (2005). *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano. Escritos 2*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- (2005) *La dirección de la cura y los principios de su poder. Escritos 2*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- (2005) *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud Escritos 1*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

El duelo ¿un adiós?

Verónica Daniela Maccari

Psicóloga y Prof. en Psicología

Terapia Sistémica

Cátedra Psicoterapias - Facultad de Psicología (UNR)

Resumen

En el presente capítulo se expone un recorte de una psicoterapia individual sistémica, en la que se trabajó con una joven en situación de duelo. Se introduce sucintamente en qué consiste este tipo de terapia. Luego, se describe brevemente: contexto familiar, primer contacto, motivo de consulta, aspectos relacionales. Por tratarse de un caso clínico complejo que requeriría mayor espacio para desarrollar, se hace foco en algunos puntos teóricos y psicoterapéuticos que se diferencian de los enfoques tradicionales. Se describen algunas técnicas sistémicas. Se conceptualizan las ideas de “presencias etéreas” (Sluzki) o “persistencia de la relación” (Bowlby). A partir de allí, se relaciona un abordaje clínico del duelo, representado por la metáfora de Michael White: “decir de nuevo ¡hola!”.

Palabras clave: Psicoterapia sistémica - Duelo - Presencias Etéreas - Persistencia de la Relación.

Durante años, la psicoterapia sistémica se ocupó del contexto relacional más significativo del individuo -la familia-, con la idea de que para que tuviera lugar el cambio en una persona, bastaba con cambiar las relaciones familiares. Hace casi cuarenta años se produjo una convergencia de intereses entre diversas orientaciones terapéuticas: terapeutas sistémicos han prestado más atención al individuo y a las

emociones; y algunos terapeutas que se habían dedicado a la terapia individual se abrieron a la terapia sistémica (Boscolo y Bertrando, 2000).

La evolución de la terapia sistémica fue posible gracias al advenimiento, primero, del constructivismo y de la cibernética de orden segundo, que le otorgan al observador -individuo- un primer plano; y luego, del construccionismo social, que ubica al lenguaje en el centro de todo, yendo más allá de la dicotomía individuo-familia. Así, la terapia sistémica utiliza hoy marcos teóricos más amplios como la hermenéutica, la teoría conversacional, la narrativa, trascendiendo, de algún modo, los límites entre el individuo y la familia (Boscolo y Bertrando, 2000).

Tales desarrollos teóricos, sumados al interés por las emociones, permitieron ampliar el modelo, conectando mundo interno y mundo externo, la experiencia individual con la descripción y la explicación sistémicas, así como los niveles del pensar, sentir y actuar.

Estos cambios plantean la necesidad de teorías que brinden un amplitud de mirada en cuanto al individuo, permitiéndonos salir de la dicotomía individuo/sistema. Así, podemos ubicarnos de manera reduccionista en el nivel de los síntomas, o en el de las pautas de conductas, o en el de las experiencias, etc., sin perder de vista el marco sistémico más amplio (Boscolo y Bertrando, 2000).

A continuación, se expone un recorte de una psicoterapia individual sistémica, en la que se trabajó con una joven en situación de duelo. Nos apoyaremos entonces en un marco teórico sistémico, y nos valdremos de aportes de la teoría del apego de John Bowlby. Nos interesa esta teoría porque permite una manera esclarecedora de conceptualizar la propensión de los seres humanos a establecer intensos vínculos afectivos, y permite comprender las múltiples formas de padecimiento emocional a que dan lugar la separación y la pérdida de la persona amada, vale decir, el duelo.

Aquí utilizaremos el término “duelo” en sentido amplio, para hacer referencia a una variedad de reacciones frente a la pérdida de una persona amada, incluidas las que traen un resultado patológico. Es decir, el término “duelo” incluye todos los procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que una pérdida pone en marcha. La presencia de proce-

sos defensivos no configura un duelo patológico, ya que son habituales en todo duelo. Lo característico de la patología será entonces las formas que adopten dichos procesos, su alcance, intensidad y tendencia a persistir (Bowlby, 2009).

Contexto familiar, primer contacto y motivo de consulta

*y ahora que la evoco, hundido en mi quebranto,
las lágrimas trezadas se niegan a brotar,
y no tengo el consuelo de poder llorar.
(Alfredo Lepera)*

El proceso psicoterapéutico de Azul duró aproximadamente un año y medio, con frecuencia semanal los primeros cinco meses, quincenal los tres meses siguientes, y cada tres semanas en la fase final.

Azul es una joven de 19 años. Es la tercera de cinco hermanos. Vive en la casa de sus padres con tres hermanos. Cursa el segundo año de la carrera de kinesiología. Su familia pertenece a una clase social modesta. Su padre es albañil, su madre ama de casa.

Se trata de una familia en la que predomina el desligamiento: hay una distancia afectivo-emocional respecto de los padres hacia sus hijos, y recíprocamente. En cuanto al subsistema fraternal, Azul tiene mayor cercanía con sus dos hermanas mayores, mientras que con sus hermanos menores (varones) mantiene una relación más distante.

El primer contacto telefónico lo realizó su hermana mayor, Soledad de 25 años. Adujo que Azul estaba con ella, pero que no podía hablar por la gran angustia. Entablé entonces la conversación con Soledad.

Desde la psicoterapia sistémica se entiende que el primer contacto telefónico es de gran importancia. No se limita a la función de “dar un turno”, es una oportunidad para conocer al consultante y parte de su contexto, de construir las primeras hipótesis, y de ser posible, para realizar microintervenciones.

La conversación se dio en un tono cordial. De allí se desprendió el motivo de consulta. Me contó que hacía dos semanas Azul había sufri-

do un accidente automovilístico y que su novio, quien era el que conducía, falleció.

Una primera hipótesis que formulé fue que, si Soledad llamó por su hermana para pedir un turno, es que es una persona significativa del entorno de Azul. Mi intervención consistió en ese momento en preguntarle si de ser necesario podríamos contar con su presencia en los encuentros terapéuticos, a lo que respondió afirmativamente. Yo no sabía si sería necesario contar con ella en algún momento, pero al hacer esta intervención dejé abierta de entrada la posibilidad.

En el primer encuentro terapéutico con Azul, propicié que contara cómo sucedieron los hechos. Fue una oportunidad para que pudiera llorar. Ante cada llanto me pedía perdón. Reformulé el llanto como posibilidad de expresar y darle curso al dolor.

Reformular o reestructurar es cambiar el marco conceptual o emocional, en el que se inscribe una experiencia, y enmarcarla en otra estructura, “(...) que aborde los “hechos” correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mejor, cambiando así por completo el sentido de los mismos” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p. 120).

Luego de la reformulación dejó de pedir perdón, y desde entonces el espacio terapéutico fue el contexto privilegiado para llorar. Fue un logro importante ya que no se lo permitía en otros contextos: “Mi mamá tiene hipertensión, entonces viste, yo no puedo llorar, no quiero darle preocupaciones, y tampoco puedo llorar con mis amigas, no me gusta que me vean mal”. En el quinto encuentro dijo: “Yo veo este espacio para desahogarme, para llorar, porque en otro lado no puedo o no quiero”.

Breves aspectos relacionales de la pareja

Tomás tenía 25 años. Eran novios desde hacía tres años. Se trataba de una relación estable, afectuosa y confirmatoria. Previo a la muerte de Tomás, ellos estaban atravesando un buen momento de la relación; no habían discutido ni peleado instantes antes del accidente ni en los días anteriores.

Es importante conocer cómo se había construido y desarrollado la relación, evaluar cómo estaba la relación al momento del fallecimiento del ser amado, al igual que saber qué creía ella que significaba para él, así como saber qué significaba él para ella. La información sobre la relación tiene al menos dos implicancias en el proceso psicoterapéutico. Primero, permite ver si quedaron aspectos pendientes de resolver entre ellos, y de ser así, trabajarlos. Segundo, saber qué función de ella y qué función de él se perdieron con su muerte. Veamos brevemente este último punto, qué función de él ella “perdió”.

Azul se sentía muy contenida por Tomás, era su sostén. “No sé que voy a hacer con mi vida. Él me apoyaba en todo, me empujaba para que siga adelante”. Pregunté quién de su familia le había brindado una contención similar, y respondió que nunca nadie. Con el transcurrir del proceso terapéutico, trabajamos para que ella pudiera ser su sostén fundamental, además de reforzar su red de afectos.

Un hecho fortuito reformulador de la culpa

Tomás falleció en un accidente automovilístico, del cual Azul fue sobreviviente. Al parecer se quedó dormido y el auto descarriló y tumbó. Ella iba durmiendo en el asiento del acompañante. Azul se sentía culpable por no haber estado despierta para despabilarle. En el primer encuentro traté de reformular la culpa sabiendo que tal vez no tendría demasiados efectos por el momento. Sin embargo, siete semanas después, una situación azarosa reforzó y resignificó la reformulación. Watzlawick et al. (1992) nos dicen que el cambio a veces se da de manera fortuita y ello sucedió.

“El otro día fue a casa una de las chicas que conocí. Me dijo que la gente dice que yo tengo la cara desfigurada, que me quedó mal la pierna (cosas que no son reales). Que cómo yo no lo había cuidado para que no se quedara dormido (va elevando el tono de voz). Para mi desgracia lo único que tengo es una placa en el hombro que ni se me nota (llora). Y de eso que me quedé dormida, yo no lo hice a propósito (llorando y gritando). La gente que me conoce sabe lo que él significaba para mí. La

otra gente qué sabe. Yo tengo bronca porque me quedé dormida pero no lo hice a propósito”.

Este hecho fortuito funcionó al modo de una provocación, intervención que yo no hubiese podido realizar en este contexto terapéutico, por tratarse de una situación de duelo. De realizarla, habría puesto en riesgo el vínculo terapéutico e incurrido en un “salvajismo”.

La provocación es una intervención incisiva, que apunta a perturbar la homeostasis del sistema. Consiste en la realización por parte del terapeuta, de una conducta verbal o no verbal de desafío al sistema, para modificar sus reglas de funcionamiento. La intención es tocar elementos rígidos significativos del nivel del pensar, del sentir o del actuar.

Esta situación azarosa permitió otra intervención para reforzar la reformulación de la culpa, intervención que describiremos más adelante. A partir de allí (octavo encuentro) la culpa cedió.

Presencias etéreas, persistencia de la relación

Desde el primer encuentro, Azul se sintió en confianza para hablar sobre un tema fundamental. Lo que Sluzki llama “presencias etéreas o fantasmales” o lo que Bowlby llama “persistencia de la relación”.

Azul: Es raro, Me pasan cosas raras. El otro día fui al médico, para hacerme los controles para la operación. (...) Y cuando entré al consultorio, estábamos ahí, me di vuelta y lo vi.

Terapeuta: ¿Lo viste a Tomás?

A: Sí, era como un humo, no sé si era humo, pero como con algo dorado. Pero no lo cuento a nadie, yo lo veo, está, no estoy loca.

T: Claro, a ver si entiendo. Creés que los demás pensarían que estás loca porque si te contaban algo así antes de que sucediera esto, ¿vos hubieras pensado que esa persona estaba loca?

A: Sí, o lo hubiera explicado de otra manera, como que “bueno, te habrá parecido, tal vez te pareció que estaba, creíste”. Pero bueno, no sé, a lo mejor yo creo que está, pero para mí es así, está.

Es frecuente que la persona que sufre la pérdida de un ser amado tenga la sensación de su presencia real. Tal sensación suele establecer-

se con firmeza luego de algunas semanas de la muerte, y tiende a persistir con intensidad, a diferencia de lo que ocurre con casi todos los otros componentes de las fases tempranas del duelo que lentamente se van debilitando (Bowlby, 2009).

Puede ocurrir que la persona tenga la sensación de que su ser amado fallecido la acompaña todo el tiempo. O que se lo ubique en algún lugar específico y adecuado: en una silla, una habitación, o en la tumba. También puede entablar conversaciones, acompañadas o no de alguna forma de ilusión sensorial o de alucinaciones (Bowlby, 2009).

La frecuencia con que las personas en duelo sienten la presencia de los ausentes, permite otorgar un nuevo sentido a las “alucinaciones” o visiones fantasmales; por un lado, no constituyen síntomas exclusivos de trastornos graves tales como esquizofrenia, y por otro, puede considerárselas como recursos del yo ante la situación de shock que la muerte produce. Entonces, las presencias fantasmales ayudan en el proceso de duelo. Así, la persona fallecida permanece en los márgenes de la percepción por un tiempo. No se trata de una experiencia cognitiva intencional; es un proceso laborioso en el que los sentidos engañan, para ayudar a aprender o a tolerar la experiencia dolorosa de la inaccesibilidad de ver, escuchar, tocar, oler a la persona perdida (Sluzki, 2011).

Estas experiencias son vividas como desagradables por pocas personas, la mayoría encuentra ayuda y consuelo en ellas. Parece probable que para muchas personas el estar dispuestas a que persistan sus sentimientos de apego, les permite preservar su sentido de identidad y reorganizar su vida de manera significativa (Bowlby, 2009).

Estas consideraciones cambian el sentido del abordaje clínico. Tomar las presencias fantasmales como parte integrante del duelo despatologiza tales manifestaciones. Escuchar con naturalidad estos relatos le permite al consultante sentirse comprendido, pero, además, no sentirse enfermo o loco. Su confianza aumenta al notar la comprensión del terapeuta, y así se crea la posibilidad de trabajar con relatos sumamente ricos.

“Presencias fantasmales”, “persistencia de la relación”: un mismo fenómeno descrito por dos autores procedentes de diversas teorías. Por nuestra parte, no interpretamos estos términos como simples sinóni-

mos, sino como uno siendo manifestación del otro: pueden entenderse a las presencias etéreas como la manifestación de la persistencia del sentido de apego hacia la persona fallecida.

Entendemos entonces, gracias a Bowlby, que persiste el apego, y que no hay motivos para considerarlo como patológico per se. Si hay persistencia del apego, de la relación, por qué ir en contra de ello. Resulta más saludable seguir el curso de esos sentimientos. Nos parece coherente con estas consideraciones la propuesta de Michael White de su metáfora del “decir de nuevo ¡hola!”.

Una metáfora reivindicadora

White señala que la desolación que las personas en duelo experimentan es tal que, incorporar en el contexto terapéutico la “relación perdida”, parece mucho más indicado que todos los esfuerzos tendientes a hacer olvidar esa relación. Esta consideración lo impulsó a investigar dicha metáfora. Así, construyó preguntas que presentan la posibilidad de que reivindicuen la relación con el ser amado y perdido (White y Epston, 1993).

Las preguntas que parecen más eficaces para tal fin, son las que invitan a relatar lo que las personas perciben como la experiencia positiva de ellas que tenía el ser fallecido (White y Epston, 1993).

Por ejemplo:

T: Si te vieras ahora a través de los ojos de Tomás, ¿qué rasgos tuyos advertirías que pudieras apreciar?

A: (Comienza a reír) Ay, no sé...Supongo que mi sonrisa, porque los dos somos personas muy alegres. Yo las cosas que hago las hago por él, porque no le gustaría verme tirada en la cama. Le gustaba mucho que soy risueña. Nos reíamos mucho (...).

El relato resultante de este tipo de preguntas, expresa la experiencia que las personas tenían de aspectos específicos de lo que experimentaba la persona fallecida. Estas evocaciones no refieren únicamente a hechos pasados, incluyen una experiencia plena, una experiencia que abarca aspectos afectivos y emotivos de las personas. Es importante

entonces destacar que en tales narraciones pueden experimentarse el yo pasado. Nociones olvidadas del yo pueden resurgir y ser expresadas (White y Epston, 1993).

Azul rió por primera vez en el contexto terapéutico, y pudo recordar un aspecto suyo completamente opacado. Surgieron así relatos de recuerdos en los que ambos reían, y ella reía al contarlos. Así, no sólo pudo llorar en los encuentros terapéuticos, también pudo reír, y permitirse relatar anécdotas felices vividas con Tomás.

Otro tipo de preguntas invitan a las personas a revisar su experiencia y a encontrar otras versiones de sí mismas que presenten los “hechos” experimentados como más saludables, para ayudarlas a escribir una nueva historia de sus vidas (White y Epston, 1993).

T: Vamos a imaginar que vos sabés manejar, y vamos a imaginar que la que falleció fuiste vos, y el que sobrevivió fue Tomás. Entonces la persona que viene a consultarme es él. Me cuenta que esa noche le dolía muchísimo la cabeza y tenía ganas de vomitar, y que vos le dijiste: “si no te sentís bien, dormí”. Entonces él durmió. Se produjo el accidente. Y ahora me cuenta que él se siente culpable por haberse quedado dormido, que está enojado doblemente con él porque si no dormía te podía despabilar. Y vos lo estás viendo desde algún lugar, escuchás todo lo que él me cuenta, y tenés la posibilidad de hablarle. ¿Vos qué le dirías?

A: No sé. Le diría que no tiene la culpa porque la que manejaba era yo. Que fue un accidente, que nadie es culpable de eso. Que de ninguna manera podía estar despierto con lo mal que se sentía, que si hubiera estado despierto no significa que el accidente no hubiese pasado. Que pasó porque pasó.

En esta pregunta se presenta el contexto específico en que surgió el accidente, en los términos y con los hechos que Azul relató con anterioridad. Con el recurso de imaginar por un lado, y el de la empatía por el otro, se invita a la consultante a resignificar lo sucedido de una manera alternativa.

Este recurso, integrado al hecho fortuito de la provocación que comentamos más arriba, permitió que el sentimiento de culpa de Azul cesara, y así pudo construir un relato “más justo” con ella misma.

Hasta aquí el breve recorte de un caso complejo. Otros tipos de preguntas propuestas por White quedaron afuera, al igual que aspectos del duelo sumamente importantes.

Consideraciones finales

A lo expuesto en este capítulo, subyace una idea fundamental.

Desde nuestra perspectiva sistémico-narrativa, el *self* se construye y reconstruye en interacciones con las múltiples relaciones de las que formamos parte. Sluzki (2011) dice que tal vez este proceso es un rasgo universal en la construcción y retención de nuestra identidad. Esto resulta claro cuando cambios de nuestro entorno -por ejemplo, la muerte de un ser amado- desestabilizan los lazos sociales predecibles y cercanos, las normas y los hábitos, todos ellos hitos demarcadores de nuestro mundo y, por tanto, de nosotros mismos. Así, no resulta extraño que el *self* desarrolle presencias fantasmales ante una situación de duelo.

Entonces... El duelo, ¿un adiós?

Ante la pérdida de una persona amada, se suceden momentos caracterizados por diversas emociones, llamados fases del duelo. Al igual que White, no me posiciono en el extremo de las fases hasta llegar al adiós definitivo, retirada de libido en términos freudianos. Pero esto no debe confundirse con el extremo de que no deba haber aceptación, porque hay una pérdida por aceptar, enmarcada por la falta física. Más bien, el proceso del duelo es un fenómeno en el que es necesario “decir adiós y también decir hola”: la elaboración del duelo implica reconocer y aceptar que ya no es posible la presencia física del ser amado, y a la vez, “reconstruir” una forma diferente de su presencia.

Si nuestra identidad está formada por nuestras relaciones con personas significativas, y a su vez formamos parte de relaciones que constituyen la identidad de los demás, entonces, cuando alguien amado muere, “muere una parte nuestra”, pero a su vez, “parte de quien murió queda en nosotros”.

El duelo nos desafía -o nos invita- a construir una “nueva relación” en la que el afecto, los recuerdos, los significados propios del fallecido, su legado, revivan, no se entierren, salgan a la luz.

Bibliografía

Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia Individual Sistémica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores S. A.

Sluzki, C. (2011). *La Presencia de la Ausencia*. Barcelona, España: Gedisa S. A.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1992). *Cambio*. Barcelona, España: Herder.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.

Clínica tensada, clínica ampliada

Andrés Matkovich

Psicólogo

Psicoanálisis

Cátedra Práctica Profesional Supervisada “B” - Facultad de Psicología (UNR)

Resumen

El escrito destaca fragmentos de la experiencia práctica y de algunas herramientas que consideramos útiles para organizar el trabajo. Se trata del relato de vivencias e ideas construidas en este recorrido en la salud mental. Desarrollaremos algunos ejemplos situados en contextos sociales de gran vulnerabilidad que ponen en cuestión las formas tradicionales de abordaje del padecimiento mental.

Tomaremos algunas ideas fuerza plasmadas en materia de salud mental que se inscriben en la tradición antimanicomial sosteniendo en la especificidad clínica una concepción del sujeto concreto, no enclaustrado en su enfermedad y capaz de inventar su propia salud.

Vemos que en la historia del psicoanálisis argentino existen muchos ejemplos teóricos y experiencias prácticas que dan cuenta de un psicoanálisis más allá de su contexto típico, al que muchas veces queda encadenado. Reconocemos que se llevan a cabo una cantidad enorme de dispositivos pensados desde una matriz psicoanalítica. Esto interpela algunos postulados y nos hace preguntar sobre aquello que complementa, enriquece o empobrece nuestra praxis. Dentro del psicoanálisis mismo existen prácticas, sustentadas en teorías, posiciones ideológicas que producen reduccionismos y no aportan beneficios a las situaciones que se presentan. Una tendencia es acotarlo y no correrlo de su zona de confort y otra es la de usarlo como una herramienta de interpretación masiva, como discurso que explica cualquier tipo de fenómeno.

En el marco de los dispositivos no tradicionales, hay que reconocerlo, se corre el riesgo de diluir la mirada y la escucha clínica entre las tensiones del mar revuelto del contexto socio histórico. En este escenario, los embates son parte de las condiciones. El trabajo con personas en situación de vulnerabilidad lleva a la ampliación del campo de análisis y de intervención, al retrabajo en equipo. Proponemos pensar los conceptos psicoanalíticos de contratransferencia y encuadre para pensar nuestra posición y las posibles intervenciones. La propuesta es mostrar cómo el análisis de esas tensiones lleva a levantar la visera, revisando y ampliando los supuestos acerca de la clínica.

Palabras clave: Derechos humanos - Desmanicomialización - Psicoanálisis - Clínica ampliada.

Contexto de las prácticas: los derechos humanos como idea-fuerza

Para comenzar el escrito voy a plantear algunas cuestiones generales y que tienen que ver con pensar la realidad desde una posición específica que reconoce a esta como un constructo subjetivo complejo y dialéctico. Nuestra mirada, el discurso que sostenemos y las intervenciones que realizamos son dirigidas a pensarnos como agentes y sujetos de una praxis que nos compromete subjetivante por lo que se vuelve difícil objetivarla (Gadamer, 1999).

Nuestro enfoque, el del psicoanálisis y la salud colectiva, al reconocer la dimensión subjetiva de esta práctica -no como mera aplicación de la teoría sino también como formadora de subjetividad- tiene que ser capaz de pensarla en la complejidad y trabajar sobre varios aspectos de la misma (Souza Campos, 2009).

Respecto a esto último es ineludible hacer referencia al contexto en que se inserta nuestro enfoque, nuestro modo de ver (de pensar y de sentir) las cosas. Surge como una primera asociación plantear la angustia por el estado actual de nuestro país y del mundo. Es necesario poder reflexionar que estamos situados en un contexto general donde hay millones de personas sufriendo injusticias a diario por el sinnú-

mero de problemas que genera este régimen y los “ajustes” que las clases dominantes siempre buscan imponer. Nos movemos en un marco donde la desigualdad social y las asimetrías sociales que exponen a un sector muy amplio de la sociedad a situaciones de explotación, riesgo y vulnerabilidad, y a otro sector muy reducido a una acumulación desmesurada de riqueza, mediante la imposición de subjetividades y formas de lazo social que producen y reproducen las formas actuales de sufrimiento.

En este marco, posicionarse desde un lugar de resistencia implica la ubicación, el reconocimiento y el posicionamiento dentro de las tensiones propias del campo social. Las posiciones de “neutralidad política” o de pensarse “más allá” de esas contradicciones obviamente no abonan a mejorar el estado de situación ni a pensar nuestro trabajo. Con esto quiero referirme a la necesidad ética de reconocerse como parte de una clase social, de un género y de una generación determinados, y atender a las relaciones de poder que entablamos en el contexto de nuestra práctica.

Vale citar cuando profesionales de la salud sostienen representaciones morales hegemónicas o de sentido común, y sus correspondientes prácticas, por ejemplo, respecto a las clases más empobrecidas, o frente a la diversidad sexual, todas estas cargadas de prejuicios. Muchas veces esto no permite un nivel de empatía mínima, tan necesaria en los tratamientos de salud/enfermedad mental de los que formamos parte como profesionales, como equipos, como institución. Es decir, pensar lo que llamamos en el lenguaje común, que Ulloa (2012) conceptualiza, como el “trato”. ¿Cómo tratamos a los/as pacientes? ¿Cómo nos tratamos y organizamos en el equipo? Como para pensar por ejemplo las prácticas que expulsan y las que alojan, las formas en que concebimos a las personas, pacientes, usuarios con los que trabajamos, etc.

Con mayor o menor visibilidad, las prácticas que derivan en efectos de expulsión y de mayor grado de alienación y achatamiento deben ser puestas en el foco de nuestro análisis. Algunas de estas llegan a ser en extremo perjudicial para la salud y la vida de los/as usuarios/as. Imaginemos la situación de un niño o adolescente dudando acerca de su sexualidad, frente a un analista o profesional psi que asuma que la elec-

ción no heterosexual constituye un problema en sí mismo, o peor aún, que le suponga carácter de aberrante o patológica; o que crea que toda forma de conformación familiar no clásica puede predisponer trastornos en lxs niñxs.

Esto vale para pensar algunas de las relaciones que se entrelazan en las instituciones y dispositivos donde estamos advertidos que existe una asimetría histórica, relaciones de fuerza. Por sernos cercanas hablamos de la relación entre profesional y paciente, pero también de las relaciones entre los géneros, de la relación docente-estudiante en la educación, de las relaciones en las familias. También puede ser extensible a pensar nuestra posición y relación con otras culturas, razas, creencias, modos y condiciones de vida que de por sí son *otras* singulares y diferentes a los propios, y con los que podemos tener más o menos contacto y sentirnos cercanos o lejanos.

En este punto, nos queremos preguntar por los interrogantes específicos de lo que llamamos el campo de la salud mental. Luego de la segunda guerra mundial se desarrolla lo que Galende (1991) llama el período de “las consignas en salud mental”, y explica que nos encontramos en un momento posterior a la visión religiosa y a la médico rehabilitadora, para pasar, luego de la posguerra, a una etapa donde las organizaciones mundiales comienzan a realizar declaraciones y tratados que exigen a los estados nacionales generar políticas dirigidas a proteger los sectores más vulnerables de la sociedad, entre ellos a los pacientes usuarios de servicios de salud mental.

Con el desarrollo del movimiento de desmanicomialización surge una nueva forma de trato del padecimiento mental, que prioriza el abordaje en el centro de vida de la persona desde una perspectiva comunitaria, evitando las internaciones prolongadas en instituciones monovalentes y los efectos desubjetivantes que las mismas tienen. Este movimiento plantea como horizonte la abolición de la institución manicomial, así como todas aquellas prácticas que no respeten los derechos humanos de las personas. Muchas de estas ideas se gestaron y consolidaron en procesos como la reforma italiana, la psiquiatría de sector francesa y la antipsiquiatría inglesa. También lograron plasmarse en muchas de las declaraciones y tratados que son principios tomados por

las políticas de estado, por eso gran parte de ellas están plasmadas en la Ley Provincial (Nro 10.772) y Nacional de Salud Mental y Adicciones (Nro 26.657) y atraviesan nuestras prácticas.

Entendemos que una de las formas de atravesamiento es mediante la concreción de estas ideas-fuerza en nuestro quehacer, y que se pueden tomar elementos de esas experiencias y que al operativizarlas nos permiten fundar una intervención más amplia sobre las condiciones de vida, de carácter más preventivo que asistencial, y potenciar las posibilidades de abordaje.

Si salimos del plano teleológico y superestructural y confrontamos con la realidad de los ámbitos sociales, nos encontramos con tensiones propias de la complejidad de la realidad y de la imposibilidad teórica de dar respuestas prácticas que “resuelvan” los conflictos que surgen. No existen recetas o técnicas que puedan aplicarse sin atender a las singularidades, estas solo pueden llegar a ser adaptadoras y alienantes, estando en el polo opuesto de las prácticas psicoanalíticas respetuosa de los derechos humanos. Adherimos al psicoanálisis porque entendemos que es una de las herramientas más potentes para pensar y transformar la subjetividad en un sentido que subvierta las lógicas que quieren volver al sujeto en objeto de la historia.

¿Qué es lo que pone en tensión la clínica hoy? ¿Cómo podemos pensar la clínica en el campo social?

Clínica en tensión, vías de ampliación

Un día llegué al centro de salud y me estaba esperando la madre de un paciente. Estaba desesperada, se le podía notar a medida que me acercaba.

“¡Quieren matar a mi hijo!” me dijo. Resulta que Joel una noche tuvo una discusión con uno de los pibes que están vinculados a un bunker del barrio y le juraron que lo iban a matar si lo volvían a ver.

Cuando su madre me plantea esto, yo no podía creer lo que pasaba. No tenía ninguna forma de responder a la preocupación que tenía y que ella, al planteármela, pensaba que yo podría solucionar de alguna ma-

nera. Me pregunté ¿por qué acude a un centro de salud y a un psicólogo por este problema? ¿Qué haría un psicoanalista ante esto?

Acá aparece uno de los elementos claves que sirven para pensar la clínica en diferentes contextos: la contratransferencia. Las mismas son las reacciones del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste (Laplanche y Pontalis, 1997). En un sentido amplio pueden tomarse las representaciones de carácter inconsciente y las que sí son accesibles a la consciencia. Esta visión nos permite tomar una vía para comenzar a ampliar nuestra perspectiva clínica: trabajar con uno mismo y con las propias representaciones.

Frente a una situación como esta podemos tomar diferentes actitudes pero hay al menos dos vías muertas. Actitudes de desimplicación o de sobreimplicación. Pensar que uno no tiene nada que hacer, que no querría estar ahí, o pensar que uno puede resolver la situación. Como dice Ignacio Lewkowicz (1999), la subjetividad heroica es un modo específico de situarse ante un problema. La subjetividad heroica que no puede decir “no puedo”, en su omnipotencia no da tiempo a las urgencias ni a problemas no resueltos, que piensa que su saber es superior.

Recuerdo que cuando sucedió esto pensé: “No te quedes solo”. Esto ya se volvió una metodología de trabajo en el ámbito de lo social. Salvo los espacios que requieran la intimidad y realmente sea necesario el uno a uno, es necesario evitar quedar solo frente a situaciones complejas. Esto no es solo por el riesgo que corre uno sino porque deja al paciente expuesto ante el profesional no existiendo vía de apelación.

En ese momento yo formaba parte de un equipo inserto en la red de salud, alguien seguro que podía ayudarme a pensar cómo podíamos actuar ante esta situación complicada. Alarmado pero confiado en que la trabajadora social, con más experiencia y conocimiento que yo, pueda ayudar, la llamé telefónicamente y la puse al tanto. Pensamos obviamente en la urgencia de preservarlo a Joel, le agregaba dificultad al panorama no poder acudir a la policía por estar vinculada a la banda con la que Joel estaba en conflicto. Luego de algunas averiguaciones conseguimos un lugar donde Joel pueda estar alojado mientras el conflicto seguía en pie. Afortunadamente el conflicto no perduró muchos días, la madre decidió hablar con el jefe de la banda y resolvieron el asunto.

Joel tiene 20 años cuando lo conozco. Es muy inteligente, dicen en el barrio que juega muy bien al fútbol. Jugó hasta los 14 años y un día lo dejó todo. Empezó a tomar pastillas con alcohol, esto lo dejó varias veces en situaciones de mucho riesgo. Había dejado la escuela, no le gustaba ir al centro de salud, se la pasaba en la esquina con sus amigos y en la calle porque planteaba que no soportaba a su mamá y que se peleaban todo el tiempo.

Tenía 7 años cuando su padre se fue de la casa. Su familia estaba ligada a la venta de drogas y el consumo era muy frecuente. Tiene un hijo de un año y medio con su pareja. Planteaba que le preocupaba mucho aportar recursos para sostener la crianza. En un momento comenzó un curso de formación en oficio de electricista, le costó asistir con regularidad, pero finalmente logró terminarlo.

La clínica ampliada (Onocko Campos, 2001) propone centrarse en el sujeto donde la enfermedad nunca ocuparía todo el lugar. Joel es neurótico, consume sustancias pero sigue siendo un joven que le gusta el fútbol, es padre, sabe de electricidad. Paulo Amarante (1996) plantea que si “la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, y es la persona el objetivo de trabajo y no la enfermedad. De esta manera el mayor énfasis no se pone en el “proceso de cura” sino en el proceso de “invención de la salud” y de la “reproducción social del paciente”.

¿Cómo construir un dispositivo que aloje singularidades? ¿Cómo pensar el psicoanálisis fuera del consultorio?

Muchos psicoanalistas extrapolan la lógica del consultorio a las instituciones, por ejemplo, reduciendo su lugar de trabajo al consultorio, a la espera que el paciente venga, se siente en frente nuestro y demande, si esto no sucede no habría trabajo posible. Para dar un marco al abordaje de jóvenes con consumo problemático de sustancias desde una perspectiva psicoanalítica, podemos vincularlo con la perspectiva de reducción de daños. Esta visión es alternativa al abstencionismo biologicista tradicional, aquí la sustancia constituye una forma de autoconservación paradójica, una suerte de automedicación precaria, que resguarda al sujeto frente al dolor (Le Pulichet, 1990). Son coherentes con esta perspectiva los dispositivos de *umbral mínimo de exigencia* como

una posible alternativa más adecuada a las características y posibilidades subjetivas de los usuarios. La misma plantea cierta regulación de los consumos, según la singularidad de cada caso. Se contemplan las condiciones del usuario y se le da el mayor protagonismo en lo que atañe a su proyecto terapéutico, esto produce participación en las decisiones y responsabilización respecto a las mismas.

En el caso de Joel, el dispositivo de formación en oficio funcionaba de esa manera, era un espacio *holding* que buscaba potenciar un aspecto positivo, servía como regulación del consumo e implicaba la práctica responsable de sostenerlo. El hecho del ingreso de Joel a un espacio de formación en oficio no implica una solución definitiva a su problema, pero este constituye un espacio saludable donde puede relacionarse desde un lugar diferente y puede volverse una plataforma que lo impulse a otras plataformas de sostén.

Hace unos años nos convocamos entre estudiantes y docentes de varias carreras para pensar un proyecto de extensión universitaria que se enmarque en la desmanicomialización. Nos preguntábamos qué podíamos proponer, y llegó una usuaria y nos dijo “vayan y pregunten allá”. Así que lo primero que surgió fue ir al hospital y hablar con lxs usuarixs y trabajadores para pensar qué les interesaría hacer y como podíamos pensar el espacio. De esta manera rompíamos con la lógica de pensar en la universidad y aplicar afuera, esto requirió un trabajo de campo previo para pensar el dispositivo y así incluir desde un inicio a los usuarios en las decisiones que atañen al proyecto y al espacio.

Se nos ocurría que el peor día en una institución psiquiátrica era el domingo, y definimos hacer un “cine anti-domingos” en el Centro Cultural de referencia. Le llamamos antidomingo porque los domingos son pesados y más todavía en el hospital (no hay profesionales, no hay casi actividad). Nuestra propuesta se trataba de compartir una película y después charlar sobre lo que nos pareció, queríamos que sea abierto a la comunidad como forma de deconstruir el estigma social sobre la locura y que se constituya en un lugar donde no operen las lógicas propias del manicomio. El proyecto anduvo muy bien, iba mucha gente, la pasábamos bien, nos divertíamos.

En un momento hacíamos un break para merendar algo y después seguíamos viendo la peli. Al tiempo nos dimos cuenta de que les hacíamos y le servíamos las infusiones (té o café) como si estuviéramos en un manicomio. Es decir, se la hacíamos nosotros acentuando el hecho de que ellos no podrían hacerlo. Dijimos “¿por qué no los invitamos a sumarse a preparar la merienda?”

Se fueron sumando no sólo a la merienda sino a ser parte del equipo, pudimos advertir que un pequeño corrimiento nuestro (del equipo de extensión) podía generar un paso hacia adelante en los usuarios. Es así como en un momento se nos ocurrió invitar a los usuarios a las reuniones de retrabajo del equipo de extensión y a pensar el desarrollo del proyecto en conjunto. Esto produce un trastocamiento de la típica relación asimétrica, tutelar entre sujeto-objeto de la intervención ya que incorpora un saber y un actor fundamental. Como ejemplo de esto resultan muy interesantes y novedosas las experiencias de investigación en salud mental donde los usuarios son parte de los equipos de investigación o las instituciones de salud que son total o parcialmente coordinadas y conducidas por usuarios.

El concepto de encuadre ligado a la ética se trata del contrato que uno entabla entre las partes, y son los elementos que hacen a las cuestiones invariantes del dispositivo (Bleichmar, 2011). Fijamos criterios de funcionamiento del espacio según una concepción de sujeto determinada y con una intencionalidad determinada, a veces es aprender, divertirse, charlar, trabajar, etc. Los espacios que no tienen un fundamento y un horizonte se vuelven espacios de contención en el peor sentido del término, de neutralización, donde se practica el psicoanalismo (Castel, 1980) en lugar del psicoanálisis.

La puesta en práctica de estas formas, lejos de relajar, producen nuevas tensiones. De lo que se trata aquí es de asumirlas y ponerlas a trabajar. Expusimos algunos fragmentos de nuestro recorrido que intentan dar cuenta de un sentido hacia donde lanzar la apuesta. Partimos de entendernos insertos en un campo de disputas que está abierto. Al incorporarnos a estos ámbitos nos acercamos a esas tensiones ya que estamos en un terreno donde las prácticas apuntan en sentidos diferentes, hay diversidad y cantidad enorme de discursos y ofertas para aliviar

el padecimiento subjetivo que incluyen terapias y sustancias de todo tipo. Ante el redoble del intento por parte de los sectores dominantes para ajustar y someter al pueblo, resulta necesario reivindicar el pensamiento crítico como cuestionamiento ético frente al bombardeo representacional de los discursos que nos atraviesan y son parte del entorno donde nos desempeñamos y formamos. Es necesario confrontar las tendencias desubjetivantes en todos los planos por eso no adherimos a neutralidad alguna frente a esto y entendemos que la clínica tiene que estar al servicio de la subversión y la desalienación de las personas.

Bibliografía

Amarante, P. (1996). *El hombre y la serpiente: otras historias para la locura y la psiquiatría*. Rio de Janeiro, Brasil: Fio Cruz.

Bleichmar, S. (2011). *La construcción del sujeto ético*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Campos Gastão, W. S. (1992). *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo, Brasil: Editora Hucitec.

Campos, Gastão W. S. (2009). *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Castel, R. (1980). *El psicoanálisis, el orden psicoanalítico y el poder*. México, México: Siglo XXI.

Elichiry, N. (1987). *Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias*. En Elichiry, N. (comp). *El Niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Nueva Visión.

Gadamer, H. (1999). *Verdad y método*. Salamanca, España: Ediciones Sígueme.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis. Traducción Fernando Gimeno Cervantes*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Lewkowicz, I. (2004) *Pensar sin Estado - La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu.

Onocko Campos, R. (2001). Clínica: la palabra negada. Sobre la práctica clínica en los servicios sustitutivos de salud mental. *Saude em debate*, 25, 58-111.

Stolkiner, A. (1987). *De interdisciplinas e indisciplinas*. En Elichiry, N. (comp). *El Niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Nueva Visión.

Un niño fallado

Francisco Germán Pampiglioni

Psicólogo

Psicoanálisis

Cátedra Psicología Clínica - Fonoaudiología - Facultad de Medicina (UNR)

Resumen

Llegan ambos en la primera entrevista. Hablan de él. Son sus padres.

Él concurre a diversas terapéuticas. “Habla mal” dice su madre. De ambos padres quien toma la voz cantante en la entrevista es ella. Él concurre actualmente a un espacio de fonoaudiología. Por recomendación de la profesional solicitan una entrevista conmigo. “¿Debo traer al niño?” pregunta la madre. “Hable usted”.

El padre casi no habla. “No creo en su práctica”, dice con una media sonrisa, “no es nada personal con usted”, aunque no obstante “quiero lo mejor para él...”

Ella teme que tenga algún grado de discapacidad. Más aún, está segura de que es así.

Alguien habla en un análisis, y al hacerlo algo excede la enunciación misma. El sentido aparece en relación a una trama discursiva, siendo la misma lazo social. Decía Freud que al hablar el paciente pone en acto un saber que no sabe que posee.

El presente artículo tiene por fin ofrecer un recorte clínico donde lo que se problematiza es la operatoria del discurso familiar. Un niño hace síntoma, y un adulto solicita ayuda. ¿Quién habla cuando se habla en análisis? El espacio de entrevistas iniciales posibilita que alguien tome la palabra. Que alguien hable. En ocasiones eso posibilita asimismo la emergencia del acto analítico.

Palabras clave: Entrevistas preliminares – Familia - Síntoma.

Alguien solicita una consulta. Acude y habla. Pide ayuda. Alguien entiende que hay un problema, algo que debe ser resuelto. Alguien sufre. *Algo no funciona*. Esta situación posee sus propios matices cuando el problema se relaciona con un niño. Quienes piden la consulta son sus padres, sus tutores, un profesional de la salud o la educación, en ocasiones una institución. Alguien, al menos en un primer momento, habla del o por el niño.

1.

Llegan ambos a la primera entrevista. Hablan de él. Son sus padres.

Él se encuentra en una edad preescolar. Concorre a diversas terapias. ¿Por qué? *“Porque habla mal”* dice su madre.

De ambos padres quien toma la voz cantante en la entrevista es ella. Él concurre actualmente a un espacio de fonoaudiología. Por recomendación de la profesional solicitan una entrevista conmigo. *“¿Debo traer al niño?”* pregunta la madre. *“Hable usted”*.

Compelidos ante el hecho de tomar la palabra, una pregunta, si bien no completamente formulada, comienza a agujonear a la pareja: ¿De dónde parte el problema? ¿Del niño? ¿Acaso el problema somos nosotros? Algo incomoda a la madre cuando, con una media sonrisa, expresa:

“Dicen que el problema somos siempre las madres...” posibilidad que se abre ante el enunciado de la profesional anterior, la fonoaudióloga, a quien ella respeta notoriamente: *“ustedes deberían hacer una consulta...”*. La aceptación se anuda y toma un primer sentido en la inespecificidad de los saberes populares, a través del “dicen que”. *“Sin lugar a dudas nosotras las madres tenemos algo que ver con el hecho de que un niño sufra, o al menos es lo que se dice”*.

El padre, por su parte, casi no habla. *“No creo en su práctica”*, dice con una media sonrisa, *“no es nada personal con usted”*, aunque no obstante *“quiero lo mejor para él...”*.

No ve ningún problema en su hijo. Reconoce que habla mal y se resigna a las insistencias de su pareja, no obstante, y de acuerdo a su opinión, es algo que *“ya se corregirá solo”*. Tampoco le interesa hablar. Participa de la entrevista desde un lugar periférico, a la zaga de su esposa. Opina, explica algunas cosas. Por momentos confronta con ella.

Habla mal entonces. *“Tiene como un cantito...”* la madre hace girar su mano y extiende las sílabas al hablar. Ambos se atolondran tratando de explicar cómo se oye su hijo. *“Debería escucharlo usted”*.

2.

Conocemos este primer momento del trabajo bajo el nombre de “entrevistas preliminares”. El término es introducido por Lacan. Freud, por su parte, nos habla en sus escritos técnicos sobre este primer tiempo que, de acuerdo al autor, se extiende durante las primeras semanas de tratamiento, llamándolo “período de prueba”. En el texto “Sobre la iniciación del tratamiento” (1913) nos indica que dicho espacio posee un valor de diagnóstico, y sirve para definir si es posible o no iniciar una cura analítica. Pero además nos dice que este “ensayo previo” es ya el comienzo del psicoanálisis, y debe obedecer a sus reglas. Esto último resulta interesante, puesto que este diagnóstico no debe ser realizado a la manera de la psiquiatría o la psicología.

A partir de la perspectiva de Lacan, el espacio de entrevistas preliminares se establece como un tiempo sin el cual no hay entrada posible en el dispositivo analítico.

La demanda es asumida por un sujeto que consulta, y esta se hace o no efectiva en las entrevistas preliminares.

3.

Entonces: ¿dónde está el problema?

La madre explica: *“Tiene algún problemita: temo que tenga alguna discapacidad...”* Este enunciado no aparece como una pregunta, se muestra

con una seguridad desesperante, como un destino inefable. Llama la atención allí varios elementos, uno de los cuales es el que emerge bajo el rótulo de “el problemita”: la cuestión se asienta, sin lugar a dudas para la madre, en el niño; él es el receptáculo del problema, de la falla que se expresa en la circunstancia de “hablar mal y con cantito”; dicho problema, en definitiva, se asocia con una “discapacidad” ya en germen, con el peligro de desplegarse y agravar en el futuro. Si a partir de ello se presenta una pregunta, ella se configura en ¿qué es lo que tiene? que dirige a distintos profesionales donde lleva a su hijo. La situación la lleva además a sobresaturarse de información a través de internet: “¿puede ser que sea autista? Porque leí que...”. Cuando la afirmación se enuncia como inefable aparece otro enunciado, otro elemento que compone el conjunto:

“Tengo miedo de no estar haciendo algo... Mirá si necesita algo que no le estamos dando, una medicación u otra cosa...”. El planteo demanda una respuesta por parte de los profesionales a los que hasta la fecha ha acudido. La duda y falta de explicaciones claras la desespera, aunque ello no opaca el prestigio del que dota al profesional. Un prestigio que no obstante no logra tranquilizar la sensación de desastre inminente. *“Entiendo que si no hago algo para evitarlo, mi niño sin lugar a dudas será un discapacitado”*. La solución se bosqueja como una acción efectiva, que busca desesperadamente corregir una falla actual, con perspectiva potencial mayor. La falla en el niño existe y se deja entrever a la mirada inquisidora de esta madre, que busca leer a su hijo como un libro de símbolos, con la desesperación de que alguno de ellos hable, de una vez y para siempre, de la raíz del *error*, de aquello podrido en el interior del niño que se muestra hoy en manifestaciones puntuales, pero que, de no ser extirpado a tiempo, estallará en el futuro, con resultados desastrosos; pero asimismo el planteo se produce en una vuelta hacia la propia madre, bajo la forma del *hacer*: qué es lo que de momento *“no estoy haciendo, qué es lo que debería estar haciendo”*. No lo sabe. No obstante intenta: educa a su niño, le enseña cosas sosteniendo una pedagogía intensa; da clases al pequeño, lo instruye ofreciendo conocimientos que, de hecho, no resultan acordes a su edad cronológica. Busca potenciar la

inteligencia del infante a través de tareas o testeos sacados de internet o improvisados según su criterio.

El fallo del niño, por tanto, no se circunscribe al hecho de hablar mal. Resulta necesario evitar un traspie en sus habilidades cognitivas. Resulta necesario *que no se convierta en un tonto*. Los intentos muchas veces chocan con el fastidio del pequeño, el aburrimiento o la imposibilidad de completar actividades específicas, hechos que no hacen más que redoblar la desesperación de la mujer.

4.

En la segunda entrevista el padre interviene. Reprocha a su esposa diciendo que *“la vez anterior no dijo todo”*. Y ella habla.

Hay otro miedo. Algo que evitó mencionar, pese a que *“sabía que era importante”*. Entre vergonzosa y aterrada enuncia otro elemento, salvaguardándose tras el enunciado anticipatorio de *“vas a pensar que estoy loca”*:

“Temo que mi hijo sea gay...”.

Dicha posibilidad aparece en estrecha relación con lo señalado anteriormente: y así el niño se ofrece ante los ojos de su madre como portador de una serie de males, donde se conjugan las dificultades en el habla, la discapacidad y la homosexualidad. Todas oscilan entre la realidad actual y el germen de una amenaza futura.

Ambos están tensos. El padre busca una reacción ante lo dicho, exponiendo la situación y dejando a su esposa con la palabra, mientras aguarda una sanción que advenga como terceridad.

Y ella habla. Del niño, y de sí misma, y lo hace de tal forma que por momentos ambos emergen fusionados en su discurrir, mezclándose algunas imágenes de su pasado con el presente del pequeño.

Este niño en falla hace hablar a su madre. Y en su despliegue desanda en su propia historia. En este triángulo familiar el pequeño manifiesta aquello que hace ruido, actualizando en presente una historia que lo antecede. Se traza una línea que parte del pasado, se ancla en el presente y se proyecta hacia el futuro. El horror es la danza que define

este circuito. Los esfuerzos de esta madre desesperada se orientan a tratar de corregir lo inevitable, lo terrible de este destino.

Lacan nos dice que el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar (1969). El autor define al síntoma del niño en este contexto como un “representante de la verdad”, pudiendo en tal caso representar la verdad de la pareja o, por otra parte, de la subjetividad de la madre, siendo esta última posibilidad la más cerrada a una articulación. De esta forma el niño está involucrado directamente como correlativo de un fantasma (Lacan). “El niño queda expuesto a todas las capturas fantasmáticas, se convierte en el *objeto* de la madre y su única función es entonces revelar la verdad de ese objeto” (1969, p. 56).

Con posterioridad ella puede decir algo más en relación a su hijo: *“Si hubiera sido nena no tendría todo este quilombo! A una nena la puedo entender, no sé cómo entender a un varón. En mi vida siempre fuimos mis hermanas y yo...”*

La madre pudo continuar hablando. Y abrir esta posibilidad abría además una nueva perspectiva para su hijo. Porque el discurso es ante todo social, y es lo que hace nexo, lazo o ligadura a través del significante (Comas, 2008).

Ella además quiso que su marido continúe con un trabajo de análisis. Había, por supuesto, muchos otros problemas que aquejaban a la pareja. Él, poco convencido, me pidió le facilite el contacto de algún colega de referencia. No tenía interés en hablar. El niño, vale aclarar, nunca llegó al consultorio. La brecha se había abierto desde otro punto. La madre había decidido tomar la palabra.

“Hace rato que lo vengo pensando... buscar ayuda. Sí, hay algunas cosas de las que yo quisiera hablar...”

Bibliografía

Comas, J.L. (2008). *Los Ríos..., el Río*. Rosario, Argentina: La Marca ediciones.

Freud, S. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento (nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I)*. En: *Obras Completas*, Tomo XII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Lacan, J. (1969). *Dos notas sobre el niño*. En: *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Argentina: Ediciones Manantial.

Nasio, J.D. (1996). *Cómo trabaja un psicoanalista*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Sexología y terapias sexuales

Silvana Savoini

Psicóloga - Sexóloga

Terapia Cognitivo Conductual - Sexología Clínica

Cátedras: Psicopatología y Neurofarmacología - Facultad de Psicología (UNR)

Psiquiatría Adultos y Sexología Clínica - Facultad de Ciencias Médicas (UNR)

Resumen

La Sexología es una disciplina científica y humanística, abocada al estudio de la sexualidad humana en toda su complejidad psico-bio-social, que recibe el aporte de una gran cantidad de áreas del conocimiento y que a lo largo de su historia ha atravesado diferentes enfoques hasta arribar a su actual dimensión integrativa. Una de sus vertientes es la Sexología Educativa, que habilita a sus especialistas para el diseño y la implementación de estrategias y acciones de Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad y empoderamiento respecto al ejercicio de los Derechos Sexuales como Derechos Humanos Universales y Fundamentales. Por otro lado, en el contexto de la Sexología Clínica, se desarrollan las Terapias Sexuales para el abordaje de problemáticas relacionadas con el comportamiento sexual, la orientación sexual, la identidad de género, y la respuesta sexual, como vivencia personal y por la experiencia de vinculación sexo afectiva con otras personas. El terapeuta sexual es un profesional psicólogo (o médico con formación psicoterapéutica), que se vale de una serie de técnicas, ejercicios, recursos y estrategias, principalmente orientadas al diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales, o al acompañamiento terapéutico de procesos subjetivos no patológicos pero potencialmente estresantes, ansiógenos o susceptibles de generar conflictos interpersonales en el entorno de la persona, asociados a las diversidades sexuales (identida-

des, orientaciones y prácticas). La Sexología en general y las Terapias Sexuales en particular, forman parte de la práctica clínica del profesional psicólogo, en diálogo interdisciplinario permanente con otras especialidades.

Palabras clave: Sexología - Clínica - Terapias sexuales - Pareja.

La Sexología

La Sexología es una disciplina científica y humanística, abocada al estudio de la sexualidad humana en toda su complejidad psico-bio-social. Recibe el aporte de una gran cantidad de áreas del conocimiento y se ha desarrollado como tal en el siglo XX, si bien algunos autores (Flores Colombino, 2013) registran sus inicios en 1827, año en que Von Baer descubre el ovocito (gameto femenino), que completa el par reproductor ya que el gameto masculino (el espermatozoide), había sido descubierto en 1677. En su recorrido histórico, el Dr. Flores Colombino sugiere que, si bien es discutible situar el origen de estas ciencias en función de descubrimientos asociados a la reproducción, afirma que no se trata de una jerarquización de lo reproductivo, sino que parte de la aceptación de que lo reproductivo y lo erótico son igualmente valiosos en el conocimiento de la Sexualidad Humana. En uno de sus escritos enumera hasta setenta disciplinas científicas y filosóficas que hacen sus aportes a la Sexología, de las cuales propone doce fundamentales en lo que a modo didáctico postula como el Reloj de la Sexología, incluyendo en éstas a las áreas de: reproducción, demografía, genética, patología, antropología, psicología, etología, venereología, sociología, biología, terapia y axiología.

Según el Diccionario Sexológico (Sirlin, 1973) la **Sexología** es la disciplina científica y humanística que sistematiza los conocimientos teóricos y prácticos relativos al sexo y a la sexualidad en sus cuatro aspectos fundamentales: biológicos, psicológicos, sociales y culturales. De esta concepción se desprende el perfil profesional del Sexólogo.

El **Sexólogo** es aquel profesional que ha recibido una formación sistemática en las cuatro dimensiones humanas referidas a la sexualidad y al sexo: biológica, psicológica, social y cultural. Esto es destacable dado que al ser la Sexología una ciencia joven, muchos profesionales que intervienen en alguna de esas dimensiones de la sexualidad, a veces se autodenominan como tales, como es el caso de urólogos, ginecólogos, andrólogos, psiquiatras y psicólogos. En la actualidad existe incluso una controversia en torno a la legitimación de los saberes respecto a la sexualidad humana y sus diversidades. Desde muchos movimientos que bregan por el empoderamiento de colectivos que agrupan las diversidades sexuales, así como desde el feminismo contemporáneo, se cuestiona un supuesto “monopolio de saber” detentado por los profesionales de la salud respecto a la sexualidad humana. En torno a esto es preciso explicitar varias cuestiones.

Una mirada autocrítica

Cabe admitir que, en muchos de los estadios de la Sexología, ha existido una ausencia de perspectiva de género tanto en las prácticas clínicas como en las tareas de educación sexual. El enfoque de género es una lectura política de las relaciones entre hombres y mujeres en función de la distribución y acceso al poder, que busca alcanzar democracia en las distintas áreas de desenvolvimiento humano. Sabemos que el género es un constructo social, que incluye, pero excede a la salud sexual y reproductiva. Implica entender lo femenino y lo masculino desde su interrelación, y no como consecuencia directa de la biología.

La democratización de las relaciones de poder entre los géneros, conducente a la equidad, es el único contexto en el cual puede garantizarse la expresión de la sexualidad libre de coerciones y violencia.

Por otro lado, también es necesario reconocer que parte de las disciplinas médicas y psicológicas alineadas en la historia de la Sexología, han patologizado oportunamente las diversidades sexuales, al considerar por ejemplo la homosexualidad como una desviación del comportamiento sexual y una conducta antisocial semiológicamente signifi-

cativa, dentro de los trastornos mentales. Considerando a las personas transgénero dentro de la categoría diagnóstica de Trastorno de la Identidad de Género como trastornos mentales. Aún hoy existe una mirada médica que pretende adoctrinar los cuerpos diversos, pretendiendo adecuar indefectiblemente la anatomía a la identidad de género auto-percibida en las personas trans.

La medicina también ha sido y sigue siendo en muchos casos responsable de la medicalización y/o farmacologización (Gogna, Jones, Ibarlucia, 2011) de la respuesta sexual y sus disfunciones, así como ha establecido parámetros de normalidad en cuanto a la cantidad, frecuencia y tipo de prácticas en el comportamiento sexo afectivo y vincular, reguladas de forma arbitraria y encubierta desde su propia “sexosofía”.

En defensa de la especificidad

Reconocemos la ineludible fuerza instituyente de los movimientos que han pujado por los Derechos Humanos dentro de los cuales se inscriben los Derechos Sexuales como universales y fundamentales, cuyos representantes más destacados podemos identificarlos principalmente en relación a los colectivos LGTBI y al feminismo en todas sus vertientes.

Pero también es cierto que la especificidad en la formación del Sexólogo se vuelve imprescindible a la hora de abordar el padecimiento humano relacionado con la sexualidad, así como para diseñar las estrategias de educación sexual orientadas a propiciar el desarrollo pleno del potencial erótico de las personas, ejerciendo no sólo su derecho al placer sexual y a una procreación responsable y libre, sino también empoderarlos en el derecho a encuentros sexuales seguros, garantizando la autonomía e integridad psicofísica de todos los participantes, para lo cual es preciso contar con conocimientos específicos.

Por supuesto que los saberes respecto a la sexualidad humana no se agotan ni son patrimonio exclusivo de los profesionales de la salud, a tal punto que la Sexología misma se reconoce en base a conocimientos transdisciplinarios que involucran a casi un centenar de áreas del conocimiento, sin las cuales sería imposible comprender su complejidad.

Otro referente de la Sexología en América Latina, el Lic. Luis M. Aller Atucha, en una de sus conferencias menciona las diferentes corrientes metodológicas que se han utilizado para la transmisión social de la Sexología, existiendo diferentes concepciones de la sexualidad en función de los principios rectores, a saber (Arce, 2004):

Moralista
Erótica
Biologicista
Mecanicista
Patologicista
Integral
Dialógica

La corriente dialógica parte de la noción de que en sexualidad humana no existen conductas normales o anormales, sino una gran variedad de comportamientos que resultan válidos en función de la cultura en la que se desarrollan y de la concepción respecto al propio disfrute, incorporando la conceptualización del hombre como SER BIO-PSICO-SOCIAL.

Algunas de las diferentes formas de conceptualizar la sexualidad a lo largo de la historia de la Sexología, son las responsables de que profesionales de otras áreas tengan una visión equivocada sobre nuestra disciplina, y sostengan críticas que responden a modelos imperantes en otros momentos, pero que no reflejan el modo en que los sexólogos contemporáneos entendemos la sexualidad.

La actual concepción abierta al diálogo se orienta a responder a los interrogantes que cada uno tenga en relación a la sexualidad, entendida como una fuerza enriquecedora, que se manifiesta a lo largo de todo el ciclo vital. También se aleja de la mirada reduccionista que equipara sexualidad con genitalidad, ya que por el contrario, la sensualidad se basa en la experiencia sensorial que involucra a todo el cuerpo desde la significación erótica que le otorgue cada uno. Por lo tanto, no hay formulaciones que puedan aplicarse masivamente. La conducta sexual, o mejor dicho, la vivencia sexual, está atravesada por condicionamientos

culturales, sociales, políticos, familiares y subjetivos que hacen de la Terapia Sexual una labor artesanal.

El Sexólogo

La **Sexología** es entonces una disciplina básicamente integrativa. Y el **Sexólogo** es el profesional formado para abordar la sexualidad humana en sus dimensiones bio-psico-socio-culturales ya sea en calidad de terapeuta, educador y/o investigador.

Flores Colombino afirma que:

(...) *un terapeuta sexual* es un sexólogo, un *educador sexual* es un sexólogo, y un *investigador sexual* también es un sexólogo. Pero cada uno trabaja en campos operativos diferentes y complementarios de la Sexología...Lo que debe quedar claro es que un sexólogo no es necesariamente un terapeuta sexual...Una persona con disfunciones sexuales debe recurrir a un terapeuta sexual, que a su vez es sexólogo. Pero si consulta a un sexólogo educador sexual, seguramente no habrá de solucionar su problema. (Flores Colombino, 2013, p. 9)

El **sexólogo educativo**, educador sexual o sexólogo social, es quien estudia y trabaja en el campo de la enseñanza de la sexualidad, puede ser un profesional de la educación, de la salud o de diversas áreas, que habiendo recibido la formación específica en sexología, diseña e implementa programas de educación sexual, desempeñándose en el ámbito de la promoción de la salud.

El **sexólogo clínico** o **terapeuta sexual** está capacitado para abordar terapéuticamente problemáticas asociadas o derivadas de alguno de los aspectos del comportamiento sexual de una persona. Puede tratarse de padecimientos en relación a su identidad de género u orientación sexual (aunque estas dimensiones no sean patológicas en ninguna de sus expresiones, pueden dar lugar a situaciones de estrés que ameriten un acompañamiento terapéutico). El más frecuente motivo

de consulta suele ser el de las disfunciones sexuales, en tanto trastornos que se presentan en cualquiera de las fases de la respuesta sexual humana, y que implican un padecimiento subjetivo propio o de otras personas involucradas. Dado el campo de acción del terapeuta sexual, éste debe ser un profesional universitario psicólogo, médico u obstetra, con formación psicoterapéutica.

Como dicen Aller Atucha, Bianco Colmenares y Rada Cadenas (1994) la lucha por el derecho a una sexualidad libre de prejuicios y tabúes, sana, responsable y placentera tiene nombres y apellidos, dentro de los cuales en Rosario contamos con la Ps. Mirta Granero, una de las pioneras que además ha conformado el cuerpo docente de la Facultad de Psicología de la UNR. Mirta Granero junto a la Dra. Ana María Zeno entre otros profesionales, funda en 1976 la Asociación Rosarina de Educación Sexual, luego Asociación Rosarina de Educación Sexual y Sexología ARESS, en el marco del contexto sociopolítico sumamente desfavorable de la Dictadura Militar Argentina, como “un grito de vida frente a tanta muerte en el país” según sus propias palabras (Anmuth, Granero y Savoini, 2015, p. 21).

En nuestro país existen numerosas asociaciones regionales. A nivel nacional, existe desde 1982 la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH), y el 1999 se crea la Federación Sexológica Argentina, con el propósito de aglutinar a las asociaciones sexológicas de todo el país con vocación federal, y que se erige como entidad reguladora de las acreditaciones profesionales como Especialista en Sexología Clínica y Especialista en Sexología Educativa.

Las Terapias Sexuales

En un sentido laxo cuando hablamos de Terapia Sexual nos referimos a todo intento sistemático por parte de un profesional de la salud para aliviar un problema o disfunción experimentada por una persona en el área sexual (Wiederman, 1998).

Si sobrevolamos históricamente los autores que aportaron a las Terapias Sexuales encontramos a los siguientes:

Tabla 1 Pioneros en Terapia sexual

1886 - Richard Von Krafft- Ebing

1899 - Magnus Hirshfield.

1900 - Havellok Ellis.

1900 - Sigmund Freud

1908 - Iwan Bloch

1948 - Alfred A. Kinsey

1951 - Albert Ellis

1966 - William H. Masters y Virginia Johnson

1974 - Helen Singer Kaplan

1978 - Joseph LoPiccolo

1988 - Leiblum, Rosen y Spector

(Manzo y Yulis, 2004, p. 195)

Hasta mediados del siglo XX las disfunciones sexuales se abordaban desde un marco psicoanalítico, considerando su origen en conflictos intrapsíquicos que se remontaban a la infancia. A partir de Kinsey y Masters y Johnson el foco se desplaza hacia lo social y lo aprendido. A partir de la década de los ochenta las investigaciones se centran de forma creciente en factores biomédicos con la consecuente medicalización del tratamiento de los problemas sexuales, en parte debido al desarrollo de nuevas tecnologías que permitieron profundizar los conocimientos sobre el funcionamiento orgánico, acompañado por las poderosas presiones emergentes de los intereses de la industria farmacéutica.

Actualmente, al interior de la Sexología Clínica conviven diferentes enfoques y por lo tanto diferentes estrategias terapéuticas. El rol del Psicólogo (con técnicas Cognitivo Conductuales), se ha preservado de la farmacologización de las problemáticas sexuales, en parte por fuerza ya que los psicólogos no estamos habilitados para realizar prescripciones farmacológicas, y en parte por convicción tanto epistemológica como en relación a la concepción del ser humano, su sexualidad y erotismo.

La existencia de la farmacoterapia es un beneficio para aquellos casos en los que realmente las disfunciones se producen por causas orgá-

nicas. Pero esos casos son la minoría. En la mayor parte de las disfunciones sexuales la causa es principalmente psicológica o vincular.

La Consulta Sexológica

La Consulta Sexológica, espontánea o por derivación, corresponde cuando existe algún malestar en relación a la propia sexualidad. Cuando se experimente angustia, frustración, enojo, miedos o inhibiciones durante los encuentros sexuales, de manera recurrente. Se desarrolla como una entrevista entre el profesional y la o las personas consultantes. Si la persona afectada se encuentra en una relación de pareja, lo óptimo es que concurren ambos.

En las disfunciones sexuales, hablamos de dificultades en el desarrollo de las fases de la respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo y resolución) que no sea transitoria; o cuando por cualquier razón las experiencias sexuales perdieron su dimensión placentera.

Durante la consulta no se realizan exámenes físicos. De ser necesario se indica una interconsulta con la especialidad médica que corresponda. El trabajo del Sexólogo Clínico es esencialmente interdisciplinario.

Algunas de las disciplinas con las que dialoga el Sexólogo Clínico son: Clínica general, Andrología, Urología, Ginecología, Endocrinología, Neurología, Oncología, Cardiología, Psiquiatría y por supuesto, Psicología.

Si la problemática es secundaria a otro tipo de situaciones médicas, vinculares, psicopatológicas, sociales, familiares, etc., deberá abordarse primero la cuestión primaria.

La Terapia Sexual se orienta a trabajar con las fuentes del padecimiento en la experiencia sexual, que pueden agruparse así:

- Funciones cognitivas: la percepción, la atención, el sistema de creencias y la presencia de pensamientos automáticos negativos, afectan sustancialmente.

- Factores emocionales: emociones que atentan contra la vivencia gratificante de la actividad sexual: miedo, ansiedad anticipatoria, angustia, ira, frustración, etc.
- Conflictos vinculares: la existencia de conflictos en la relación interpersonal, es fuente de emociones adversas, principalmente la ira (muchas veces derivada de la percepción de inequidad, por lo cual es imprescindible el enfoque de género especialmente en relaciones heterosexuales), la frustración, la falta de comunicación eficaz y la escasa construcción de intimidad (conocimiento y confianza).
- Mandatos socioculturales: pueden generar ansiedad, ya sea por las expectativas de desempeño, como por los sentimientos de culpa que operan como la mayor fuente de inhibición del placer sexual. El enfoque de género es fundamental para de-construir creencias nucleares que constituyen una pesada carga. Ejemplo de ello es para el varón la expectativa de desempeño que coloca a la erección en el centro de la escena, sintiendo que pierde atributos de masculinidad si no las cumple; para la mujer la vigencia de la doble moral que la posiciona en el dilema de ser una “buena mujer” o una “mujer fácil” (recién este año 2018 la RAE eliminó la acepción peyorativa referida a la mujer en el uso del adjetivo), o el mandato equívoco heredado de Sigmund Freud (1932) respecto a la necesidad de cambio de zona erógena del clítoris a la vagina para la madurez sexual de la mujer, reforzada por la industria pornográfica, tan falocentrista, coitocentrista y heteronormativa como el discurso freudiano.

La visión del profesional Psicólogo integrada a los aportes de todas las disciplinas que conforman el marco teórico de la práctica clínica en Sexología, habilita al Terapeuta Sexual para disponer de los recursos para diseñar artesanalmente las estrategias necesarias en cada caso. Impulsados por la misión de potenciar la expresión plena de la sexualidad humana en su diversidad y del erotismo como ejercicio consciente del placer sexual.

Bibliografía

Aller Atucha, L. M., Bianco Colmenares, F.J. y Rada Cadenas, D.M. (1994). Perspectiva histórica de la educación sexual y la sexología clínica en América Latina. Boletín *FLASSES*. Recuperado de www.cippsv.com.ve

Anmuth, L., Granero, M. y Savoini, S. (2015). ARESS Breve reseña histórica. *Boletín FLASSES*, Núm. VI, pp. 21-22.

Flores Colombino, A. (2013). *Sexo, sexualidad y sexología*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Humanitas

Flores Colombino, A. (2014). Historia y evolución de la sexología clínica en América Latina I. Sociedad Uruguaya de Sexología. Recuperado de www.susuruguay.org

Freud, S. (1932-36). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras*. Obras Completas, Volumen XXII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Gogna, M., Jones, D. e Ibarlucia, I. (2011) *Sexualidad, ciencia y profesión en América Latina: el campo de la Sexología en la Argentina*. CLAM Centro Latino Americano de Sexualidad y Derechos Humanos. Recuperado de www.cepesc.org.br

Manzo, C. y Yulis, C. (2004). Actualizaciones en terapia sexual. *Terapia Psicológica*, 22, 2, 193-203.

Sirlin, L. (1973) *Diccionario sexológico*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Caymi.

Wiederman, M.W. (1998). The state of theory in sex therapy. *The Journal of Sex Research*, 35, 88-99.

Yañez, V. (1986). *Hablemos de sexo*. Lima, Perú: Editorial de la Sociedad Peruana de Sexología.

El dolor encarnado

Marina Terrádez

Psicóloga

Psicoanálisis

Cátedra Biología Humana - Facultad de Psicología (UNR)

Resumen

Marta es una mujer de mediana edad, que desde hace muchos años manifiesta una enfermedad autoinmune que le genera “mucho dolor”.

Este dolor, padecido siempre de manera actual no pudo tener aún una inscripción psíquica, desbordado, es como si le hubiera tomado el cuerpo, dañando lo orgánico. Entiendo su padecimiento como una “lesión de órgano”, la que definiré siguiendo a Nasio (1996) como una afección que aparece de modo súbito, independientemente de que sea permanente o transitoria. De aparición repentina, se inscribe en el organismo, sin remitir a otra cosa, por eso podemos hablar de ella como lo que retorna como una letra.

Intentaré dar cuenta de las condiciones en las que entiendo se organiza en su historia esta lesión que Lacan ha definido en distintos momentos de su obra como “reacción psicósomática” (1954-1955) y más tarde como “fenómeno psicósomático” (1955-1956) y que según la intervención de Jean Guir en *Los gritos del cuerpo* (1996) se presenta un como goce en más, como el retorno del objeto *a* en el cuerpo, su encarnación.

La lesión de órgano recurre al mecanismo de la holofrase (Lacan, 1964), esto significa que el sujeto está representado para un significante que no remite a otro, por lo cual deviene letra que marca. Los significantes S1/S2 se solidifican. Esto trae consecuencias clínicas, en tanto

la lesión de órgano no remite a nada, no hay nada que el sujeto pueda articular con ella, así el goce queda marcado como un indescifrable.

Palabras clave: Psicoanálisis - Lesión de órgano - Holofrase.

*Tu nombre es mi dulce castigo
Mi sangre, mi droga y rubí
Mi parte de vos, mi destino
Tu nombre me sabe a jazmín
Tu nombre no tiene palabras
Si está escrito en mi corazón
Y de pronto sale de cualquier lugar
No sabe más que hacerme sentir mal
Tu nombre tan inoportuno no sabe llamar*
(Fragmento de "Tu Nombre"
por Coti Sorokin)

El dolor, aquello que surge en el límite

Al año y medio de haber comenzado nuestro trabajo analítico Marta, según nombré a esta mujer de mediana edad, dice: *"Aquel dolor se transformó en el que llevo ahora"*. Así se refiere al dolor físico que le genera una enfermedad autoinmune que irrumpió hace poco más de veinte años. Ahora puede pensar que vivió situaciones que le produjeron muchas heridas y cree han repercutido en su salud. Como si el afecto doloroso no hubiera podido tener una inscripción psíquica, desbordado, tomó el cuerpo, lo rebasó, dañando lo orgánico.

¿De qué dolor se trataba "aquel"?

Más allá de los mecanismos neurofisiológicos implicados, Freud ya mencionaba en el "Proyecto..." (1895) que existe un factor psíquico interviniendo en la génesis del dolor corporal. "El dolor, ya sea físico o psíquico es un fenómeno de límite (...) emerge (...) en el límite impreciso entre el cuerpo -organismo- y la psique (...)" (Nasio, 2007).

Nasio plantea tres etapas en la formación del dolor que tiene inicio con una *ruptura*, entre las que se puede señalar tanto un daño tisular (orgánico) como también la irrupción de un aflujo de energía que sobrecarga el aparato psíquico, que podríamos situar como un suceso traumático (psíquico). Esto se continúa con la *conmoción* producto de la ruptura. Significa que habría un registro psíquico que sobreviene al primer estadio, que Nasio designa como percepción “somato-pulsional”. Así la *conmoción* genera una emoción dolorosa. Finalmente, el proceso culmina con una *reacción* defensiva que intenta sin éxito, frenar la perturbación utilizando diferentes mecanismos.

Entre algunos posibles, menciona que el dolor provocado por una situación traumática, puede inesperadamente retornar y anclarse en el cuerpo, en lo que denomina “lesión de órgano” (Nasio, 1996). En esta, podemos anticipar, habría una particular operatoria en los últimos pasos (*conmoción* y *reacción*) que tendrá que ver con el tratamiento psíquico que se le da a la representación ligada al acontecimiento que desencadenó el afecto doloroso.

El significante y la lesión de órgano

La cadena significante marca el organismo para transformarlo, para corporizar “(...) el lenguaje es cuerpo, y cuerpo que da cuerpo, lo cual es aún más importante” (Soler, 1994, p. 99). La red simbólica genera una transformación creadora, altera el organismo para producir algo nuevo, entre otras, construye el cuerpo y organiza el modo de goce de cada sujeto.

Pensar en los efectos significantes, implica reconocer que bajo determinadas y diversas circunstancias puede haber dificultades en su inscripción. Podemos pensar experiencias que no tienen disponibilidad ni lugar para hacer huella, lo traumático irrumpe, sin posibilidad de simbolización. Como un misil impacta sobre el organismo, desgarrar la carne, produciendo alteraciones de otro orden.

Entiendo la “lesión de órgano” como una afección que aparece de modo súbito, repentino, que se inscribe en el organismo, sin remitir a otra cosa, por eso me refiero a ella como lo que retorna como letra.

Así este tipo de lesión se precisa como un goce en más, como el retorno del objeto *a* en el cuerpo, su encarnación y se articula con la definición que realiza Lacan en distintos momentos de su obra como “reacción psicósomática” (1954-1955) y más tarde como “fenómeno psicósomático” (1955-1956 y 1964).

Las marcas del dolor de Marta

Sabemos que el nombre propio, instituye el punto de anclaje sobre el que se edifica y organiza el sujeto. Constituye un rasgo unario que está ligado a la escritura, así el nombre propio tiene afinidad con la marca, estableciéndose cierta ligazón del significante a un objeto. Una traza de esto es que el nombre propio no se traduce.

En el primer contacto que tengo con Marta, le pregunto por su nombre y me responde: “*Mi apellido es horrible*”. Su respuesta me sorprende, la retomo reformulándola como interrogante y agrega: “*Parece que fuera un gran acto sexual, de una experiencia extrema*”. Desde ese primer encuentro, sitúo que está puesto en juego algo que sobresale, que abunda y la excede.

En el Seminario XI sobre “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”, Lacan trabaja la constitución del sujeto a partir de las nociones de alienación y separación -la afánisis-. Establece que habría un recorrido marcado por dos tiempos o movimientos en los que se ponen en juego el deseo del Otro, los enigmas que representa ese deseo y el lugar en el que se aloja el sujeto para poder dar respuesta a lo que interpreta como demanda del Otro.

Siguiendo la fórmula de que el inconsciente está estructurado como un lenguaje y retomando lo postulado en el Seminario IX donde sentencia que el sujeto es representado por un significante para otro significante, quedará “atrapado” entre el S1 (rasgo unario) con el que se identifica y que viene designado por Otro y el S2 de la cadena significante

que se le presenta como un vacío, porque del deseo del Otro sólo tiene algunas pistas, que no funcionan más que como señuelo. Este intersticio, permite al sujeto la construcción del fantasma como posible respuesta frente al enigma sobre el Otro. Como mencionábamos, esta operación tiene efectos en la constitución subjetiva, por ende, en el cuerpo.

Ahora bien, es importante destacar que los significantes dividen al sujeto, porque lo representan siempre en una repetición, en el intervalo de la cadena significante, en cuyo extremo, si se quiere el S1, encontraremos la señal de su marca que se produce no sin referencia a una ley. Me pregunto: ¿a qué ley hace referencia esta marca en Marta?

“A mi padre lo conocí a los 15 años, lo vi un par de veces, pero se borró de nuevo. Cuando mi mamá queda embarazada de mí, ellos tenían una relación abierta. Creo que a él no le interesaba ser padre, sin embargo, le exigió a mi madre que a mi hermano menor y a mí nos pusiera su apellido. Cuando yo nací, él ya tenía otros hijos y siguió teniendo muchos más. Le gustaba coleccionar hijos”.

Solemos pensar el apellido como una marca filiatoria, que liga al sujeto a una historia que lo precede y trasciende. Si bien podemos pensar que algo de esta cuña simbólica puede estar presente, aquí, más bien se pone en juego una marca arbitraria, instaurada a partir de una exigencia promovida desde el lugar de un capricho personal: *“coleccionar hijos”*.

Retomo la idea del vínculo entre significante y cuerpo para hablar sobre el goce. Entiendo que lo más propio del goce del sujeto, es a la vez lo que lo vincula con lo más impropio, en el sentido que el goce se establece a partir de nuestro encuentro con el lenguaje, con las marcas del lenguaje que vienen del Otro. Allí donde es capturado y en donde está perdido el origen de la coagulación como sujeto al significante, se imprime un particular modo de gozar.

“Pienso que recordarán el rumor que logré inducir la última vez designando a este significante l como el significante del goce, aún el más idiota, en ambos sentidos del término, goce del idiota que ciertamente tiene aquí su función de referencia, goce también singularísimo”. (Lacan 1972-1973, p. 113-114)

¿En qué sentido Lacan plantea el S1 como significante del goce? En tanto marca no simbolizable, en tanto letra no dada a leer. En este punto,

el S1 como rasgo unario, como marca original del sujeto, se identifica con la insignia que localiza las condiciones de goce. El apellido de Marta, la inscribe en la serie de los hijos “coleccionables”, pero cuestiona la marca que le permite entrar en la cadena filiatoria transgeneracional, que la ligue simbólicamente a la historia de su padre. Hay una marca que bordea lo simbólico, pero que no hace cadena, en tanto aparece como deficiente, detiene, petrifica un dolor, delineando un tipo de cuerpo en particular.

Olvidarse de lo que duele

Marta se presenta como desmemoriada y dolorida: *“No tengo memoria, o quizás no quiero tenerla, porque en mi trabajo soy totalmente diferente, estoy en todos los detalles, no se me escapa nada”, “Empecé terapia por el dolor que siento, porque el dolor desestabiliza”*. Me pregunto ¿de qué se quiere olvidar?, ¿qué le causa tanto dolor?

“El fin de semana estuve hablando de cosas que hacen mal, atravesé esa pared del pasado. Yo tengo un apego muy grande a mi mamá, la que protege, soy yo. He escuchado que no me han sabido cuidar. Cuando mi mamá no estaba en casa, ahí sucedían cosas. Todo empezó cuando tenía 6 años, hasta los 12 más o menos que mi mamá se separó de mi padrastro. Él abusaba sexualmente de mí. A los 15 años empecé a darme cuenta de lo que había pasado, me sentí atrapada, deprimida, me cortaba los brazos, no sé si quería sentir dolor”.

Nuevamente, la historia la enfrenta y somete al capricho del Otro, un sustituto de padre degradado, que hace y deshace a su antojo. Nuevamente se le presenta la marca de un goce sexual, que se impone de manera traumática, como un hachazo que insiste sistemáticamente, dolorosamente, por años. Pero de esto pareciera no haber registro alguno... ¿O sí? *“Mi madre se enteró de lo que había pasado, cuando yo le conté a los 18 años, en la escuela tampoco, nunca se dieron cuenta de nada, o al menos nadie hizo nada. Ni siquiera mi hermano, más allá de que esto pasaba estando él presente, nunca hablamos del tema”*. Un acto desestimado simbólicamente, y resguardado por el silencio, pero que se impone y produce marcas.

Atrapada y sometida a una situación donde queda a merced del Otro, la presencia física de su madre aparece como un amuleto salvador, deviniendo en la persona a la que hay que cuidar y proteger, porque de la integridad materna depende su salvaguarda. *“No puedo pensar en el momento en que mi mamá no esté, no soportaría esa situación, ella es lo que me sostiene”*.

La lesión de órgano

En “Los gritos del cuerpo” leemos: “La lesión de órgano es un retorno urgente (...), una reactualización urgente de la fuente inexistente - en tanto no fue verdadera, no existe- de nuestras separaciones (...) y frente a la pregunta sobre el deseo del Otro “no responden al por qué, aparecen como certezas de ser” (Nasio, 1996, p.78). Es deficiente la separación entre el sujeto y el Otro, por esta razón, no hay un resto, no hay un recorte, ni objeto *a* disponible para el sujeto, quedando sometido al campo del Otro.

Son lesiones que se dan a ver, pero que juegan a las escondidas con la posibilidad de darse a leer. Serán precisadas por Nasio como “formaciones del objeto *a*”, para diferenciarlas de las “formaciones del inconsciente” (Lacan, 1957-1958). Entendiendo el objeto *a* como aquello que se recorta, lo que se pierde del goce absoluto. Constituye la muestra de su mítica existencia, un resto de ese goce perdido.

En una sesión Marta dice: *“La enfermedad me pone muy mal, porque el dolor me hace sentir inútil, dependo de otros y eso no lo puedo tolerar”*. El padecimiento de Marta, la deja sin recursos, dependiente, supeditada al Otro. Así pienso su lesión, como una marca de su historia coagulada en el dolor.

“A veces siento que hay algo que quiere salir y no puede, no puedo. Algo que duele o molesta, me enoja, lo noto en mis manos ahora, pero no le doy lugar en mi cabeza. Pero a algún lugar va, lastima”. Zuliani (2011) en “Destinos de la simbolización...” plantea que en este tipo de fenómenos el conflicto pareciera borrarse de lo psíquico, para marcarse en el cuerpo.

Si retomamos la idea de cómo se organiza el objeto *a*, sabemos por Lacan que la condición simbólica que permite se construya este objeto particular, es el falo entendido como significante que regula la castración. Para ello debemos pensar que existe una realidad a partir de las relaciones entre un sujeto y un objeto con un elemento extrínseco, “un ombligo, o punto negro” que la organiza y que define con el Significante del Nombre-del-Padre.

El postulado de Nasio tendrá una impronta inédita, ya que supone como mecanismo de “las formaciones del objeto *a*” una “forclusión local” (1996), que tendrá efectos puntuales sobre el sujeto. Este tipo de afecciones, se definen por el hecho que los significantes S1 y S2 quedan amalgamados en la cadena significante, se elimina la escansión entre ellos. Define la realidad que se presenta en las formaciones del objeto *a*, como “realidad de órgano”, lo que no implica una falta de consistencia como podría ocurrir en la psicosis, sino que supone otra consistencia.

Partiendo de la diferencia entre Real y realidad, se distancia de la formulación lacaniana que define “reacción psicósomática” como una afección de lo Real (1954) para sostener que una “lesión de órgano” aparece como manifestación de una realidad local y singular que manifiesta un desborde de goce, un goce en más. Sostendrá que hay una forclusión de ese punto exterior que excede al sujeto con la condición de estar limitado a una falta local, sin que ello implique una psicosis. El tema central reside aquí en la noción de realidad. “Para trabajar con fenómenos locales, necesitamos hablar no de una realidad global, sino de una multiplicidad de realidades” (Nasio, 1996, p. 143). La concepción del autor se sostiene en los axiomas aritméticos de Peano y el concepto de sucesor. Entre cuyos axiomas se plantea aquel según el cual cada número natural tiene un sucesor, lo que serviría para definir la suma.

En esta perspectiva entenderá el registro de lo simbólico como una red de significantes ligadas entre sí que se sostienen gracias a un elemento exterior. Si se considera ese elemento exterior como el que ocupa el lugar de sucesor, definiremos la forclusión como la falta de ese significante que queda por fuera de la cadena, y también exterior a

la realidad del sujeto, que no podrá sumarse como sucesor, por lo que no será posible dar consistencia a esa realidad. De este modo, se entiende que este rechazo desliga el movimiento que pone en serie a los significantes de la cadena. Podemos decir también, si la tesis lacaniana radica en que el significante define al sujeto para otro significante, la forclusión local interrumpe la lógica que vincula a los significantes entre sí, no adviniendo otro significante al lugar de sucesor.

Retomando el Seminario XI de Lacan, trabaja allí el par alienación-separación como los movimientos que realiza el sujeto en relación al campo del Otro. La alienación fija al sujeto a un significante (S1), por otro lado, lo lanza a la repetición de una cadena significativa (S2), la afánesis, que permite separarlo de aquello que lo condena “*in initio*, en el campo del Otro” (Lacan, 1964, p. 218). En palabras de Lacan, la alienación atornilla al sujeto al S1 “petrificándolo en el mismo movimiento que lo llama a funcionar, a hablar, como sujeto” (Lacan, 1964, p. 215).

En las formaciones de objeto *a*, en cambio, no hay *fading*. El sujeto está representado para un significante que no remite a otro, por lo cual deviene letra que marca. Los significantes S1/S2 se sueldan, por eso podemos afirmar que recurre al mecanismo de holofrase (Lacan, 1964). Esto trae una consecuencia clínica, ya que la “lesión de órgano” no remite a nada, no hay nada que la persona pueda articular con ella.

Si no hay escansión, el sujeto no tiene emergencia representativa en la cadena, quedando aglomerado a uno de los significantes. Nasio sostiene que cuando S1 y S2 se masifican, puede dominar el S1 o al contrario, el S2. Con la primacía del S2, se observará una diseminación significativa, una dispersión correlativa a la psicosis, en cambio cuando el término prínceps es el S1, se produce “un tipo de goce suplementario, o sea del orden ... de la lesión de órgano”. (Nasio 1996, p. 183).

Pienso la enfermedad de Marta en los términos planteados, como goce marcado en el cuerpo en tanto un indescifrable. En palabras de Rabanel (1994), el resultado de la operatoria de la holofrase, es la reunión mancomunada entre goce y cuerpo, que designa como una fijación solidificada entre goce y significante.

La posición del analista en la lesión de órgano

Mencioné anteriormente que la dificultad de estas formaciones reside en que son una marca que no se organizan como parte de una combinatoria, por lo cual son inaccesibles al encadenamiento significativo, así la interpretación solidaria de la asociación libre, se tornaría inoperante.

Esta dificultad, también la leo en algunas formas que utiliza Marta discursivamente. Además de constituir una defensa frente al posible desarrollo de dolor psíquico, a mi entender remiten a ciertas limitaciones para asociar: *“Creo que ya dije todo lo que puedo decir, no hay más, me parece que es hora de irme, quiero irme”*. Esta frase, con sus variaciones, aparece en algunas sesiones como una detención del devenir discursivo. Ese es su límite para poder hablar, y lo respeto, pero antes intervengo retomando algunas expresiones de ella: *“Vos decís que preferís no pensar para no sufrir, pero sabes que en el silencio las cosas duelen igual”*.

Un día Marta comenta que el fin de semana había tenido un sueño diferente. Dice que habitualmente tiene pesadillas, que la angustian mucho porque en ellas se siente atacada y sin posibilidad de defenderse. En esta ocasión, está en una habitación con cuatro hombres, donde uno de ellos da la orden de que la maten. Ella toma lo que encuentra a mano y empieza a golpearlos con distintos elementos hasta poder salir del cuarto, logrando escaparse. Es la primera vez que trae a sesión un sueño. Le pregunto qué piensa. Responde: *“Sentí alivio, me pude defender, por primera vez. Cambiando de tema, se me ocurre algo. Antes sentía que no podía hablar, hoy quiero hablar sobre varias cosas, aunque me resulte difícil”*.

“Aquel dolor” que deviene en una serie de eventos dolorosos: el del abuso sexual en la infancia, el de recibir un apellido a condición de que el mismo no habilite a ser alojada como hija por su progenitor sino como pieza coleccionable, la pérdida de su hermana siendo muy pequeña, sentir que no estuvo presente la mirada de una madre atenta que pudiera cuidarla... comienzan a articularse en el dolor de su enfermedad. Así empieza a historizar su dolor, se le puede poner palabras y no sólo padecerlo.

El trabajo con Marta no implicó leer la cadena significativa por la vía de la interpretación, sino ser soporte para propiciar la construcción del

S2, del sucesor, lo que implica también operar para que pueda emerger el S1 como marca que habilite a una cadena. Por eso, otra consecuencia de esta des-soldadura significativa, es el pasaje del afecto encarnado a la posibilidad de que surja una historia ligada a sentimientos. Posibilitar que lo que irrumpía como puro afecto encarnado se fuera reconduciendo a diferentes escenas significantes desde donde poder dar una cubierta imaginaria, transformadora del afecto en sentimiento.

Este pasaje a través del cual Marta puede empezar a sentir y *a construir* la cadena significativa, es posible porque hay una modalidad de lazo donde funciona, aunque con ciertas fallas, la función paterna que instaura aquello en lo que puede creerse, es decir, el inconsciente.

En “Los gritos del cuerpo” el autor sostiene: “No es cuestión de descifrar, es preciso volver al comienzo, a un comienzo ficticio, a una cuestión infantil, a la primera de todas (...) plantear una cuestión que haga signo” (Nasio, 1996, p. 144). Se trata de dar un nombre a la lesión, para que el analizante pueda retomar un significativo de aquello que se le presenta compacto, opaco. Se trata de hacer otra escritura, una narrativa nueva. Por este camino, sinuoso, intentamos con Marta hacer una historia que simbolice la lesión, que dé otro lugar a su dolor.

Bibliografía

Freud, S. (1895/1968). *Proyecto de Psicología para neurólogos*. Madrid, España: Tomo III Editorial Biblioteca Nueva.

Lacan, J. (1954-1955). *Seminario II. El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Lacan, J. (1955-1956). *Semilario III. Las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Lacan, J. (1962-1963). *Seminario IX. La Identificación*. Lacantera Freudiana. Biblioteca on-line.

<https://www.lacanterafreudiana.com.ar/lacanterafreudiana/laques-lacanseminario9.html>

Lacan, J. (1964). *Seminario XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Paidós.

Nasio, J. D. (1996-2017). *Los gritos del cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Paidós.

Nasio, J. D. (2007). *El dolor físico*. Barcelona; España: Gedisa.

Rabanel, J. R. (1994). (151-159). *FPS y Psicosis*. Dos modos de rechazo del inconciente. *Estudios de psicología*. Vol 1 Buenos Aires, Argentina: Atuel-CAP.

Soler, C. (1994) *El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan*. *Estudios de Psicología*. Vol 1. (93-114) Buenos Aires, Argentina: Atuel-CAP.

Zuliani, C. (2011). *Destinos de la simbolización*. Editorial Académica Española.

II.

Acompañamiento terapéutico

Sobre el acompañamiento terapéutico como exterioridad a las lógicas manicomiales

Rubén Caligaris

Psicólogo

Psicoanálisis

Centro de Salud Provincial “Libertad” (Rosario - Sta. Fe)

Resumen

En este trabajo, primeramente, se realiza un breve desarrollo respecto al acompañamiento terapéutico en su vínculo con el campo de la salud mental. De esta manera, se problematiza sobre las lógicas manicomiales y la permeabilidad de nuestras prácticas en relación a las mismas. Luego, se transcriben recortes de situaciones que se articulan en base a distintos ejes: el cruce entre la clínica y el derecho, la constitución de redes institucionales y comunitarias desde la noción de enganche y de filiación, y la clínica de la transferencia. De este modo, se trabaja sobre la posibilidad de construir prácticas que den lugar al otro en su singularidad, por fuera de las lógicas objetalizantes, sin desconocer las tensiones que se generan en los distintos ámbitos de abordajes.

Palabras clave: Acompañamiento terapéutico - Psicoanálisis - lógicas manicomiales.

“No se trata de rehabilitar, resocializar, reeducar; sino de imaginar espacios para la restitución de potencias sustraídas. ¿De qué modo los saberes disciplinares succionan (con sus teorías, diagnósticos, explicaciones, terapéuticas reformadoras) las fuerzas de los que están locos? Esas potencias habitan, quizás, en las producciones que durante años de internación se trata de suprimir: en los delirios, en las alucinaciones, en las pesadillas”. (Percia, 2013, p.85)

En el presente escrito construiremos algunos ejes para pensar las *lógicas de abordaje* del acompañamiento terapéutico concebido como un campo de prácticas –habitado por distintas profesiones, recorridos– de ninguna manera a-histórico ni homogéneo, sino por lo contrario, constituido a partir de atravesamientos discursivos diversos, configurados en diferentes contextos. Si recurrimos a las primeras publicaciones locales, se manifiestan allí intentos de elaboración de una práctica por fuera de las paredes manicomiales. Ahora bien, sus teorizaciones no se desligan de las lógicas mismas que sustenta el engrosamiento de dichas paredes y rejas, cuando, por ejemplo, conciben al acompañante terapéutico como un “chaleco humano” (Kuras de Mauer, 2011), función de control y disciplinamiento de subjetividades. Podríamos decir, modalidad *ad hoc* de reproducción de encierros. Tiempo después, se gesta la figura del acompañante terapéutico como integrante de un equipo de trabajo, valorable éste en tanto se conforme de modo interdisciplinario. Ahora bien, en muchas oportunidades el acompañante ha quedado como un saber subalterno, brazo ejecutor de estrategias establecidas por psicólogos, enfermeros, etc. Estas distintas modalidades perduran y no estamos para nada exentos de reproducirlas. Por esta razón, subrayamos la importancia de generar lecturas de nuestras propias prácticas en espacios de retrabajo, de supervisión y de formación.

Retomamos la definición de *clínica* que transmitió Marcelo Percia (2017) en una oportunidad, sin intención de que quede circunscrita a ella:

“Un equipo que se reúne en el hospital para hablar de una situación de alguien a quien se está atendiendo, o de una casa donde

se está atendiendo o de una asamblea de las casas de convivencia, que hablan durante tres horas frente a algo que no se sabe qué hacer... están los enfermeros, los acompañantes terapéuticos...los psicólogos, la psiquiatra, los talleristas...después de la tercer hora alguien dice bueno, y qué le decimos, a fulano de todo lo que hablamos, y después, quien se lo dice, en dónde se lo dice...cómo se lo dice, o qué le dice cada uno de los que está ahí cuando lo encuentre, y cómo se lo presenta, y siempre hay un ritual, no se lo dice el que habla, se lo dice un equipo que pensó... para salir de la captura, así habla la policía y nuestra clínica no es policial”.

De este modo, vinculamos la clínica a las instancias de lectura de una situación, de su abordaje, pensando nuestro lugar en las intervenciones, los lazos transferenciales que se configuran.

Clínica y derecho

Las construcciones políticas en el campo de la Salud Mental provenientes de los países europeos y las desarrolladas en los países latinoamericanos, constituyeron antecedentes indispensables para la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657, enmarcada en un paradigma del usuario de Salud Mental como sujeto de derecho y el padecimiento como categoría que da cuenta del sufrimiento humano, fruto de una acumulación histórica de colectivos, movimientos y actores sociales. En esta serie es necesario tener presente la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, y otros marcos legales tanto nacionales como de la provincia de Santa Fe. El acompañamiento terapéutico es nombrado como un recurso pertinente para el cambio de paradigma que se pretende instalar a partir de la Ley N° 26657, su reglamentación y la constitución del Plan Nacional de Salud Mental. Intentaremos situar la clínica sin desconocer los entrecruzamientos posibles que existen con estos marcos de Derechos.

Carlos¹ en ese momento tenía 35 años y hacía tres días que estaba internado. Se encontraba acostado, casi inmóvil, hablaba poco y muy bajo, sin dirigirse a otras personas. Había atravesado una crisis subjetiva y fue trasladado a un sanatorio. Al hablar con los médicos de la guardia nos expresaron que no había criterio de internación para el usuario y, por ende, le darían el alta muy pronto. Junto a otro acompañante les manifestamos que la problemática era subjetiva, de salud mental, y les preguntamos sobre qué tratamiento se iba a llevar adelante. Al otro día nos presentaron al psiquiatra, quien expresó que había criterio de internación pero que la institución no estaba preparada para alojarlo, motivo por el cual realizarían una derivación. Mientras tanto, nos hacíamos presentes con otro acompañante, sentándonos al lado de la cama en la que Carlos estaba acostado y, dado que el usuario no se remitía a nosotros, conversábamos sobre temáticas afines al mismo. De esa manera, hablábamos de cuestiones de geografía, disciplina en la cual Carlos tenía un recorrido. En ese momento, se inclinó hacia arriba y dijo “¡no, váyanse!”. Le consultamos si le parecía bien que volviésemos al otro día y respondió que sí. Cuando regresamos como habíamos acordado, vimos que continuaba acostado, lo saludamos y no percibimos respuesta. Conversamos sobre el bar cercano en el que habíamos almorzado y, en ese instante, nos preguntó qué comimos. Un carlitos y una coca. “¡Qué rico!”. Y nos empezó a hablar de una mujer, unas voces, un casamiento inminente. Las voces alucinatorias, sin ausentarse –él nos lo ha referido-, ya no se imponían anulando la palabra. En consecuencia, comenzó a problematizarse aún más su estar en la institución, dado que ya no quería permanecer en la cama, quería caminar, irse. Entonces, se concreta la derivación.

En el recorte anterior, nuestra intención es subrayar momentos en los que los acompañantes realizamos lecturas respecto a la situación en términos legales, referidos a los derechos del usuario, y clínicos, desde una lectura de la singularidad. Singularidades no objetalizadas, como expresa Liliana Baños (2011):

Si lo pensamos en relación al psicoanálisis, nuestro trabajo apunta a la emergencia de un sujeto y en tanto tal responsable. Es el reverso de

¹ Expresamos que en el presente escrito se resguardará la identidad de las personas con las que trabajamos, teniendo el cuidado de no expresar información que posibilite su identificación.

una posición de objeto, que en general coincide con la victimización. La responsabilidad, contraria a la inimputabilidad, es el reconocimiento de la implicación subjetiva, poder incluirse en lo que le pasa. (...) Nuestra intervención apunta a que el paciente pueda implementar recursos, aún en las más difíciles de las situaciones, sólo esto lleva a que alguien tenga una voz y pueda tomar la palabra.

Hacia poco tiempo que Javier estaba internado de modo involuntario. Las tensiones se generaron a partir de que los fines de semana empezó a realizar salidas sin permiso institucional. Un profesional del equipo y otros trabajadores de la institución propusieron que se lo interne en otra localidad, en una institución a puertas - aún más- cerradas, que se lo aisle completamente. Los acompañantes terapéuticos junto a otros integrantes del equipo, por lo contrario, subrayamos la importancia de realizar una lectura respecto al recorrido que Javier hacía en esas andanzas. Al poco tiempo, el usuario nos transmitió que se dirigía a la casa de un amigo a quién le estaba ayudando con algunos arreglos de la casa, y surgió la posibilidad de acompañarlo en una de esas salidas.

Encontronazos entre lógicas manicomiales que objetalizan y encierran, que vinculan la locura y el desamparo a la *peligrosidad*, y las lógicas que apuestan a una construcción en la que la palabra y la historia del sujeto tienen un valor fundamental en el tratamiento, abriendo las puertas de las instituciones, posibilitando pasajes singulares por las mismas.

Redes: enganche² y filiación

Desde un hospital me convocaron a un acompañamiento con un adolescente - a quien llamaré Matías-. Lo que me transmitieron: un intento de suicidio vinculado a una crisis con alucinaciones visuales y auditivas. En

² Término que le debemos a Marcelo Percia en una conversación sobre unos espacios de ajedrez. La metáfora que nos trajo a colación es la del modo habitual de enganche a los cables de energía eléctrica en los distintos barrios vulnerados de las ciudades, conexiones múltiples y artesanales que los vecinos realizan manualmente sin las habilitaciones y características que se exigen desde el Estado y, en consecuencia, sosteniéndose con mayor endeblés.

el abordaje fui conociendo a su familia. Recuerdo que a Matías le gustaba el mate dulce, caminábamos por los patios del hospital, jugábamos a las cartas, hablábamos algo sobre fútbol. No obstante, en general prevalecía el silencio. Luego, fuimos construyendo el trabajo en territorio. Éramos tres acompañantes articulando con un equipo interdisciplinario compuesto por un psicólogo, un trabajador social y un psiquiatra. Matías y su familia se encontraban en situación de vulnerabilidad social respecto al acceso a la salud, a la educación, al trabajo, a la vivienda. Los acompañantes terapéuticos fuimos tejiendo redes con distintas instituciones. En un centro cultural del barrio empezó un curso de artesanías y también utilizaba las computadoras. Hemos trabajado para que pudiera acceder a la atención en el Centro de Salud y fortalecer el vínculo con la escuela en la cual circulábamos, almorzábamos, e incluso se empezó a esbozar la posibilidad de que retome sus estudios. Además, lo hemos acompañado en encuentros y actividades que ha tenido con primos y tíos en barrios cercanos.

Nuestra función, en palabras de Santiago Gómez (2007), podríamos describirla metafóricamente como la de la aguja, dado que:

...es necesario que por ahí pase el hilo, pero para poder hacer nudo, lazo, con otro hilo. Si, en cambio, pensáramos el lugar del acompañante como el del eslabón que restablece una cadena que se había roto, al retirarse éste retornaría la misma rotura.

Producir *enganches* con las instituciones, que no siempre están vinculadas entre sí de antemano. Se trata de un armado artesanal en el territorio mismo. Fernando Ulloa (2011) hablaba de trabajar desde el *mientras tanto*, esto es, mientras no se construyan las políticas profundas y necesarias para transformar la sociedad en pos de la justicia y de la inclusión, ofrecemos distintas propuestas con los recursos limitados con los que contamos.

Matías se empezó a preguntar respecto a quién era su padre biológico. En ese momento, la familia respondió con silencio, con evitaciones. El tema es abordado por profesionales del equipo. Al respecto, convocan a la familia y la interrogan, en sentido policíaco del término, profundizando silencios a partir de un clima intimidatorio. En la reunión en la que se transmite esta

intervención, proponemos otra modalidad que, podríamos resumir, se sustente en la disposición a generar climas de intimidación, como lo plantea Ulloa (2012), diferente a la intimidación. Climas que habiliten a la palabra desde la ternura.

Encuentros con otros, pasajes por actividades en distintos ámbitos que dejan marcas habilitantes, disposiciones para inscribir preguntas respecto a lo *filiatorio*, a la propia historia. “Lo que no se puede decir, no se puede callar” (Davoine y Gaudillière, 2013, p.9). Producir y construir *enganches* donde la palabra, la escucha, distintas producciones, sean posibles, permitiendo generar preguntas que historicen respecto a los vínculos sociales y a las rupturas de los mismos, a los hechos traumáticos que dejan sus marcas incluso al ser silenciados.

Clínica en transferencia

Queremos retomar un concepto del psicoanálisis que concebimos como nuclear para el oficio de acompañar, que es el de la *transferencia*. Concepto que ameritaría arduos desarrollos, implicando recorridos por la obra de Freud, de Lacan y tantos otros autores. Nuestra intención aquí es subrayar el concepto, la pertinencia de realizar lecturas en torno al lugar que ocupamos en las escenas que se construyen en cada acompañamiento singular, en relación a la subjetividad del usuario con el que trabajamos, y en cada momento particular del abordaje. Al mismo tiempo, y vinculada al concepto antedicho, la noción de *abstinencia*, en Freud definida como regla que permite dejar subsistir necesidad y añoranza como fuerzas pulsionantes (Freud, 1912). A su vez, desde los aportes de Fernando Ulloa (2012), diferenciamos la abstinencia de la neutralidad, puesto que la primera (a diferencia de la segunda) implica un rol activo, una manera de posicionarse que “no es ausencia ni retención, es dar lugar al otro” (p. 100). Ese dar lugar al otro es acompañado de una lectura de lo que acontece, de lo que se dice, de lo que no se dice, sin cerrar los sentidos con significaciones previas. Nombraremos aquí, además, la *atención flotante* (Freud, 1912), que nos permite no subir el volumen de antemano a algunos pasajes, palabras, aconteceres, desde

nuestros preconceptos, y de esta manera dejar el espacio librado a la sorpresa.

Mateo estuvo internado durante años en un hospital psiquiátrico. En el momento en el que vuelve con su familia se convoca a tres acompañantes terapéuticos en articulación con un centro de salud. Desde el primer encuentro, Mateo me señaló que sabía tocar la guitarra, por lo cual, cuando podía y lo consideraba pertinente, llevaba una con la que él mismo acompañaba su propio cantar. Hay momentos en los que se nombraba como “copia”, o decía –paradojalmente– “soy tan parecido que soy el original”, respecto a algún futbolista o músico histórico. Un día, reconstruyendo distintas tramas, me refirió que cuando se peinaba de determinada manera era un futbolista renombrado, y cuando lo hacía de otra era Mateo, pero, me aclaraba que lo que me decía era “ficticio, pero real”, y ubicaba esto como “divertido”. Releyendo anotaciones, encuentro muchos hilos y construcciones, relatos de historia singular que se entrelazan a las historias sociales, en los que situaba la segunda guerra mundial y su finalización, la posterior producción musical - “primero la guerra, luego la música”, decía -, en algunos momentos nombraba a su padre como Hitler, a quien ha llamado por teléfono para comunicarle que “Mateo está bien”. En cada encuentro íbamos trabajando a partir de sus relatos que articulaban trazos de historias.

El lazo transferencial posibilita distintas elaboraciones, repeticiones, y en Mateo no se desligan de las producciones delirantes. ¿Acallamos tales producciones? Por lo contrario, tomaremos un pasaje de Ricardo Rodríguez Ponte (1998) quien, a partir de aportes de Jean Allouch, decía que en el trabajo con las psicosis nuestra función es la de:

(...) un co-delirante potencial. Es decir, obviamente, no se trata de co-delirar con el paciente, pero el término que me parece justo es potencial -es decir, el de alguien que eventualmente podría co-delirar con el paciente-... pero no lo hace. Me parece que el valor de ese término es el de no interferir, con su propia significación, en el trabajo del delirio, y el de favorecer la acogida del testimonio de una manera distinta a la que se expresa con la fórmula “correr al loco por donde dispara”.

Nuestra apuesta es la de salirnos de los criterios de psicopatologización desde los cuales se piensan la estructura psicótica como un déficit respecto a la neurótica, y en la cual no habría transferencia, ni deseo, ni sujeto, ni metáfora... la dirección de la cura en estos términos pasa a ser un soporte ortopédico de esa deficiencia. Concepción que conforma un muro para el trabajo con la locura.

A modo de cierre - y de apertura -

En este breve recorrido, intentamos producir articulaciones que permitan introducir las encrucijadas históricas en las que se encuentra el acompañamiento terapéutico, concebido no desde el tecnicismo profesionalizante y disciplinar, sino como un oficio, subrayando lo artesanal que opera en el mismo a partir del trabajo con diversas singularidades desde una lógica de abordaje que no desconozca los derechos de los usuarios. Dichos abordajes se producen con poblaciones que, por motivos diversos, se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, de desafiación. Por este motivo, subrayamos la necesidad de constituir, desde un trabajo interdisciplinario, redes con las instituciones, con la comunidad, a modo de enganches que posibiliten marcas e interrogantes respecto a lo filiario. Otro de los ejes que acentuamos en el presente escrito es el de la clínica como instancia de lectura de la propia práctica, y de la transferencia como concepto nuclear de la misma.

Estos son algunos puntos que consideramos pertinentes transmitir a los fines de pensar prácticas posibles por fuera de las lógicas manicomiales, atentos a que éstas últimas no necesitan de manicomios para subsistir, ya que con cuadros nosográficos y psicopatológicos construyen entidades que anulan subjetividades. Distinta es nuestra perspectiva, con sustento en la ternura como instancia ética (Ulloa, 2012), el cuidado del otro, la disponibilidad y creatividad para imaginar espacios de alojamiento y de palabra, dando lugar a esas “potencias sustraídas” (Percia, 2013, p. 85).

Bibliografía

Baños, L. (2011). Apertura a las jornadas “Psicoanálisis, Salud y Políticas Públicas”. Rosario, Argentina. Recuperado de: <http://catedralibrees-carmasotta.blogspot.com.ar/2012/03/apertura-las-jornadas-psicoanalisis.html>

Davoine, F. y Gaudillière, J. M. (2004). *Historia y trauma. La locura de las guerras*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Freud, S. (1912). Escritos técnicos. En Obras Completas Vol. XII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Gómez, S. (2007). Anudar con otro hilo. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-91649-2007-09-20.html>

Kuras de Mauer, S. (2011). Entrevista a Kuras de Mauer. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://www.elsigma.com/entrevistas/entrevista-a-susana-kuras-de-mauer/12341>

Percia, M. (2013). *Deliberar las psicosis*, Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Percia, M. (2017). Clínicas que alojan demasías fuera de los manicomios. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=VnBSjclUp8>

Rodríguez Ponte, R. La cuestión preliminar y otras cuestiones. Fuente: <http://www.efba.org/efbaonline/rodriguezp-sem-01-00.htm>

Ulloa, F. (2011). *Salud ele-Mental*. Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.

Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.

Espacio e intervención

Especificidades en la clínica del acompañamiento terapéutico

Cecilia Lopez Ocariz

Magíster en Psicopatología y Salud Mental

Psicoanálisis

Cátedras: Problemática Filosófica - Facultad de Psicología (UNR)

Metodologías de la Investigación en Psicología II - Facultad de Psicología (UNR)

Resumen

El acompañamiento terapéutico es una praxis clínica que plantea ciertas especificidades que es importante considerar: una de ellas está ligada a su relación con el espacio. Este artículo propone leer esta especificidad en su valor clínico, problematizando una lectura meramente descriptiva de este aspecto. Desarrollaremos la idea de que la espacialidad sobre la que el acompañante interviene, está configurada por la necesaria tensión entre el modo singular de habitar el mundo que posee el sujeto y el ordenamiento de la vida cotidiana, podríamos decir, entre el “mundo subjetivo” como lo definiera Freud y la dimensión colectiva del mundo compartido con sus ritmos y hábitos que enmarcan no sólo las necesidades vitales, sino también el atravesamiento por la cultura. Las reflexiones sobre esta tensión tienen su relevancia como insumo para orientar las intervenciones del AT tanto en sentido clínico-terapéutico como en su dimensión ética.

Palabras clave: Espacio - Acompañamiento terapéutico - Mundo subjetivo - Vida cotidiana.

El acompañamiento terapéutico es una praxis clínica que plantea ciertas especificidades que es importante considerar: una de ellas está ligada a su relación con el espacio. Esto no refiere particularmente a que el acompañante trabaja en espacios diversos como la casa, la calle, las instituciones, etc, sino a que en su trabajo clínico se hace necesario pensar la relación del *sujeto* con sus espacios: cómo se configuran, cómo los sostiene, sus recorridos, etc. Este espacio no es mero contexto, sino que está entramado por la tensión entre dos aspectos: una dimensión singular que refiere al modo de habitar el mundo que posee cada sujeto y una dimensión colectiva puesta en juego en el armado de lo cotidiano, aspecto ligado tanto a los atravesamientos culturales como a los ritmos vitales. Estos dos aspectos son igualmente relevantes, por lo que no podemos desconocer ninguno de ellos o hacer primar uno por sobre el otro. Sostener la necesaria tensión irreductible entre ellos es condición para la lectura de la espacialidad que entra en juego en la clínica.

Definiremos primero escuetamente estos términos en tensión para luego tomar una situación de acompañamiento terapéutico poniendo a trabajar la tensión que hemos planteado.

Mundo subjetivo y vida cotidiana

Los desarrollos freudianos indican que el sujeto no se relaciona de un modo “natural” con el entorno, no sólo porque cada sujeto percibe el mundo de un modo singular, diferente unos de otros, sino porque además el mundo mismo que habita y al que llama “su realidad” está configurada por sus modos singulares de sostenerla y habitarla. Tomemos como punto de partida la expresión “mundo subjetivo”, utilizada por Freud en su estudio sobre Schreber: “El sepultamiento del mundo es la proyección de esta catástrofe interior; su *mundo subjetivo* se ha sepultado desde que él le ha sustraído su amor” (Freud, 1911, p.65).

La expresión mundo subjetivo superpone dos órdenes que en Freud suelen aparecer disyuntos. En efecto, el modo en que esta expresión aparece en la frase citada, para dar cuenta precisamente de los fenómenos crepusculares en las psicosis, parece anular el hiato entre realidad

psíquica y realidad material ¿Cuál es el mundo que se derrumba para Schreber? ¿Su mundo interno, el mundo exterior? ¿Es posible pensar uno sin el otro? ¿Se trata, a fin de cuentas, de dos órdenes de realidad diferentes? Aunque el uso que Freud hace de esta expresión remite explícitamente a la experiencia crepuscular de la psicosis, es posible decir que la expresión “mundo subjetivo” pone en evidencia un carácter general de la relación del hombre con su realidad. En este sentido, en *La pérdida de realidad en neurosis y psicosis*, Freud (1924) plantea que la diferencia entre la neurosis y la psicosis respecto a la relación con la realidad debe amenguarse, ya que es posible en ambas situar una pérdida de realidad y un trabajo defensivo para reconstruir la relación con ella. Más aún, esto es así tanto para situaciones consideradas psicopatológicas como para fenómenos de la vida cotidiana. Freud (1914) en *Introducción del narcisismo* compara el enamoramiento y la experiencia crepuscular en la psicosis como contrapuntos en relación al destino de las investiduras libidinales del sujeto y cómo esto hace fluctuar la relación del sujeto a la realidad y a sus propios objetos.

Retomando estas referencias, podemos plantear un conjunto de cuestiones respecto del modo singular de habitar el mundo que posee cada sujeto. En principio, que el “mundo” del sujeto no está hecho de una sustancia estable, uniforme, natural, sino que puede siempre sufrir una interrupción, derrumbarse, aparecer dislocado respecto de una supuesta homogeneidad lineal. Aparecen dislocadas las coordenadas del espacio y la relación con los objetos en muchas circunstancias, mayoritariamente en episodios psicóticos, pero además en la melancolía, en fenómenos fóbicos, etc. Además, a los modos en que el mundo se reconfigura no podemos leerlos como efecto residual, expresión defectuosa que debemos reparar, sino que ese mundo es efecto de un trabajo que el sujeto se ha dado para hacerlo habitable. Esto hace que el trabajo del acompañante necesariamente considere el modo en que el sujeto se relaciona con sus objetos, cómo habita sus espacios, pues en ello se entrama todo un trabajo subjetivo. Este señalamiento no está ligado sólo a aquello que habitualmente es considerado patológico, sino que configura el mundo humano como tal y puede darse en circunstancias como crisis vitales, duelos, situaciones traumáticas o incluso el despertar

luego de una pesadilla, donde las coordenadas del tiempo y el espacio sufren un corrimiento o una “desacomodación” más o menos temporal.

Ahora bien, a este mundo subjetivo es importante leerlo en tensión con lo que podemos llamar *configuración de la vida cotidiana*, que lejos de ser una simple organización del tiempo y las actividades, representa muchas veces aspectos conflictivos para el sujeto, exigencias de renuncias pulsionales, “negociaciones” que debe hacer con la cultura, etc.

La configuración de la vida cotidiana no remite sólo a la instalación de rutinas diarias que resguardan los ritmos vitales, posee, además una dimensión simbólica colectiva. Lo que llamamos vida cotidiana está configurada por saberes, prácticas e ideales con los cuales se tensionan los modos singulares de vivir, desde las improntas culturales del vestido y los modos de presentación frente a otros, hasta los códigos de cortesía del saludo o las condiciones de circulación por espacios sociales de intercambio; categorías como el ocio y el trabajo, modalidades sublimatorias del sujeto ligadas a lenguajes artísticos, etc. pueden ser situadas también respecto al valor de la vida cotidiana para el sujeto. Sin dudas reducir el armado de la vida cotidiana a los ritmos ligados a las necesidades de autoconservación, implica un reduccionismo iatrogénico.

Llegados aquí podemos afirmar que esta tensión que presentamos es inherente a la vida de todos los hombres ya que, en sentido estricto, siempre debemos lidiar entre nuestro modo singular de habitar el mundo y las exigencias culturales que configuran una cotidianeidad colectivamente construida.

Las intervenciones y el espacio

Pongamos a trabajar esta tensión en una situación de acompañamiento.

C comenzó a vivir solo en una casa al salir de una internación por un brote psicótico. Al poco tiempo, su casa estaba en un estado de mucha desorganización: las paredes y el techo escritos con frases o manchados con café, había yerba y colillas de cigarrillo por toda la casa: sobre la heladera, en la cocina, en el baño, en la pieza. Su ropa embollada en

los rincones y libros rotos. La situación caótica se sostenía hasta que llegaba una señora que limpiaba e intentaba introducir ritmo en algunas comidas, lo que a veces funcionaba pero otras derivaba en peleas o en echarla de su casa. El orden y limpieza duraban unos segundos y volvía a instalarse la misma escena caótica. Durante un tiempo estaba mucho tiempo en la calle y volvía sólo unas horas, era difícil encontrarnos. Y por momentos su casa era su protección, su resguardo y solo salía a comprar cigarrillos. Mantenía amigos de otro tiempo, pero también conocidos ocasionales que usaban su casa de “aguantadero”. En un momento particular, su casa se convierte en un espacio abierto: canjea sus pertenencias o simplemente las pierde, invita a gente desconocida que luego se instala, a artesanos que encuentra en la plaza, un indigente: trae la calle a su casa, que cualquiera pase es mejor que estar solo. Esto luego se le vuelve imposible de habitar y no sabe cómo salir de la situación.

El acompañamiento fue ocasión de trabajo sobre la tensión entre sus modos posibles de estar en el mundo y las limitaciones que sobre ello ejercieron las condiciones colectivas de habitarlo. El respeto por su necesidad de cifrar en la escritura su sufrimiento era tensado con modos menos problemáticos para su casa, que debíamos cuidar pues era alquilada. Aparecieron los cuadernos, otros soportes que recubrían las paredes para hacer de esa escritura-dibujo una obra desmontable para trasladar y hacer circular. La escena del comer se planteó de modo diverso, en ocasiones comíamos juntos, montando una escena compartida, códigos que consideraran incluso los diques anímicos del asco o la vergüenza diferenciando el “engullir” de una vez usando las manos, del “estar almorzando”. El salir a la calle también fue ocasión de poner en juego esta tensión. Sin dudas no podía salir en calzoncillos o excesivamente bizarro, pero no a cuenta de mi papel como custodio moral sino porque eso lo exponía a que la gente en la calle lo mirara de modo extraño y él se sintiera perseguido, que se asustaran sus vecinos y no le renovaran el alquiler, incluso el riesgo de ir preso si salía sin ropa. Otros modos de cifrar la vestimenta fueron dándose paso cuando se instalan algunos lugares por los que circular y aparece en el horizonte una mujer que le gusta. Esa mirada fue ocasión de sostener su imagen de otro

modo para presentarse a su encuentro, los nuevos espacios le fueron propiciando otros lugares de enunciación. Su casa, “artísticamente intervenida” fue transformándose en un lugar de producción, de encuentros y adonde poder regresar.

Sin dudas la estrategia de reinstalar las coordenadas de la cotidianidad sólo apuntalando un ordenamiento de las condiciones materiales del vivir, no resulta eficaz. La imposición de un orden sin miramientos por propiciar trabajo subjetivo respecto de las coordenadas del mundo, en el mejor de los casos genera una repulsa de parte del sujeto que se siente violentado en su intimidad. La vía de acordar reglas o de “respeto por el encuadre” sin dudas es valiosa, siempre y cuando se trate de un sujeto que cuente con la posibilidad de ese registro. En casos como el de C, la permanente ruptura de acuerdos imposibles de sostener por su parte nos hace pensar que en ocasiones eso es un punto de llegada más que un punto de partida.

El “rearmado” cotidiano en esta situación de acompañamiento se dio todas las veces como correlato de movimientos subjetivos de C, lo cual hizo que el “ordenamiento” que se instalara fuera de carácter fluctuante y respondía, cada vez, al modo singular en que C lograba rearmar las coordenadas de su mundo.

Ahora bien, un movimiento subjetivo de este tipo no es efecto de indicaciones prescriptivas tales como ordenar el cuarto, los objetos, la ventilación necesaria, etc., sino que a la inversa, un restablecimiento de las coordenadas que configuran lo cotidiano es efecto del trabajo clínico que un acompañante hace con el sujeto en la reconstrucción de su mundo subjetivo. El modo de habitar su espacio se leía siempre en estrecha relación a cómo se encontraba C en ese momento, cuán desorganizado o estable lograba estar, la dinámica pulsional que se daba con sus objetos, el valor de resguardo o intemperie que tenía su casa, etc. Todas las veces, las intervenciones más eficaces en reinstalar algo de lo cotidiano eran aquellas que tenían como horizonte su condición de sujeto y no un ordenamiento exterior sobre el espacio o el tiempo.

Problematizaciones

Plantear la incidencia de la tensión entre el modo singular de habitar el mundo y la configuración de la vida cotidiana, tensión que define la manera en que el sujeto se relaciona con sus espacios, problematiza la patologización de modos de estar en el mundo que irrumpen en la idiosincrasia cultural. Los modos más o menos extraños, atípicos, son ocasión de trabajo en el acompañamiento en la medida en que representen para el sujeto una dificultad en el lazo que el mismo sujeto quiere modificar, o que lo expongan a situaciones riesgosas o estigmatizantes, no por referencia a parámetros normativos ni ideales culturales que demarcan estilos de vida.

Esta tensión también problematiza las referencias ideales para las intervenciones en terreno: no hay suposición natural respecto de lo que funciona como “exterioridad” o como espacio de resguardo para el sujeto. Lo mismo podemos decir de la relación del sujeto con sus objetos: no podemos suponerle una relación “natural” con ellos. Que el sujeto le atribuya valor de intercambio o atesoramiento a las cosas que posee, que ingresen en la lógica de un código culturalmente compartido, estará supeditado al modo en que ingresen en la economía libidinal del sujeto. Esta observación da ocasión de trabajo clínico y sitúa la necesaria posición abstinerente del acompañante al respecto. Esto no quiere decir que deba “abstenerse” de intervenir sobre estos aspectos, sino que estas intervenciones tengan como horizonte el trabajo *con el sujeto* sobre el modo en que los objetos ingresan en su economía libidinal, y no *sobre los objetos* y el modo en que debieran ser cuidados, intercambiados, su valor, etc.

La dimensión del registro de las “necesidades”, como aquello sobre lo cual orientar el armado de la vida cotidiana, es problematizada también por la tensión de la que venimos hablando. Por ello podemos decir que es más propicio situar nuestro miramiento por estos aspectos, no como “ritmos vigilia-sueño” o “alimento”, sino como el dormir, el comer, etc., categorías que consideran la dimensión del necesario auxilio del otro cuando el sujeto se encuentra en situación de vulnerabilidad o riesgo. Por otra parte, se sitúan como actividades en las que podemos

leer la *vida pulsional* del sujeto en juego, su oralidad, su relación con los desechos, el valor libidinal en el que se entranan, etc. lectura imprescindible para orientar las estrategias clínicas.

Valor ético del planteo

Cuando la tensión entre el mundo subjetivo y el armado de la vida cotidiana deja de sostenerse en funcionamiento, corremos el riesgo de que el acompañamiento funcione desde un imperativo de adaptación normativa, lo que arrasa con el modo que ha encontrado el sujeto de organizar materialmente su espacio singular, la relación con sus objetos y los otros. Este imperativo hará suponer que los “logros” del acompañamiento se midan de acuerdo al acercamiento del estilo de vida al de la gente “normal”, que sale, hace deportes, ingresa en el circuito productivo, etc. Desde la posición ética que nos proponemos sostener, la intervención eficaz será aquella que propicie para el sujeto modos singulares de habitar el mundo cada vez menos sufrientes y que los exponga lo menos posible a modos segregatorios del lazo social. Otro riesgo es reeditar lógicas manicomiales, donde cada aspecto de la vida cotidiana del sujeto se encuentra garantizado crónicamente, sin margen de apuesta a la apropiación singular del sujeto.

En determinados momentos las intervenciones “desde afuera” para el armado de algún ritmo vital son necesarias. En situaciones extremas, donde la integridad física o la salud están en riesgo y dependen del ordenamiento de ritmos vitales básicos, estos tendrán que ser considerados prioritariamente como condición de sostén de la vida del sujeto, lo cual no quiere decir que este aspecto deje de tensionarse con la búsqueda de propiciar modos singulares de implementarlos. En situaciones no tan extremas, podemos decir que ordenamientos exteriores como garantizar la comida, la limpieza, el orden, no tienen en sí mismos un valor reconstitutivo del lugar del sujeto en el rearmado de su mundo subjetivo, pero sin dudas lo resguardan de las consecuencias que sobre sí mismo puedan tener sus situaciones de crisis o desorganización.

Es importante considerar sin embargo, que si las intervenciones más o menos directivas sobre los ritmos o la organización cotidiana no se consideran como instancias de “pasaje” hacia otra cosa o de ocasión de trabajo, el riesgo es la infantilización, la cronificación asistencial cuando no la acentuación de algún aspecto del padecimiento que pudiera funcionar como ganancia secundaria del enfermar.

El riesgo de aplanamiento de esta tensión no se evita pensando estas actividades en su carácter circunstancial, pues sólo pensarlas acotadas en el tiempo no ayudará a pensar movimientos clínicos posibles. Aún donde las condiciones subjetivas del acompañado nos hagan suponer que difícilmente pueda sostener una cotidianeidad autónomamente y debamos considerar esto en nuestro trabajo, es necesario que el acompañante considere la especificidad de su clínica orientando las intervenciones desde una perspectiva diferente a la del cuidador domiciliario o el enfermero.

Ahora bien, en ocasiones, intervenciones materiales tienen valor restitutivo para el sujeto, pero sin dudas este valor está más ligado al lazo que enmarca la intervención que al “objetivo logrado”. En la situación de acompañamiento de C, la disposición de la mesa que acompañaba a la comida enmarcando la escena, la consideración por sus gustos, la atribución de subjetividad en ese intercambio, etc, podían leerse como intervenciones de valor restitutivo para C., valor que evidentemente no estaba ligado a la incorporación del alimento o la limpieza en sí mismos, sino al restablecimiento de la tensión entre el mundo subjetivo y la configuración de la vida cotidiana.

Bibliografía

Freud, S. (1901). Psicopatología de la vida cotidiana. En *Obras Completas. Volumen VI*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1911) .Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (caso Schreber). En *Obras Completas. Volumen XII*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo En *Obras Completas. Volumen XIV*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1924). La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. En *Obras Completas. Volumen XIX*, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

III.
Neuropsicología.
Dispositivos de prevención

Neuropsicología: un acercamiento a sus fundamentos y prácticas

Pablo Martino

Dr. en Psicología

Neuropsicología – Escuela soviética

Cátedra Biología Humana – Facultad de Psicología (UNR)

Resumen

El presente escrito pretende una aproximación a la Neuropsicología, enfatizando en sus fundamentos y prácticas. Se estructura sobre tres ejes centrales: 1) Presentación de conceptos básicos en Neuropsicología. 2) Análisis de las distintas prácticas del psicólogo en dicho ámbito. 3) Presentación de un dispositivo neuropsicológico de alcance comunitario.

Respecto al primer eje, la Neuropsicología se enfoca en la comprensión de las relaciones entre los mecanismos cerebrales y la actividad psíquica, constituyendo un campo de interdisciplina consolidado, y de rica historia.

En relación con el segundo eje, además de sus aportes a la investigación, el psicólogo puede destinar sus esfuerzos a la práctica asistencial, evaluando el desarrollo, o bien, la indemnidad de procesos psicológicos en pacientes con compromiso neurológico. Asimismo, interviene, recuperando funciones cognitivas, y atendiendo los aspectos subjetivos y vinculares. La tarea del psicólogo en este ámbito no es aislada, sino que, por lo general, se enmarca en el equipo de neurorehabilitación.

Entre los desafíos inmediatos, se contempla en nuestro país y en la región, una mayor incidencia de deterioro cognitivo. El psicólogo que iniciase su práctica con adultos mayores deberá contemplar nuevas formas en el abordaje y en la prevención de este flagelo.

Por último, se advierte la necesidad de no limitar la práctica neuropsicológica a la clínica individual, e impulsar en cambio, dispositivos de alcance comunitario, sostenidos en la promoción y prevención de la salud. A modo de ejemplificar este tipo de intervenciones, se describen los lineamientos generales de un dispositivo de prevención primaria de reciente concreción.

Palabras clave: Neuropsicología - Interdisciplina - Dispositivos comunitarios.

Introducción

La pluralidad de teorías, métodos y prácticas a la que se enfrenta el psicólogo es de una riqueza tal, que por momentos resulta inabarcable. Además esta pluralidad no se agota en la propia Psicología, sino que, por el contrario, habilita a un apasionante diálogo cruzado con otras disciplinas, en ocasiones disciplinas muy distantes, ocasionando la convergencia de métodos y tradiciones disímiles. A pesar de algunas dificultades obvias que conlleva el intercambio entre disciplinas, el esfuerzo vale la pena, ya que los enfoques multidisciplinarios, y en el mejor de los casos interdisciplinarios, resultan muy fructíferos al momento de problematizar y “darle una vuelta de tuercas” a ciertos tópicos.

Una de estas áreas de la Psicología de naturaleza interdisciplinar, y que justifica la edición del presente capítulo, se conoce con el nombre de Neuropsicología.

En tal sentido, el escrito se estructura a través de tres ejes centrales, enunciados a modo de interrogantes:

- ¿Qué es la Neuropsicología? ¿Cuáles son sus antecedentes más relevantes?

- ¿En qué consiste la labor del Psicólogo en el campo de la Neuropsicología?
- ¿Es plausible en referido campo una práctica con alcance comunitario?

Dando respuesta a cada uno de los interrogantes planteados, queda invitado el lector, a un recorrido afable y conciso por los fundamentos, avatares, y desafíos de la Neuropsicología, poniendo bajo consideración, concretamente, los quehaceres del psicólogo en esta área.

Comencemos...

Fundamentos en Neuropsicología

La Neuropsicología es un espacio abocado a la comprensión de las relaciones entre la actividad encefálica y la actividad psíquica, integrando desarrollos teóricos propios de la Psicología y, en simultáneo, desarrollos de la Biología, más precisamente aquellos referidos al estudio del sistema nervioso.

Enfatiza el vínculo entre el encéfalo y una serie de categorías provenientes de la Psicología del desarrollo, especialmente lo concerniente al aprendizaje y a los procesos psicológicos puestos en marcha al momento de aprender. Nos referimos a la atención, la sensorioopercepción, la memoria, las emociones, como así también, a aquellos procesos que constituyen complejas adquisiciones, entiéndase entre ellos al lenguaje y al pensamiento, dos procesos psicológicos superiores que se retroalimentan en una sinergia que nos confiere el distintivo humano. Vale hacer un paréntesis para resaltar la labor de Lev Vygotsky, eminente psicólogo ruso, quien a principios del siglo XX formalizó la distinción entre los procesos psicológicos elementales -como la memoria y la atención- y los procesos psicológicos superiores -lenguaje y pensamiento-, estos últimos, resultado de una trabajosa adquisición, requiriendo de la interacción entre el sujeto y su entorno sociocultural (Vygotsky, 1931). Por lo cual, las enseñanzas de Vygotsky nos alertan, no se puede perder de vista la dimensión histórica y vincular. El aprendizaje cuenta con serias limitaciones sin un

otro que lo facilite. En este plano Lev Vygotsky nos propone una elegante salida al problema de cómo acontece la relación entre la actividad cerebral y la actividad psíquica. Postula que el psiquismo requiere como condición insoslayable, la presencia de actividad nerviosa. Sin embargo, solo con la presencia activa del sistema nervioso, no alcanza para dar emergencia a procesos psíquicos superiores. El cerebro no es mero soporte de los procesos psicológicos cerebrales superiores. En última instancia, los procesos psicológicos superiores, el lenguaje y el pensamiento, requieren de la actividad nerviosa, y en simultáneo, de la presencia de un entorno social y afectivo facilitador.

Siguiendo la línea argumentativa previa, vale advertir, que, en ese interjuego entre las estructuras biológicas y psíquicas, tal vez sea conveniente hablar de “correlación” y no de “causalidad”. Suele sostenerse, en un intento de simplificación no fácil de eludir, el siguiente enunciado “el cerebro genera los pensamientos y el lenguaje”. Si bien podemos discutir en detalle la validez de estas aseveraciones, es preferible evitarlas, ya que nos conducen a un reduccionismo biológico, restando complejidad a la problemática en cuestión, y restando riqueza a las discusiones. Por lo cual este problema central en Neuropsicología, el de las relaciones entre la actividad encefálica y psíquica, es preferible sea concebido desde la perspectiva de la Complejidad.

Decíamos que otro de los pilares de la Neuropsicología, reside en la comprensión del concepto aprendizaje. Y es allí donde merece especial reconocimiento la figura de Juan Azcoaga, quizás el más destacado Neuropsicólogo argentino, a quien hace algunos años tuve el honor de conocer e interactuar en el marco de una pequeña Jornada académica organizada en la ciudad de Rosario. Citando algunas de sus contribuciones, Azcoaga (1979) se interrogó como pocos por el aprendizaje, aportando entre otras, las categorías “Dispositivos básicos del aprendizaje” y “Funciones cerebrales superiores” que sin duda han enriquecido el campo y acompañado la formación de muchos psicólogos de nuestro país y de la región. Ha hecho una descripción muy aguda de cada uno de los procesos psicológicos involucrados en el aprendizaje, sabiendo introducir con las palabras justas, el papel necesario, pero no determinante, de la actividad nerviosa.

En su pretensión por desentrañar las bases neurales del aprendizaje, la Neuropsicología ha dado cuenta ya, hace algunos años, que el aprendizaje es un fenómeno escurridizo a cualquier etapa de la vida, un proceso que no cesa, precisamente porque el encéfalo permanece “plástico”, incluso en la vejez. Es ya emblemática la publicación de Kempermann y Gage (1999) quienes observaron por primera vez neurogénesis en cerebros humanos añejos, derribando el dogma de la neurociencia clásica por el cual el encéfalo tras alcanzar cierta madurez propia de la etapa adulta parecía en una especie de meseta, iniciando un declive gradual e irreversible.

Nuestros días están marcados por abundante actividad de grupos de investigación en Neuropsicología, y un creciente volumen de producción en temas afines. Se publican cientos de artículos por año, en decenas de revistas especializadas. La realidad señalada ha llevado a la emergencia en pocos años de un cuerpo significativo de datos. Se elaboran mapas cada vez más sofisticados y precisos de la interacción entre las estructuras neurales y los procesos psíquicos. Un punto de inflexión, hacia la década del 80, y principios de la década del 90, ha sido la incorporación de nuevas tecnologías en la visualización del cerebro, las neuroimágenes. En tal sentido se habla actualmente de “neurociencia cognitiva y afectiva”. Entendemos con cierta prudencia, que estas recientes denominaciones, son solo formas renovadas, más “refinadas”, de hacer referencia a la siempre vigente Neuropsicología. Con respecto a las neuroimágenes, el excesivo volumen de datos que proveen, por sí mismo, no podrá resolver los viejos dilemas, siempre presentes. Es decir, los datos acumulados tras la aplicación de neuroimágenes, no resuelve las discusiones de fondo. El dato cobra valor solo si hay una teoría que lo contenga, que lo cobije. Quiero decir, las limitaciones o los avances en Neuropsicología, no están determinados por la técnica que se adopta, si no, más bien, por la formulación conceptual de la que se parte y a través de la cual se interpretan los datos. Como estableció Juan Seguí (2003), sentenciar a “ciegas” correlaciones entre la actividad psicológica y el funcionamiento cerebral, sin disponer de un sólido modelo funcional de las primeras, abre las puertas a un retorno al empirismo más primario. Solo la colaboración entre psicólogos, biólogos y es-

pecialistas en neuroimágenes podrá dirimir las limitaciones señaladas. Un verdadero desafío.

A finas cuentas, dando cierre al primer interrogante del escrito, la Neuropsicología es un apasionante viaje de exploración y reflexión acerca de los andamiajes nerviosos comprometidos en la formación y recuperación de memorias, procesos atencionales, afectividad, y los aprendizajes. Esto exige un abordaje a distintos niveles de análisis, desde lo molecular, pasando por los órganos que conforman el sistema nervioso central, hasta los niveles vinculares (o supraindividuales), siendo coherentes en la inclusión de este último nivel de análisis, con los aportes de Lev Vygotsky y su Psicología socio-histórica.

Una rica historia

Remontándonos al pasado inmediato, la Neuropsicología goza de una extensa y rica historia, que preferimos no obviar, y por eso la volcaremos muy brevemente a continuación. Podremos apreciar el fluir de teorías, enfoques y metodologías.

Si bien el término Neuropsicología comienza a circular expresamente en la década del 50 del siglo pasado, el interés humano por comprender las relaciones entre el cerebro y el psiquismo es antiquísimo. Vale iniciar con un antecedente de color, que refleja la peculiar situación de la Neuropsicología a principios del siglo XIX. Aunque parezca descabellado, por aquellos años tuvo su apogeo una teoría -hoy considerada pseudocientífica- por la cual, según el tamaño y relieve del cráneo, era posible deducir perfiles psicológicos y rasgos de personalidad. El padre de la “criatura” fue Franz Joseph Gall (1758-1828), máximo representante de lo que se dio a conocer como Frenología. Fue el primer intento sistemático de relacionar la topografía cerebral con procesos psicológicos. La Frenología se empeñó en atribuir facultades mentales específicas a las diferentes regiones del cerebro, hasta 27 distintas según Gall y 35 según Spurzheim, e incluso de 46 a 50 según otros frenólogos de la época (Escera, 2004). Haciendo una relectura socio-histórica, es posible que el alto interés otorgado a la Frenología en países como Inglaterra y Ale-

mania, haya sido concordante y funcional a los valores de la sociedad victoriana de aquellos tiempos. “Todo en su lugar”. Pero poco a poco, por la falta de un método convincente, la Frenología cayó en descrédito. No obstante, esta logró instalar una concepción localizacionista (o estructuralista), en relación al vínculo entre el cerebro y el psiquismo.

También durante el siglo XIX, se comenzó a documentar una serie de casos clínicos emblemáticos. Ejemplo de ello fue un reporte de 1861 ante la Sociedad Antropológica de París, a cargo del neurólogo francés Paul Broca. Un paciente suyo, presentaba alteraciones en la elocución del lenguaje. La autopsia reveló una lesión en la tercera circunvolución frontal. Algunos años después, bajo esta misma modalidad de estudio de caso, en 1874, Karl Wernicke describió un segundo tipo de dificultad para el lenguaje, relacionada con la comprensión, cuya lesión comprendía la zona posterior de la corteza cerebral. Phineas Gage fue otro estudio de caso emblemático. Se trató de un ferroviario expuesto a un accidente laboral cuyo resultado fue una severa lesión en la corteza prefrontal. A pesar de mantener intacto el lenguaje, el movimiento y el procesamiento sensorial, Phineas experimentó una sorpresiva transformación de su personalidad.

Valen dos reflexiones respecto a los alcances de los casos previamente informados. Por un lado, el uso de los estudios de caso dio surgimiento al método lesional, e impulsó el despegue de la Neuropsicología. Por otro lado, muchos de estos casos emblemáticos, fueron utilizados por estructuralistas o localizacionistas para confirmar la validez de sus postulados. Sin embargo, el estructuralismo, lejos de imponerse por completo, recibió cuestionamientos. Estos cuestionamientos provinieron de un segundo gran enfoque teórico en Neuropsicología: el funcionalismo.

Desde una lectura retrospectiva, podemos afirmar que el funcionalismo logró imponerse sobre el estructuralismo. Entre sus primeros representantes sobresale la figura de Jean Pierre Fluorens, (1794-1867), quien fue el primero que se opuso fuertemente a los postulados localizacionistas, creyendo inverosímil el localizar funciones psicológicas en un área cerebral específica, porque el cerebro funciona como un todo y las estructuras cerebrales interactúan creando sistemas funcionales.

Otro destacado pensador, John H. Jackson, médico inglés, (1835–1911), se oponía al localizacionismo extremo. No podría concebir que fenómenos de la complejidad del lenguaje quedasen circunscriptos a unas pocas estructuras corticales. Propuso la existencia de niveles de organización jerárquica en el cerebro, y que los superiores gobiernan a los inferiores. La conducta como resultado de múltiples estructuras cerebrales que interactúan.

Entrado el siglo XX, es fundamental el aporte de la escuela soviética, bajo la figura de Alexander Luria, influido por la obra de Lev Vygotsky. Luria (1988) considera que estructura y función están estrechamente entrelazadas. Existen tres unidades funcionales: la unidad que regula el tono y la vigilia; la unidad que recibe, analiza y almacena la información; y la unidad que regula, programa y verifica la actividad. A su vez las unidades más complejas requieren de las menos complejas. Vale destacar de la Neuropsicología soviética, su contribución a la teoría funcionalista, rescatando el papel de la Psicología, esquivando reduccionismos biologicistas y reconociendo el valor histórico y social de los procesos psicológicos.

Las prácticas del psicólogo en el campo de la Neuropsicología

Ahora bien, dejando atrás los fundamentos y avatares históricos de la Neuropsicología, intentaremos situarnos en su práctica, y responder lo siguiente. Concretamente, ¿En qué consiste la práctica del psicólogo desde la Neuropsicología?

Debemos diferenciar dos grandes campos de prácticas; la investigación neuropsicológica, y la clínica neuropsicológica. En el primer caso, como ya señalamos en líneas previas, la Neuropsicología es un área temática que congrega a muchos grupos de estudio e investigación en el país y la región. El psicólogo dedicado a la investigación desde este tipo de líneas, puede ejercer su actividad en forma individual, o bien por lo general como parte de un equipo interdisciplinario, junto a biólogos, neurólogos, y/o especialistas en neuroimágenes, entre otros. El psicólogo en esos casos, es una pieza elemental del equipo. Entre algunas

de las principales líneas actuales, el psicólogo puede aportar a la investigación de los correlatos neurales de procesos psíquicos en niños y adultos, dedicarse a la identificación de procesos psicológicos en cuadros con compromiso neurológico, como accidentes cerebrovasculares, traumatismos de cráneo o enfermedades neurodegenerativas, o bien, aportar al diseño y validación de instrumentos psicométricos (tests).

Más allá de los aportes a la investigación, el psicólogo puede efectuar su práctica en el campo de las patologías neurológicas y neurorrehabilitación, tanto infantil como en adultos. En dicha área de la salud, la práctica del psicólogo constituye una valiosa herramienta para la promoción, prevención, evaluación y recuperación psicológica de pacientes con compromiso cerebral. Más concretamente el neuropsicólogo clínico es aquel que, en casos de lesión cerebral, interviene en los pormenores de la subjetividad, como así también, en aspectos cognitivos, conductuales y vinculares.

Según los objetivos asistenciales, el neuropsicólogo interviene bajo dos grandes modalidades: evaluación neuropsicológica y rehabilitación neuropsicológica.

La evaluación neuropsicológica es un procedimiento exploratorio por el cual, a través de pruebas psicométricas validadas y confiables (tests), se obtiene una valoración del funcionamiento cognitivo, afectivo, conductual y vincular. Valiéndose de datos normativos, el neuropsicólogo puede delimitar la presencia y magnitud de la no adquisición (en niños) o deterioro (en adultos) de los procesos psicológicos. Al momento de evaluar se presentan dos grandes enfoques, el cuantitativo y el cualitativo. El primero prioriza la medición psicológica, atento a la calidad de las pruebas seleccionadas, validez, confiabilidad, y otras propiedades psicométricas. El segundo enfoque ahonda en la valoración fenomenológica, y en aquellos datos que escapan a la valoración cuantitativa. Lejos de tratarse de una dicotomía, son dos enfoques que atraviesan a cualquier proceso de evaluación, sumamente complementarios. El neuropsicólogo debe tender a la triangulación de dichos enfoques.

Por otra parte, la rehabilitación neuropsicológica es el conjunto de estrategias y recursos destinados a la recuperación de pacientes que

experimentan dificultades en su funcionamiento cognitivo, afectivo, conductual o vincular como consecuencia de una patología neurológica. En el caso de los niños, ante una eventual lesión cerebral, entre otras tareas, se lo asiste en búsqueda de facilitar la adquisición de los procesos psicológicos superiores.

Vale precisar que la rehabilitación neuropsicológica es una tarea ardua marcada por un fuerte componente artesanal. Uno de los pilares terapéutico gira en torno a lograr transferir las estrategias implementadas desde el consultorio a la vida cotidiana (perspectiva ecológica).

¿Neuropsicología comunitaria?

Llegamos a un último interrogante. ¿Es posible una Neuropsicología de enfoque comunitario?

A los psicólogos nos cuesta pensarnos por fuera de la clínica individual. Una de esas dimensiones en el ejercicio de la práctica del psicólogo difícil de visualizar, poco estimada, es la concerniente a la promoción de la salud y a la prevención primaria, categorías diferenciales al modelo biomédico tradicional. Mientras el modelo biomédico tradicional se centra en el abordaje de la enfermedad una vez consumada, por el contrario, la promoción de la salud y la prevención primaria, corresponden a estrategias tendientes a disuadir los factores de riesgo, y consolidar los factores protectores de la salud. Por lo cual en contraposición con las prácticas psicológicas ortodoxas -clínica e individual-, consideramos menester atender las demandas y problemas sociales más acuciantes de nuestra población, ofreciendo dispositivos cuyo abordaje supere las vicisitudes individuales, y sean poseedores de un alcance comunitario. Dicha necesidad también involucra a psicólogos abocados a la Neuropsicología. Al respecto, a continuación, nos enfocaremos en una de las problemáticas actuales más acuciantes en Neuropsicología, y describiremos un pequeño dispositivo comunitario orientado en dar respuestas a dicha problemática.

El veloz aumento de adultos mayores en nuestro país y en el mundo no registra precedentes, situación que tenderá a profundizarse durante

los próximos años. Dicho envejecimiento poblacional se acompaña de una transformación epidemiológica, por la cual son cada vez más frecuentes las patologías crónicas no transmisibles asociadas a la edad, entre ellas, el deterioro cognitivo y las demencias. El deterioro cognitivo corresponde a los déficits que impactan sobre las funciones cognitivas, y representan una declinación desde un cierto funcionamiento previamente alcanzado. En otras palabras, consiste en el declive de procesos psíquicos que interfiere en los aprendizajes y conocimientos, peligrando quehaceres básicos de la vida cotidiana como, por ejemplo, recordar lo conversado, cocinar, higienizarse, reconocer objetos, caras u orientarse en espacios públicos. El déficit puede comprometer a la memoria, como así también a otros procesos psicológicos básicos y superiores, como la atención, el lenguaje, las gnosias, las praxias, el pensamiento y hasta el comportamiento social. El deterioro cognitivo y las demencias conllevan un fuerte impacto económico y social. Provocan altos costos asistenciales, esto debido a la pérdida progresiva de autosuficiencia, lo cual requiere asistencia de terceros y en muchas ocasiones de institucionalización. En el año 2010 el costo anual mundial de demencias rondó los 600 billones de dólares (Allegri, Vazquez y Sevlever, 2013). En Argentina, según Arizaga (2011), el costo anual por paciente fue calculado en \$2816 mensuales en las formas leves de deterioro cognitivo y en \$7926 mensuales en pacientes institucionalizados. Si tenemos en cuenta el encarecimiento de los costos en nuestro país, producto de las variaciones macroeconómicas de los últimos años, estos valores a la actualidad serían aún más elevados.

Frente a este problema de salud pública mundial y nacional, durante el año 2017 se dispuso el diseño de un dispositivo que llevó por nombre "Primera campaña de prevención primaria del deterioro cognitivo". La iniciativa llevada a cabo en la ciudad de Rosario fue impulsada desde el Laboratorio de cognición y emoción (LABce), un centro de estudios e investigación radicado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. La campaña tuvo entre sus objetivos, informar a la comunidad de Rosario acerca de algunas particularidades del deterioro cognitivo, examinar en forma breve la salud cognitiva de los ciudadanos y concientizar sobre los principales factores de prevención.

Para ello se instaló una carpa con presencia de estudiantes avanzados de Psicología entrenados para la ocasión, quienes proveyeron folletos informativos acentuando en los factores neuroprotectores. Los factores neuroprotectores constituyen un conjunto amplio de hábitos capaces de ralentizar la aparición y progresión de deterioro cognitivo, entre ellos, el exponerse a nuevos desafíos intelectuales, el mantener una alimentación saludable, el ejercicio físico, el control del estrés, el sostener vínculos sociales, un sueño reparador y la realización de chequeos cardiovasculares frecuentes. Tras ese primer intercambio, se les aplicaba a los sujetos interesados, un test de screening (prueba de cribado) con la intención de habituar a los miembros de la comunidad a chequeos neurocognitivos de rutina, y demostrar la inocuidad y facilidad de estos métodos. Como cierre final, el protocolo de la campaña preveía un pequeño espacio de tiempo destinado a disipar temores e inquietudes. En fin, esta sencilla experiencia, a mi entender, significa un antecedente inmediato de una Neuropsicología con perspectiva comunitaria y en prevención primaria.

Entrando en las últimas líneas del escrito, vale destacar a la Neuropsicología como un campo de interdisciplina consolidado, de rica historia, estimulante presente y un desafiante porvenir. Aquí el psicólogo tiene por delante un espacio de prácticas invaluable. Entre los principales desafíos deberá dar respuestas al envejecimiento poblacional y los problemas neurocognitivos asociados. Advertimos asimismo la necesidad de no limitar la práctica profesional al abordaje individual, y animar en cambio, a la elaboración de dispositivos de mayor alcance comunitario.

Bibliografía

Allegrí, R. F., Vázquez, S. y Sevlever, G. (2013). *Enfermedad de Alzheimer*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.

Arizaga, R. L. (2011). *Deterioro cognitivo y demencias*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.

Azcoaga, J. E. (1979). *Aprendizaje fisiológico y aprendizaje pedagógico*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones El Ateneo.

Escera, C. (2004). Aproximación histórica y conceptual a la neurociencia cognitiva. *Cognitiva*, 16, 2, 1-21.

Kempermann, G. y Gage F.H. (1999). New nerve cells for the adult brain. *Sci Am*, 280, 48-53.

Luria, A. R. (1988). *El cerebro en acción*. Buenos Aires: Editorial Orbis.

Seguí, J. (2003). Psicología y Neuropsicología: pasado, presente y futuro. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 1, 1-7.

Vygotsky, L.S. (1931/1995). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. En L.S. Vygotski, *Obras Escogidas III*. Madrid, España: Aprendizaje Visor.

IV.

Intervención temprana y niñez

El trabajo clínico del psicólogo en una unidad de cuidados intensivos neonatales

La atención integral del recién nacido y su familia desde la perspectiva de la prevención y promoción de salud mental en el desarrollo temprano

Mariela Castro

Especialista en Psicodiagnóstico

Psicoanálisis

Cátedra Neuropsicología y Psicología del Desarrollo - Facultad de Psicología (UNR)

Resumen

El presente trabajo pretende compartir algunas reflexiones acerca de la necesidad de la labor clínica del psicólogo, integrado al equipo de salud, en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales orientada a un abordaje interdisciplinario y multifactorial desde la perspectiva de la prevención y promoción de salud mental en el desarrollo temprano. A partir de breves relatos clínicos se describirá la tarea del psicólogo en situaciones críticas, de alto contenido afectivo y traumático, que pueden atravesar los bebés y sus padres, también el personal involucrado, tales como la prematuridad del nacimiento, la comunicación de una malformación congénita o anomalía genética asociada a una futura discapacidad, la incertidumbre acerca del diagnóstico y pronóstico del estado clínico del bebé y su muerte como desenlace dramático.

Se sumarán a estas descripciones el desarrollo de ciertas nociones básicas acerca de la estructuración psíquica del bebé en este período de máxima vulnerabilidad y dependencia fundamentadas desde la teoría psicoanalítica. Los primeros años de vida se consolidan en el psiquismo a modo de una urdimbre sobre la que se entretejen distintas oportunidades y destinos que se traman en la calidad de las primeras relaciones afectivas. El contacto piel a piel, la mirada, la proximidad y la intimidad con los padres proveen experiencias sensoriomotrices y afectivas, propias del desarrollo humano, que se atesoran en el psiquismo temprano del bebé. La internación en Neonatología pone en riesgo el devenir subjetivo del bebé al interferir en estos momentos íntimos, inaugurales e imborrables del psiquismo humano.

Palabras clave: Desarrollo Temprano - Neonatología - Psicoanálisis.

Introducción

Los avances tecnológicos y asistenciales de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) han posibilitado la disminución de la tasa de morbimortalidad infantil. Pero no han reducido el gran impacto emocional de la internación en el bebé y su familia, muchas veces con efectos no deseados, que orillan lo traumático. Cunas e incubadoras distribuidas en diferentes sectores que delimitan el tipo de terapia (cuidados mínimos, intermedia e intensiva) ocupadas por bebés expuestos a una incesante hiperestimulación ambiental (contacto con muchas personas, instrumental, aparatos, luces, alarmas), acompañada también de experiencias de dolor, y con pocas posibilidades de vivencias de placer y confort.

En algunas instituciones, especialmente en salud pública, se ha permitido el ingreso irrestricto de los padres durante el período de internación, llegando a participar activamente del cuidado de sus hijos, e incorporado un sistema de visitas para los hermanos y abuelos. Paralelamente se han implementado intervenciones psicosociales con el fin de contener, sostener y promover la reflexión y elaboración psíquica

en los padres del bebé internado para favorecer el vínculo entre ellos desde la perspectiva de la prevención y promoción de salud mental en el desarrollo temprano. Este trabajo relata brevemente parte de mi experiencia clínica en una UCIN de un hospital público en mis primeros años de ejercicio profesional, enriquecida con la formación sistemática posterior en el desarrollo temprano y la observación de bebés. Vale aclarar que los nombres mencionados preservan la identidad de las madres entrevistadas y sus bebés.

Cuando las experiencias se anticipan

A diferencia del recién nacido a término, el bebé prematuro¹ no ha logrado el estado de regulación autónoma y motriz necesario para enfrentar las exigencias del nuevo mundo que lo recibe. Se encuentra frente a tareas de desarrollo a menudo demasiado complejas para sus recursos. Suele mostrar una evidente inestabilidad del control homeostático, como en el metabolismo y la temperatura corporal. Si hay patologías asociadas como ictericia, distrés respiratorio, hemorragias cerebrales, retinopatía, entre otras, el pronóstico se agrava. Su función cardiorrespiratoria suele ser insuficiente o irregular, requiriendo la asistencia mecánica respiratoria o monitores de frecuencia cardíaca. Necesita cuidados especiales, la mayoría de las veces con prácticas invasivas muy dolorosas, apelándose al protocolo de intervenciones mínimas (contacto corporal mínimo) en estados clínicos graves, de modo de evitar que manipulaciones táctiles inapropiadas provoquen serias desestabilizaciones, como episodios de apneas. Si tiene muy bajo peso, le cuesta despertarse solo. Su precaria capacidad de regulación de sus estados internos puede facilitar un brusco pasaje del dormir al llanto o agitación, con una motricidad a menudo desorganizada, que tiene a su vez un efecto desequilibrante sobre el control autónomo. Su atención es poco flexible y estable, lo cual afecta sus posibilidades de intercam-

¹ Se considera que un recién nacido es prematuro cuando su edad gestacional es menor a las 37 semanas.

bio con su entorno. Se caracteriza por una disminución de sus expresiones vitales, tendiendo a cierta pasividad. No le es fácil dar señales de sus necesidades y afectos y a su entorno humano, identificarlos y comprenderlos.

La internación del bebé implica que su reconocimiento social se postergue y altera la organización y dinámica afectiva familiar. A la herida narcisista materna por no haber sido capaz de llevar a término su embarazo, pudiendo sentir que dio a luz un bebé incompleto como expresión de fantasías de castración, suele sumarse la culpa por la prematuridad y por la sensación de abandono al quedar internado, sin olvidar la angustia o ansiedad generada por la prematuridad de la maternidad. Algunas madres se sienten culpables por no poder ocuparse de su hijo con la misma habilidad que médicos y enfermeros. Si en la mamá prevalece un funcionamiento psíquico proyectivo, podría quedar depositada en el bebé la responsabilidad de la situación crítica, generando conductas evitativas o de rechazo hacia el bebé. La angustia, el temor a la muerte del bebé o el rechazo pueden hacer que la madre delegue en médicos y enfermeros su rol materno, sintiendo al mismo tiempo celos, hostilidad y desconfianza. Muchas veces asume una función de apoyo “secundaria” que dificulta el proceso de apego del bebé.

María, una adolescente de 14 años, fue madre de mellizas prematuras. Nina de 22 semanas y Ema de 31 semanas de edad gestacional. La primera falleció al poco tiempo de ingresar en la UCIN; el estado clínico de la segunda era grave y luchaba por su vida. Tuvo un embarazo conflictivo, con escasa contención afectiva y sólo dos controles obstétricos. En la primera entrevista, junto a la incubadora, María expresó: “...me duele lo de mi bebé (se angustia y llora, hace una pausa). Hoy lo entierran y no puedo ir. Lo vi después que murió, estaba en una caja (hace un silencio y continúa). Me internaron a las seis de la mañana, después empecé a tener contracciones fuertes... me llevaron y me hicieron cesárea... Una pesó 400 grs. y la otra 1,100 kg., estaban las dos bien. Después de 8 horas falleció la de 400... Me dijeron que fue por el peso que no tenía posibilidades de vivir... Primero pensé que tenía un atraso nada más, yo no me di cuenta que estaba embarazada hasta los 5 meses, cuando me internaron al romper bolsa. Estuve un mes internada y

soñé que estaba en la sala de partos y estaba con una nena. No soñaba con dos. Yo salía de la sala. Era gordita y larga. Yo sabía que una no iba a crecer”.

Nos encontramos aquí con la problemática del embarazo adolescente y la pregunta por sus recursos internos para ejercer la función materna. Distante, desconfiada y con dificultades para expresarse, sostuvo un relato desafectivizado, salvo por el instante de angustia y llanto. Muy centrada en ella misma, no le era fácil hablar de las bebas y tampoco tocar o hablarle a la que yacía en la incubadora e indagar con más detalle acerca de su estado de salud. Frente al dolor psíquico que implica la muerte de Nina y la prematurez e internación de Ema, implementa defensas psíquicas como la negación y la evitación. Muestra sus dificultades para conectarse con su entorno, inclusive con su cuerpo y mundo interior. El duelo por el bebé imaginado y fantaseado (Lebovici, 1988), por el que atraviesan todas las madres, se complejiza en este caso por la pérdida en lo real de una de las bebas y la posibilidad de muerte de la sobreviviente. Sus dificultades para interactuar y comunicarse con Ema daban indicios de que la beba corría riesgo psicosomático. Riesgo psíquico por los vacíos representacionales que pueden producirse en su precario aparato psíquico, en proceso de construcción, por fallas en el *holding* (sostén) y *handling* (manipulación o manejo) (Winnicott, 1969); riesgo somático porque el bebé puede expresar su sufrimiento o dolor psíquico a través de afecciones somáticas, que lo pueden desestabilizar a tal punto de hacer “eclosionar” su biología, cuya organización siempre lleva la resonancia del contexto vincular afectivo (Lebovici, 1995). En las entrevistas trabajamos sus condiciones para identificarse con Ema, su capacidad de maternaje y el proceso de duelo.

El bebé con un diagnóstico irreversible

Se trate de un síndrome genético, de alguna anomalía congénita o de secuelas de la internación (por el uso prolongado del respirador o el antifaz, la falta excesiva de oxigenación del cerebro), la situación confronta a los padres con la discapacidad, que adquiere un nombre con el

diagnóstico informado por los médicos, tornándose real. Las respuestas parentales difieren; por lo general, suelen mostrar estados depresivos o persecutorios. La forma de comunicar el diagnóstico, lo que se informa y cómo se lo hace, el apoyo y orientación médica a los padres, la proyección que transmiten acerca del bebé afectado es crucial. Y deberá tenerse en cuenta las características y posibilidades del grupo familiar y socio-comunitario a la hora de pensar en la atención integral del bebé tras el alta. El déficit confronta con un duelo más. Si la mirada de los padres está focalizada en los impedimentos, la angustia y culpa pueden obturar la identificación de las capacidades y cualidades valiosas del bebé que pueden favorecer su desarrollo.

Adela relata su vivencia frente al diagnóstico de síndrome de Down de su octavo hijo Álvaro, quien fue ingresado por temblores y estaba siendo estudiado por una cardiopatía y dificultades para subir de peso: “...yo no me di cuenta de lo que tenía, esa enfermedad... ¿cómo es? ... Down. Al segundo día me dijo la doctora y me destrozó... Me cayó como balde de agua congelada. Yo sé que voy a tener que cargar con él... Yo lo veo bien, a pesar del problemita del corazón, es común en estos niños, está lúcido, se mueve, si por mí fuera me lo llevaría”.

Mis intervenciones estuvieron orientadas al trabajo de aceptación de su hijo, reconociendo sus habilidades, necesidades de contacto y comunicación, sus formas de transmitir sus emociones. Consistió en una tarea de enlace entre ella y su bebé, previniendo condiciones que podrían interferir un óptimo proceso de humanización y subjetivación del mismo. Adela temía hacerle “mal” a Álvaro, taponarle los agujeritos de la nariz y que él no pudiera respirar al sostenerlo en brazos. Notaba que él se movía mucho e interpretaba esos movimientos como disgusto a que lo alzara. La observación del amamantamiento permitió registrar que ella no adoptaba una postura cómoda, no facilitaba el contacto corporal, piel a piel, quedando Álvaro “despatarrado”, dando la impresión de un cuerpo que se “desparramaba” ante las dificultades maternas para contenerlo afectivamente, para transmitirle la seguridad del sostén que ejerce un efecto psíquico organizador al favorecer en el bebé la vivencia integradora de su cuerpo, base para su salud mental. Fue necesario trabajar ese sostén, que mostraba sus tensiones para alojarlo

en su psiquismo, hacerle un lugar y sostenerlo desde allí. También vimos cómo ella podía sentirse sostenida, poniendo en palabras su necesidad de contar con la proximidad de alguien que le brinde un respaldo afectivo (el papá de Álvaro no podía ocuparse de su función, su familia vivía lejos). De este modo intenté habilitar en Adela la creación de una trama relacional entre lo intersubjetivo e intrasubjetivo, promoviendo una fuerza simbólica y reparatoria.

El doloroso adiós al bebé

Cuando un bebé muere un puñado de deseos, ilusiones, expectativas, proyectos parentales y familiares sucumben con él. El dolor y la tristeza se instalan en la vida anímica de los padres, desafiando sus psiquismos al exigirles la elaboración de la pérdida. El duelo requiere tiempo y su desenlace depende de la capacidad de simbolización. Si se torna un duelo patológico, la ausencia del bebé y lo que no pudo ser se convertirá en una especie de sombra que impide la proyección hacia un porvenir con nuevas oportunidades y sueños.

Acompañar a los padres en el proceso de agonía del bebé y apuntalarlos para la despedida final forma parte del trabajo del psicólogo en la UCIN, quien deberá estar preparado para tolerar las variadas respuestas afectivas parentales (tristeza, dolor, rabia, impotencia, culpa) y no perder la capacidad de pensar por sus sentimientos contratransferenciales, frecuentemente intensos cuando se debe abordar la pérdida de un hijo, una experiencia emocionalmente devastadora para los padres. La muerte de un hijo siempre es prematura y carente de lógica para ellos, debido a que su proyecto de vida no contempla que pueda morir antes que ellos. La falta de oportunidad para convivir con el bebé el tiempo suficiente y estrechar el vínculo afectivo con él no disminuye la aflicción experimentada por los padres.

Ciro, un recién nacido de 24 días, agotado de batallar entre la vida y la muerte, esperaba su triste final, a raíz de una septicemia. Así lo había anunciado el equipo médico, luego de intentar variadas e infructuosas intervenciones a lo largo de su período de internación, eterno para sus

padres, quienes lo acompañaron desde el inicio. Su madre era una mujer tímida, callada, se alojaba en la residencia de madres. Su padre, sostén económico de su familia, se ausentaba gran parte del día para cuidar su trabajo. En la entrevista abordamos la pérdida inminente, a pedido también del equipo médico, angustiado por los efectos que genera la muerte del recién nacido que pone en jaque la omnipotencia médica. Si pensamos el ejercicio de la medicina como una práctica social y no simplemente como formación profesional y técnica, esta omnipotencia está atravesada por variables socio-culturales e históricas en una sociedad exitista y hedonista que niega el dolor, la angustia y la frustración obturando los caminos para su expresión. A partir del informe donde se le comunicó el grave estado de salud de *Ciro*, *Marta* no había podido acercarse más a la incubadora del bebé y tomar contacto con él. El objetivo del encuentro fue abrir un espacio para poner en palabras sus afectos e intentar levantar parte de sus inhibiciones (aproximarse, acariciar y sentir a su bebé una vez más) preparando las condiciones necesarias para el duelo: ver el cuerpo del bebé y tener la oportunidad de despedirse como su singularidad se lo permita. Entre lágrimas compartió el informe recibido, priorizando las palabras médicas y no sus sentimientos y pensamientos. Cuando terminó su relato, puse en palabras su lenguaje corporal y lo que su semblante me transmitía contratransferencialmente: soledad y dolor. Le dije que era muy triste la situación de *Ciro*, que había luchado tanto durante todo este tiempo, al igual que ella, que no se había separado un momento de él, estando cerca de su incubadora cuidándolo y mimándolo cada vez que podía y que debía sentirse muy dolida y sola en este momento tan duro y difícil, más aún al no contar con la compañía de su marido como ambos querrían. Su llanto desconsolado se encontró con mi silencio, mi calma y mi mirada contenedora. Finalmente, pudo seguir hablando de ella y poco a poco fuimos profundizando en cómo podría sentirse *Ciro*, trabajando así la empatía y su identificación con el bebé. Aceptó que la acompañara hasta la incubadora, se sentó en una silla y sostuvo a *Ciro* en sus brazos. Era un momento íntimo, en el que no me correspondía participar, consideré que mi presencia podría interferir en el proceso de conexión con su hijo y los sentimientos que surgieran en esa última oportunidad para estar juntos. *Ciro* falleció a las pocas horas, en el calor de sus brazos.

Reflexiones finales

Los primeros años de vida se consolidan en el psiquismo a modo de una urdimbre sobre la que se entretajan distintas oportunidades y destinos que se traman en la calidad de las primeras relaciones afectivas. El contacto piel a piel, la mirada, la proximidad y la intimidad con los padres proveen experiencias sensoriomotrices y afectivas, propias del desarrollo humano, que se atesoran en el psiquismo temprano del bebé. La internación en Neonatología pone en riesgo el devenir subjetivo del bebé al interferir en estos momentos íntimos, inaugurales e imborrables del psiquismo humano. ¿Cómo operan las vivencias de dolor durante la internación en el psiquismo temprano del bebé? ¿Qué efectos tiene en la estructuración psíquica del bebé la escasez de oportunidades de contacto visual y/o corporal con sus padres en sus primeros días o semanas de vida? ¿Cómo intervenir para afianzar las funciones parentales necesarias para la salud mental del bebé: brindar amparo, regular y transformar afectos evitando en el bebé una inundación traumática de estímulos?

La observación de bebés es una herramienta de trabajo que tiene mucho por aportar a la hora de intervenir tempranamente. Es importante observar en el desarrollo del bebé indicadores de sufrimiento psíquico temprano (rechazo del alimento, reflujos y vómitos repetitivos, evitación del contacto visual, ausencia de señales de malestar, dificultades para calmarse, alteraciones en el sueño, la piel, la motricidad, retraimiento, signos de depresión, trastornos digestivos) durante y luego de la internación. Entre las tareas en el área de prevención y promoción de salud mental en la infancia temprana se incluyen el seguimiento del bebé y su familia y el trabajo mancomunado con distintos profesionales. También implica trabajar con la familia los signos observados y pensar conjuntamente nuevas estrategias en las funciones familiares, sensibilizando, aspirando a hacer consciente lo que tal vez no ha sido registrado como una señal de alerta por efecto de la naturalización de las dificultades; generar o ampliar su capacidad empática, sin instruir ni imponer modelos, sin juzgar. Intervenir tempranamente exige un trabajo de co-construcción con el bebé, su familia y su comunidad, bus-

cando efectos subjetivantes que creen oportunidades de ser y estar con el otro de una forma más sensible y empática.

Bibliografía

Castro, M. (2017). Desarrollo psicomotriz en la infancia temprana: factores protectores y de riesgo. En R. Frenquelli (Ed.), *Neuropsicología Profunda y Psicología del desarrollo*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens.

Fernández, P. (1997). Reflexiones en torno a la problemática del recién nacido de alto riesgo y sus padres. *Actas IX Congreso Metropolitano de Psicología*. Buenos Aires, Argentina.

Lebovici, S. (1988). *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Lebovici, S. y Weil-Halpern, F. (1995). *Psicopatología del lactante*. México, México: Siglo XXI.

Ruiz, A. L. (2005). Abordaje clínico con el bebé y sus padres. *Cuestiones de Infancia. Revista de Psicoanálisis con niños*, 9, 96-109.

Winnicott, D. (1969). La experiencia de la mutualidad entre la madre y el bebé. *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Psicoanálisis con niños y niñas en tiempos de patologización de la infancia

Fragmentos de un caso clínico

Cristina Mariel Ronchese

Mg. en Psicoanálisis

Psicoanálisis

Cátedras Psicología del Lenguaje y del Desarrollo. Facultad de Psicología. (UNR)

Intervenciones en Niñez y Adolescencia. Facultad de Psicología. (UNR)

Resumen

El propósito de este trabajo consiste en situar algunos de los aportes que el psicoanálisis ofrece a la clínica con niños/as, destacando su ética y su potencia frente al arrollador surgimiento de posturas y discursos que tienden a objetalizar y patologizar a los niños y niñas, a sus males-tares y sufrimientos. Tomando como eje ciertos conceptos centrales del psicoanálisis freudo-lacaniano, referidos a la estructuración psíquica y a las particularidades de la clínica psicoanalítica con niños/as, se aborda un recorte clínico en el cual se pone de manifiesto la problemática citada. La reflexión final apunta a señalar la responsabilidad ética del psicoanalista, respecto de generar las condiciones e intervenciones que posibiliten darle lugar al sujeto, ya sea en su emergencia como en su estructuración, en la práctica mencionada.

Palabras clave: Clínica psicoanalítica - Niños/as - Estructuración psíquica-Ética - Patologización de la infancia.

Tal como Freud (1988c) lo señala en su texto de 1932-1933: “ha resultado que el niño es un objeto muy favorable para la terapia analítica; los resultados son fundamentales y permanentes. Claro está que ha sido necesario modificar la técnica creada para el análisis de adultos” (p.3185). Es decir, la clínica psicoanalítica con niños y niñas es factible y se distingue por ciertas particularidades, que podrían ubicarse en lo que hace a la técnica (Aberastury, 1962; Bleichmar, 1990; Coriat, 2009; Dolto, 1987; Hartmann, 1993). En líneas generales, dicha especificidad se manifiesta en que se despliega en un tiempo en que el psiquismo se encuentra en proceso de estructuración con la consecuente actualidad de ciertas operatorias y de las teorías sexuales infantiles (Freud, 1988a; 1988b), también, en las peculiaridades de la transferencia, en el estatuto central e imprescindible del jugar y del juego, en las distintas modalidades de expresión del niño/a, en el lugar y la implicancia del cuerpo -tanto del niño/a como del analista- y en que las estructuras cognoscitivas están en construcción, entre otros.

Desde las teorías freudianas, sabemos que las operatorias fundantes del psiquismo se despliegan en los primeros años de vida, y conllevan una segunda vuelta en los tiempos de la pubertad-adolescencia; latencia mediante. Lacan, por su parte, lo explicita del siguiente modo: “Para que el nudo se haga, y el nudo se hace en la infancia, el niño debe aprehender algo” (Clase 4/12/73- inédito).

Siguiendo dichas formulaciones, podemos situar a la infancia como el tiempo de estructuración del aparato psíquico, lo cual supone pensar que los movimientos fundantes del mismo implican un tiempo histórico, cronológico, entrecruzado con tiempos lógicos, cuyas operaciones resignifican las anteriores generando efectos diversos (Bleichmar, 1993a). Esto es, implica incluir el tiempo del *nachträglich* freudiano -carácter retroactivo del tiempo, *après-coup*-, y el concepto de *series complementarias* de Freud (1988), las cuales aluden a considerar la constitución hereditaria, las experiencias infantiles y la situación desencadenante (o traumatismos ulteriores) como factores complementariamente involucrados en la etiología de la neurosis y, por ende, se podría decir, en la constitución psíquica¹.

¹ En este punto cabe agregar la imbricación de la *estructura* y el *desarrollo*, en los términos planteados por Jerusalinsky, A. (1988).

Esta idea de sujeto en estructuración implica, por un lado, considerar la historia y, por otro, el poder discriminar entre lo que se encuentra en la estructura, en el momento en el cual el sujeto se ve insertado en ella, y las condiciones de aprehensión de los elementos, de la misma, por parte del sujeto. Desde esta perspectiva se destaca el carácter histórico de la estructura y se la ubica, a su vez, en su determinación, como anudamientos y legalidad, en la cual, los acontecimientos se inscriben (Bleichmar, 1993a). Y se rescata, además, el carácter activo del niño/a en su proceso de estructuración psíquica e, inclusive, en su padecimiento (Freud, 1988b y c; Jerusalinsky, 1988; Rodulfo, 1999; Winnicott, 1971).

Desde un enfoque freudo-lacaniano, Flesler (2011a, 2011b) ofrece un valioso aporte con su noción de *los tiempos del sujeto*, con la cual aborda la dimensión del tiempo en el nudo, como resultante de su consideración y constatación de la doble función del objeto *a* - esto es, su alternancia o su permanencia-, en la clínica con niños. Siguiendo su planteo, podemos situar que “el sujeto de la estructura, más que edad, tiene tiempos de efectuación necesarios pero de realización contingente” (2011a, p. 30). La autora afirma que la estructura se constituye en tiempos distinguibles de lo Real, de lo Simbólico y de lo Imaginario. “Si se recrea la falta, ellos transcurren como tiempos recreativos dependientes de la redistribución de los goces en la infancia, inscribiéndose del lado del sujeto como operación escritural” (2011a, p. 30). La eficacia y función del objeto *a*, recae en cada uno de los registros presentando una doble función: como falta o ausencia es objeto causa del deseo y como presencia, objeto plus de gozar (Flesler; 2011a, p. 29). Obviamente, no es lo mismo que los tiempos se cumplan o no.

La infancia se considera, así, el período de la dependencia del sujeto a sus padres, como objeto de amor, de goce y de deseo. Tomando dichas nociones en cuenta, resulta coherente situar a la clínica con niños/as como *un trabajo con la presencia real de la estructura*, al decir de Hartmann (2005).

Freud lo explicita del siguiente modo:

Psicológicamente, el niño es un objeto diverso del adulto, todavía no posee un superyó, no tolera mucho los métodos de la asocia-

ción libre, y la transferencia desempeña otro papel, puesto que los **progenitores reales siguen presentes**². Las resistencias internas que combatimos en el adulto están sustituidas en el niño, las más de las veces por dificultades externas. Cuando los padres se erigen en portadores de la resistencia, a menudo peligra la meta del análisis o este mismo, y por eso suele ser necesario aunar al análisis del niño algún influjo analítico sobre sus progenitores. (Freud, 1988c, p. 3185)

Freud deja señalada, de ese modo, la importancia de la presencia real de los progenitores (o sea, de quienes estén en dicha función) y de su inclusión en el trabajo psicoanalítico con niños/as.

Otro aspecto a considerar es el papel imprescindible del juego y del jugar en los mecanismos fundantes del psiquismo. Se evidencia que en los distintos momentos de la constitución psíquica emergen diversas alternativas de juegos acordes a las operatorias de estructuración que van acaeciendo. A través del jugar se produce la creación del otro y la creación del objeto -el juguete se construye como tal en la misma acción de jugar- (Rodulfo, 1993) y el/la niño/a se apropia de los significantes que lo marcaron³ (Coriat, 2006). Inclusive, a lo largo del proceso de estructuración y en la medida de ella, el jugar se va resignificando (Rodulfo, 1993). Por otra parte, también constatamos que la ausencia de juego indica una seria complicación en la constitución subjetiva, una detención en los *tiempos del sujeto* (Flesler, 2011a).

² El subrayado es nuestro.

³ En palabras de Coriat (2006) podemos ubicar que nuestro lugar, como analistas, en dicho escenario de juego, sería aquel del objeto en el que el niño nos coloca. Allí, interesa desplegar el saber inconsciente del niño, saber que se expresa y trabaja en el juego con el objeto (p. 118). Tomo, de dicha autora, su manera de entender el planteo freudiano acerca de que el juego convierte en activo lo que se ha sufrido pasivamente: “El juego es el escenario en el que el niño se apropia de los significantes que lo marcaron” (Coriat, 2006; p.110). El Otro es el marco que sostiene el escenario del juego del niño. El jugar conceptualizado como práctica significativa, que porta el carácter de emergencia originaria y actividad creadora (Winnicott, 1971).

Dadas las particularidades de la clínica con niños y niñas escuetamente señaladas, resulta pertinente estar advertidos de algunos posibles obstáculos al respecto, de los cuales quisiera destacar, por un lado, cierta *visión adultomórfica* (Volnovich y Ferreiro, 1981) que nos impida pesquisar la singularidades del niño o niña concernientes no sólo a sus momentos constitutivos del psiquismo sino también a sus recursos y supuestos cognoscitivos; y, por otro lado, el “logocentrismo desaforado” (Rodulfo, 1993; p.7), es decir, aquel que nos dificulte el imprescindible descentramiento de la palabra que requiere la clínica con niños/as, especialmente con los/las más pequeños/as, ya que, sabemos, las producciones de los mismos incluyen varios registros y modalidades: lúdico, verbal, gestual, figural, con sus correspondientes especificidades⁴ (Volnovich, 2000).

Decanta de este recorrido que una de las preguntas inaugurales del trabajo clínico psicoanalítico con un niño o niña consistirá en indagar en qué momento constitutivo se encuentra y qué respuestas va dando a lo que la estructura le propone. El despliegue transferencial que se pondrá “en juego” con el/la niño/a por un lado, y con quienes estén en función de padres, por otro, permitirá ir ubicando algunos indicios claves al respecto.

En esta línea, Bleichmar (1995) plantea que:

Concebido el proceso de estructuración psíquica del niño como plausible de ser capturado en momentos que están definidos por tiempos reales, no míticos, ubicar el posicionamiento de estas categorías respecto a estos tiempos constituye un ordenador de la

⁴ Siguiendo a Volnovich (2000) señalamos que podrían entenderse como lenguajes diferentes que remiten a una misma estructura, la cual aludiría a una cadena inconsciente. Se tratará de encontrar los *significantes* en ese algo que se repite en los juegos, dibujos y/o verbalizaciones, evidenciando una dirección. Dicho autor agrega que “según cómo el analista se ubique frente a éstos múltiples registros delatará su concepción del inconsciente y su ubicación frente al psicoanálisis con niños, en general” (p.16).

clínica que permite que las opciones técnicas a escoger se encuentren definidas por la racionalidad metapsicológica que las impone. (p. 108)

Tras esta acotada puntualización de algunas de las formulaciones que considero pilares, de una clínica psicoanalítica con niños/as, paso a presentar el fragmento de un caso que nos convoca a abrir ciertas reflexiones.

Los padres de un niño de 4 años, al que llamaré Juan en este escrito, me consultan preocupados por él, su primer y único hijo. Comienzan comentando que nació con un problema cardíaco, por el cual, quedó internado durante 28 días. Tras análisis de sangre diarios, estudios y transfusiones, entre otros, es detectada la causa del problema. Para su solución, tuvo que someterse a dos cirugías a corazón abierto, con intervalo de, aproximadamente, un mes entre ambas. Fechas que se fueron inscribiendo “indeleblemente” en su historia: “la primera cirugía fue a los 33 días de vida”, expresa la mamá. Este proceso implicó que, durante sus primeros meses de vida, Juan estuviera por varios días internado, “conectado a tubos y cables”, al decir de su madre, con sondas, aislado, inclusive medicado con morfina para ello (estaba “desconectado”, expresa su mamá), porque su corazoncito no estaba en condiciones de recibir estímulos. La madre manifiesta: “no me dejaban tener ningún contacto con él, ni siquiera tenerlo alzado, porque con su problema cardíaco no podía recibir estímulos. Por eso no tomó la teta”. El padre recuerda con cierta angustia -disimulada-, el ir “cada 3 horas a verlo a través del vidrio”.

Luego de su recuperación, Juan regresa con sus padres a su hogar, portando una serie de indicaciones médicas entre las que se destacaba el que “no tuviera contacto” con otras personas, que no sean ellos, durante un tiempo, por cuestiones de riesgos de contagio de enfermedades. Indicación que sus padres respetaron a la exactitud, durante siete meses, además de los recaudos de desinfección que tomaban antes de acercarse al niño. Ellos lo expresan de este modo: “Lo cuidábamos en extremo. Lo teníamos aislado de los familiares porque nos habían dicho que no tuviera contacto, así que lo miraban detrás del vidrio”. La

mamá agrega que ella “lo miraba de noche para ver si respiraba”. Desde entonces, Juan, duerme con ellos, al principio, en la misma habitación y luego pasa, inclusive, a compartir la cama matrimonial.

El tiempo posterior, a las internaciones, incluyó también un pormenorizado seguimiento médico respecto de su evolución neurológica en función de la administración de morfina que le habían realizado. Según les transmite el médico, ello no dejó secuelas neurológicas, lo cual también se pone en evidencia en sus adquisiciones psicomotrices logradas, entre otras.

A renglón seguido del relato de dichas significativas vivencias (traumáticas podríamos decir) que inauguraron la vida de Juan, los padres comienzan a detallar, -observo que con cierta distancia subjetiva-, una serie de conductas y características de su hijo que aparecen del lado de *lo que no hace* (Ej. “todavía no hace caca en el inodoro”, por lo cual, aún usa pañales), *lo que no puede*, lo que *no ha logrado* (“habla muy poco, se refiere a él mismo en 3º persona”), y otras que aluden a *lo extraño*, a *lo incomprensible* que les resultan algunas manifestaciones que su hijo ha realizado y otras actuales. El papá confiesa que nota que Juan va “más despacio, más lento en su desarrollo que otros chicos”. También cuentan que aún le dan la mamadera. Pero, a su vez, también van hablando de Juan como un niño que comenzó el Jardín hace un año, en el cual “se queda bien y va contento”, inclusive “ nombra mucho a sus amiguitos”... un niño que quiere algo y lo elige; que conoce algunos números y se interesa por aprender las letras; que cuando su mamá o su papá se van, llora, o pregunta por ellos.

A continuación, comentan que desde que el niño sale de su internación hasta sus dos años, aproximadamente, “no decía ninguna palabra, jugaba con objetos que giraban, apilaba objetos, no interactuaba con otros chicos”. La madre agrega: “Yo lo miraba y lo sentía desconectado”, “no imitaba nada de lo que yo hacía”. “No tiraba los bracitos”, expresa el padre. “A él le encantaba estar en el coche, si lo levantabas, al ratito estaba como molesto...”. En ese momento evoco la prolongada internación de Juan, sus cirugías, la morfina que le administraron, en un tiempo tan temprano de su constitución psíquica. Sabemos que en dichas internaciones se suele interrumpir, por ejemplo, la constitución de la

función del llanto como llamado/pedido, ya que nadie acude al mismo; así como, también, se obtura la instauración de otros gestos y recursos comunicativos, que hacen a la posición activa del niño en los inicios de la construcción del lazo con el otro.

Relatan que a partir de expresarle estas cuestiones a su pediatra, ella, lo deriva a una neuróloga quien les habla del Trastorno de Espectro Autista y les recomienda una institución que trabaja con “dichas problemáticas”. Allí, es recibido por una fonoaudióloga que concluye el diagnóstico entregándoles, a modo de informe, un confuso escrito (que me muestran) en el que va intentando cotejar una guía de conductas propuestas por un psicólogo cognitivo comportamental, español, con las conductas y manifestaciones de Juan. Es notable el forzamiento que la profesional intenta hacer, allí, con el niño y su padecimiento. Y aunque varios de dichos indicadores no se corresponden con lo que el niño despliega, dicha diferencia queda invisibilizada (para los padres) ante la dimensión que cobra el título que enmarca este supuesto informe: “Inventario de espectro autista”. Sin que pudiera ser de otro modo, el diagnóstico al que arriba es: “Rasgos del espectro autista agregados a trauma primario: trastorno de la comunicación, del lenguaje, de la socialización. TEA a confirmar”⁵. Al finalizar el informe, se sugiere como indicación terapéutica tratamiento fonoaudiológico y con musicoterapeuta para el niño, y tratamiento psicológico para los padres, todos en la citada institución. Es así como Juan comienza un tratamiento de condicionamiento conductual con una fonoaudióloga, en el que involucran también a sus padres y lo realizan durante un poco más de un año.

Las marcas de dicho tratamiento se traslucen en el posicionamiento que estos padres han tomado para con su hijo, esto es, en el discurso de ambos insiste el término “trabajamos mucho”: - con la revista “tal” para que aprenda...

-“trabajamos mucho las secuencias de situaciones cotidianas con imágenes”.

⁵ ¿Acaso no es de una gravedad ética que una fonoaudióloga esté concluyendo un diagnóstico psicológico sin siquiera una interconsulta con un psicólogo/a?

- El papá le hace “hacer palitos con las ceritas para que empiece a aprender a escribir los números”.

- La mamá dice: “Yo lo quiero hacer que corte y pegue papelitos para que trabaje la motricidad fina, pero él quiere poner plasticola, no más...”.

- “la niñera también colabora con la parte didáctica”.

Es decir, padres que tomados por el discurso del “adiestramiento” han perdido el hilo de sus funciones, el sabor de disfrutar de las mismas.

Luego, manifiestan que al cabo de un año, aproximadamente, de sostener dicho tratamiento, sienten cierto malestar y disconformidad frente al mismo (“nadie nos hacía una devolución”, dice la mamá) y deciden interrumpirlo. Como la fonoaudióloga les había recomendado llevarlo a una terapeuta ocupacional, así lo hacen y ella es quien explicita no considerar apropiado un tratamiento de su incumbencia para Juan, sino que sugiere consulta psicológica. Es allí cuando los padres se comunican conmigo.

Después de escuchar a la madre y al padre, cito a Juan. Me encuentro con un niño que irradia un gesto sonriente, alegre, y una mirada vivaz y atenta. Después de presentarnos, entra tranquilo al consultorio, tras la propuesta de su mamá de que se quedara a jugar conmigo un rato. Se muestra muy interesado en los materiales y juguetes que ve allí. Si bien su lenguaje se evidencia en estructuración⁶, en general logra que lo entienda. Pero algo me sorprende de él, es el modo en que expresa sus enunciados: apenas ve los materiales que le ofrezco para jugar comienza a nombrarlos con un tono como robotizado, del mismo modo nombra los colores (ej. tomando una fibra dice “coloo vede”, y de otra, “amaillo”), tal vez queriendo mostrarme lo que conoce. Percibo que

⁶ En líneas generales, se puede señalar que manifiesta indicios de estar transcurriendo por el tiempo del *ser hablado y nominado*, es decir, habla como es hablado, por ej., se nombra a sí mismo en tercera persona y aún no enuncia el yo –no se ha desglosado del “nosotros”-, organiza algunas frases simples (Ej. “vamo a pintar con pitura?”) y, por otra parte, presenta varias dislalias y algunas dificultades en la formación de las palabras (Ej. a la plasticola la nombra “picola”, a los autitos “tatu-titos”).

ese modo de hablar no es espontáneo⁷, se escucha como resultado del “adiestramiento” al que estuvo sometido. En ese sentido, se lo interrogo: “¿Qué pasa Juan? ¿Por qué hablas así? ¿Estás jugando a hacer como un robot?” Juan me mira y sonrío.

Rápidamente elige pintar con témperas y lo hace (pinta garabatos circulares), me pide materiales, me invita a pintar con él: “¿vamo a pinta con pintura?” Luego, inicia juegos de sacar y tirar – predominantemente de tirar- (cosas/juguetes al piso, bolitas de plastimasa en el inodoro, agua al piso y hacia mí, etc.). Salta de una actividad o juego a otro, en poco tiempo. Evidencia mucha inquietud. Por momentos juega a cantar, en su *media lengua*, con un palito *como si* fuera un micrófono. Encuentra una tacita y hace *como si* tomara algo.

Cuando le marco el fin de la entrevista no quiere irse. Acepta hacerlo cuando le planteo la posibilidad de un nuevo encuentro.

Sin entrar en detalles analíticos acerca de lo que se despliega en esta primera entrevista, me interesa transmitir que observo que Juan es un niño curioso, inquieto, alegre, cálido, muy atento a mis gestos, movimientos y palabras; un niño que disfruta de jugar, de experimentar y del encuentro con otro. Todo ello suscita en mí la pregunta acerca de ¿cómo es posible que este niño esté portando y padeciendo tal diagnóstico?! (Y, por ende, que haya soportado tal tratamiento?!)

Les explico a los padres mi desacuerdo con dicho diagnóstico y la apuesta a trabajar con ellos y con Juan, en pos de que prosiga con su constitución psíquica (y, podríamos decir, que retorne a su infancia...). Y, así fue... Se llevó a cabo un tratamiento, con el niño, en el que prevalecieron intervenciones estructurantes y subjetivantes (Bleichmar, 1993b; Janin, 2003) y, en otro momento lógico, también, tuvieron lugar interpretaciones⁸. Dicho proceso estuvo en articulación con cierto tra-

⁷ En los términos que Rodolfo (1999) plantea la *espontaneidad* como propiedad subjetiva.

⁸ Considero que dicha diferenciación, entre *intervenciones estructurantes* e *interpretaciones*, es fundamental y esencialmente pertinente a la clínica con niños desde el psicoanálisis. Al respecto, Janin (2003) establece dos momentos en el trabajo con niños: 1) un momento en el que prevalece la construcción de un espacio psíquico, con intervenciones que tienden a armar subjetividad (*intervenciones estructurantes*),

bajo realizado con sus padres abordando diferentes cuestiones acerca de sus implicaciones subjetivas en sus funciones -materna y paterna- (sus propias historias, posicionamientos, el lugar del hijo para cada uno y respecto de la pareja, sus miedos y fantasías, entre otros), como así también, se promovió la elaboración de aquello traumático que connotaba el inicio de la vida de Juan y su impacto en ellos -la angustia ,allí , detenida (Ej: nunca le habían hablado, al hijo, de sus cirugías)- ,se incitó el cuestionamiento de la “etiqueta” de *trastorno de espectro autista* adosada al niño, y se abrieron ciertas vías de análisis en las que se pudieron *a jugar* ciertos significantes, como el insistente par *significante desconectado- conectado*, entre otros⁹.

Durante dicho tratamiento se fueron generando, en Juan, necesarias operatorias de constitución psíquica y prosiguió la estructuración de su lenguaje. *Por añadidura* comenzó a disfrutar de *jugar* con su padre y su madre -y ellos con él-, a inventar historias, aprendió los números, a escribir y a leer con enorme entusiasmo (teniendo 5 años), a reconocer los días en un calendario, a sacar cuentas respecto de lo que “falta” -por ej. para llegar a tal número/ a tal mes-, dejó los pañales y la mamadera, empezó a querer vestirse sólo (“Yo solito mamá” ,expresaba) eligiendo su ropa -queriendo que ésta fuera parecida a la de su papá o a la de los jugadores de la primera de básquet-, comienza a “salir” de la cama grande, sigue jugando con amigos, le gusta ir al jardín y en básquet se despliega con notable destreza, entre otras.

en palabras de Bleichmar (1993b) “momentos fundacionales del aparato psíquico” (p.215); y 2) otro momento lógico, en el que el acento está puesto en la *interpretación* de deseos, prohibiciones, identificaciones, etc., sería lo que Bleichmar (1993b) denomina como momentos interpretantes para hacer consciente lo inconsciente.

⁹ Podemos decir, nuevamente, que en la clínica con niños se trabaja en los momentos de inscripción de la palabra del Otro; marcas que devendrán escritura, novela. Cabe aclarar que, de ningún modo se puede presuponer o prevenir la lectura que el sujeto efectúe de las mismas, en otro tiempo. Siguiendo a Hartmann, subrayamos que: El acto analítico en la infancia- y retornamos a Hamlet- es un acto chapucero, un acto que no separa al sujeto en la transferencia de la hora del Otro y, aun cuando caiga el deseo de la madre como *unterdrückt*, el sujeto se constituye en relación a este padre edípico, porque aún no es tiempo de ponerlo en cuestión, así tenga función de veneno su palabra. (2005; p162).

Un día manifiesta que ya no quiere venir más al consultorio/tratamiento, expresa que había venido mucho... Y sí, tenía razón...era mucho lo que se había trabajado allí.

Si pensamos al niño en un trayecto que va de ser objeto del discurso del Otro a ser sujeto y que en el transcurso del tratamiento analítico se genera el advenimiento del sujeto a la palabra (Hartmann, 2005), podría decir que Juan transitó ese trayecto, claro está, en las coordenadas de la infancia. Para ello, resultó fundamental partir de indagar en qué punto del trayecto se encontraba (Hartmann, 2005).

Escucho su planteo, nos tomamos algunas pocas sesiones más, con él y con sus padres, a los fines de cotejar que Juan estuviera sostenido en dicha decisión y, así fue como, se culminó ese tratamiento psicoanalítico. Transmitiéndoles al niño y a sus padres que él podía venir, si así lo quisiera, en alguna otra oportunidad.

Me interesa compartir este fragmento del caso, en tanto pienso que nos convoca a interrogarnos sobre los efectos que generan ciertos diagnósticos invalidantes que dejan fuera al sujeto, a su singularidad, y a su historia, implicando un borramiento del niño como sujeto en estructuración, en transformación y con un futuro abierto, poniendo en jaque, de ese modo, la constitución del mismo. Pensando, aquí, en ese sentido, no sólo el diagnóstico cómo rótulo que obturó la posibilidad de abrir preguntas y elaboraciones, sino también el modo en el que fue transmitido y, consecuente con esa lógica, el tratamiento al que fue destinado el niño.

Cabría aclarar que el espacio de trabajo con la musicoterapeuta, felizmente no entró en esta lógica desubjetivante, sino que, pareciera haber dado lugar al niño con su singularidad y su posición activa y lúdica, por lo que transmiten los padres de Juan y lo que se evidencia en el informe de dicha profesional.

El estrago que, tanto el diagnóstico como el modo en el que fue explicitado, generó en los padres de Juan y sus funciones, y en Juan mismo, irrumpía con vehemencia en el primer tiempo del trabajo clínico¹⁰.

¹⁰ Inclusive, insistía dicha mirada patologizadora, aún ya viendo los avances de su hijo, por ejemplo:

Tiempo que tuvo que incluir, por un lado, la puesta en cuestión de dichas sentencias disfrazadas de informes y de la perspectiva desubjetivante con la que el niño fue mirado-evaluado y, por otro lado, la construcción de las condiciones para que un trabajo desde otro lugar, fuera posible. Tarea que requirió de cierta indagación analítica implicándolos acerca del porqué dotaron de tamaña certeza a dicho discurso, introduciendo, de ese modo, una pregunta que diera lugar a la dimensión metafórica.

El foco puesto en las “supuestas conductas anormales o del espectro autista” del niño, había imposibilitado la elaboración, tanto de sus padres como de Juan, de las vivencias traumáticas del primer tiempo de su vida. Aunque habían sido explicitadas en el informe, ello quedaba situado como un detalle anecdótico a la par de la dimensión con la que se marcaron las dificultades que se manifestaban en el lenguaje, conducta, etc, del niño. Se pone en evidencia, allí, la violencia que impregna dicha mirada patologizadora de la infancia.

Urge reflexionar sobre qué se juega en cada uno de nuestros actos en la subjetividad de los niños y niñas con los que trabajamos.

Desde el psicoanálisis, la apuesta es abrir preguntas allí donde una certeza silencia al sujeto; es dar lugar a la metáfora, posibilitando que el sujeto que se cosifica -identificándose a un objeto o a una modalidad de goce- pueda introducir otros significantes ante dicho apresamiento de un único sentido (Wolkowicz, 2010).

Mi intención con este escrito reside en destacar la importancia que tiene la responsabilidad ética del psicoanalista, respecto de generar las condiciones e intervenciones que posibiliten darle lugar al sujeto, ya sea en su emergencia como en su estructuración, en la práctica que nos ocupa y, más aún hoy, frente a la imperante tendencia patologizadora y cosificadora de la infancia que reina al servicio del mercado.

- su papá sugiere llevarlo a “musicoterapia” porque nota que a Juan le gusta la música. Interrogo ¿por qué “terapia”? ¿Por qué no una actividad musical sin más?! ¡La que les guste!

- En la mamá insistía la idea de que la gente iba a pensar que su hijo era un “loquito”, leyendo como del lado de la locura o de la dificultad, manifestaciones propias de la infancia- como ciertas muecas, juegos, entre otros.

Bibliografía

Aberastury, A. (1962). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Bs.As, Argentina: Paidós.

Bleichmar, S. (1990). Aperturas para una técnica en psicoanálisis de niños. *Trabajo del Psicoanálisis*, 4, N° 10, 39-67.

Bleichmar, S. (1993a). *En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia*. Bs.As, Argentina: Amorrortu Editores.

Bleichmar, S. (1993b). *La fundación de lo inconsciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto*. Bs. As, Argentina: Amorrortu Editores.

Bleichmar, S. (1995). Del discurso parental a la especificidad sintomal en el psicoanálisis de niños. *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños*, A. M. Sigal de Rosenberg (comp), Bs. As, Argentina.: Lugar Editorial.

Coriat, E. (2006). *El objeto del especialista. El Psicoanálisis en la clínica de bebés y niños pequeños* (107-120). Bs. As., Argentina Editorial de la campana.

Coriat, E. (2009). La clínica de niños y sus variables. Trabajo presentado en las III Jornadas de Fonoaudiología, Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas de Rosario

Dolto, F. (1987). *Seminario de Psicoanálisis de niños 2*. Argentina: Siglo XXI editores.

Flesler, A. (2011a). *El niño en análisis y las intervenciones del analista*. Buenos Aires: Paidós.

Flesler, A. (2011b). *El niño en análisis y el lugar de los padres*. Bs. As, Argentina.: Paidós.

Freud, S. (1908) Teorías sexuales infantiles. *Freud Obras Completas*, Vol. 6. Bs. As. Argentina: Ediciones Orbis, S.A. Hyspamérica Ediciones Argentina.

Freud, S. (1909). Análisis de una fobia de un niño de cinco años (Caso Juanito). *Freud Obras Completas*, Vol.7. Buenos Aires: Ediciones Orbis, S.A. Hyspamérica Ediciones Argentina.

Freud, S. (1932-1933). Nuevas Lecciones introductorias al Psicoanálisis. *Freud Obras Completas*, Vol.18 (pp. 3301-3206). Buenos Aires, Argentina: Ediciones Orbis, S.A. Hyspamérica Ediciones Argentina.

Hartmann, A. (1993). *En busca del niño en la estructura. Estudio psicoanalítico de la infancia y su patología*. Bs. As. Argentina: Manantial.

Hartmann, A. (2005). *Aún los niños. Psicoanálisis y subjetividad del niño en nuestra época*. 2º ed. Bs.As., Argentina: Letra Viva.

Janin, B. (2003). Psicoanalizando niños, *Revista Actualidad Psicológica* Bs.As., Argentina, 2- 6.

Jerusalinsky, A et al. (1988). *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil: Una clínica transdisciplinaria*. Bs.As: Ediciones Nueva Visión.

Lacan, J. (Inédito). Clase del 4/12/73. *El Seminario: Libro 21: Los desengañados se engañan o los nombres del padre*.

Rodulfo, R. (1993). *El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Bs. As: Paidós.

Rodulfo, R. (1999). *Dibujos fuera del papel*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Volnovich, J. C. y, Ferreiro, E. (1981). *Supuestos cognoscitivos en psicoterapia psicoanalítica de niños. Problemas de la interpretación en psicoanálisis de niños*, AAVV. Barcelona: Ed. Gedisa.

Volnovich, J. C. (2000). *Claves de infancia. Ética y género en la clínica psicoanalítica con niños*. Rosario: Homosapiens ediciones.

Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Bs.As: Gedisa.

Wolkowicz, D. (2010). Pensar el Psicoanálisis en el campo de la Educación. Ponencia presentada en el I Congreso Internacional, II Nacional y III Regional de Psicología: La formación del psicólogo en el siglo XXI, Facultad de Psicología, UNR.

V.
Investigación

Realidades mentales y mundos posibles en encuentros pedagógicos presenciales y digitales

Ana Borgobello

Dra. en Psicología

Psicología Cultural

Cátedra Metodologías de la Investigación en Psicología

Facultad de Psicología. (UNR)

Resumen

La virtualización progresiva de la universidad como institución de enseñanza y aprendizaje parece presentarse para algunos como ineludible, como un “tarde o temprano sucederá”. Sin embargo, qué implicancias tiene esta incorporación al mundo digital, qué habilidades o aprendizajes específicos requiere, cuáles son las TIC (tecnologías de la información y la comunicación) más utilizadas, de qué maneras se usan en la comunidad educativa, qué ventajas encuentran, qué temores y qué dificultades tienen quienes utilizan TIC en la relación docente-estudiantes, siguen siendo algunos de los temas de debate actual que consideramos necesarios en un contexto de escasa virtualización. En esta presentación nos centramos en reflexionar desde las narraciones de docentes que realizaron talleres sobre Moodle, plataforma virtual disponible en el campus virtual de la UNR desde 2008, en torno a tres ejes: qué aprendizajes destacan como relevantes de los trabajados durante el cursado, qué dificultades tuvieron en el encuentro con lo digital desde el rol de participantes, y cómo sostuvieron desde el aprendizaje colaborativo la reflexión colectiva, autocrítica y mutuamente enri-

quecedora. Desde esos ejes llegamos a algunas conclusiones y abrimos nuevas preguntas. La construcción de mundos posibles implica trabajo, imaginación y conocimiento del contexto de enseñanza y aprendizaje. Generar espacios de reflexión colectiva para aprender desde las dificultades y a través de la colaboración mutua nos involucra y convoca desde la construcción de conocimiento como comunidad educativa.

Palabras clave: Entornos virtuales - Formación docente - Narraciones - Socio-constructivismo - Prácticas pedagógicas.

Introducción

La investigación en psicología de la educación parece estar retomando en su agenda el rol activo del docente en la construcción de aprendizajes. Este tema puede encontrar en el uso de TIC facilitadores de mediaciones entre estudiantes y docentes. Sin embargo, en el contexto universitario local, las tradiciones de relación docente-estudiantes requieren ser revisadas desde perspectivas socioconstructivistas en escenarios de progresiva incorporación de lo digital a la vida académica hacia una tendencia bimodal (Villar, 2017). En los últimos años hubo un avance en la implementación de entornos virtuales, no obstante, su utilización es incipiente y no revierte el lento proceso de virtualización que ha caracterizado a la Universidad Nacional de Rosario (UNR) donde predomina la enseñanza a través de clases expositivas tradicionales (Borgobello, Sartori y Espinosa, 2017).

Desde la perspectiva de Castillo y Zorrilla (2018) hibridar o virtualizar amplía las posibilidades de acceso a los programas educativos en comparación con la enseñanza tradicional, ya que diversifica, tornando a la educación superior más inclusiva.

Numerosos docentes convocados a participar voluntariamente en cursos sobre uso de entornos virtuales como complemento del aula tradicional de clases, conciben a sus estudiantes habituales

como escasamente comprometidos. Los estudiantes son descritos como pasivos, poco movilizados por la construcción de aprendizaje desde un rol activo, “les gusta que les hablen”, “leen y reproducen”, e incluso, “son amebas” (Borgobello, Sartori y Sanjurjo, 2018).

Estamos convencidos de que el uso de TIC en educación puede contribuir al trabajo pedagógico, sin embargo, la tarea docente es una tarea humana más allá del medio en el que tenga lugar. La docencia, en este sentido, es un *oficio* (Pierella, 2015, Pierella, 2017). Cabe preguntarse, entonces, cómo una herramienta tecnológica puede determinar la construcción de prácticas pedagógicas activas cuando los propios estudiantes destacan que es el *encuentro* con profesores que encarnaron principios o atributos –para ellos legítimos– lo que fue determinante en el devenir de sus trayectorias (Pierella, 2015). La *autoridad pedagógica* que encarna el docente memorable, el que inquieta, conmueve, moviliza, no es destacado por lo técnico sino por su generosidad en la transmisión de un legado que convoca a *hacer otra cosa* con lo recibido.

La enseñanza como *oficio* en las universidades argentinas está fuertemente condicionada por la experiencia en el contexto laboral de una organización jerárquica. Requiere, por un lado, el trabajo académico con la propia disciplina en la que el profesional se especializa. Por otro, implica pensar la *transmisión*, la relación de contenido y forma en la que entran las cuestiones técnicas, pero que va más allá de ellas ya que implica reflexión sobre contenidos, recorte, organización y evaluación (Pierella, 2017). En este punto entran las TIC, no como meras técnicas sino como *diseños tecnopedagógicos*.

González (2018) plantea que uno de los desafíos que presenta la hibridación de aulas tradicionales con el uso de entornos virtuales está en el diseño de los cursos, logrando adecuada convergencia de actividades online y presenciales que se integren en estrategias tecnopedagógicas con la meta de alcanzar los objetivos planteados en la asignatura. Un diseño tecnopedagógico, en un contexto mixto se orienta hacia una reconfiguración, un salto “inevitable” signado por la convergencia (Turpo, 2014). La reconfiguración presupone síntesis

de mediaciones pedagógicas y tecnológicas que comienzan a hacer imperceptibles las fronteras que separan un espacio y el otro.

Se puede pensar que, al igual que en la tradición presencial, si bien existen múltiples relaciones que entrelazan los distintos niveles que comprende la educación formal, la dimensión institucional y la enseñanza requieren decisiones cotidianas que toman personas diferentes (Camillioni, 2016). Castillo y Zorrilla (2018) mencionan que uno de los puntos más variables en propuestas híbridas es la proporción entre la combinación de lo presencial y lo virtual, es decir, cómo se combinan tiempo y espacio. Si bien esto podría ser leído como un problema, también puede entenderse como una *potencialidad* en términos de que los docentes están en condiciones de definir estas características de acuerdo a los propios proyectos pedagógicos.

Es posible encontrar en el concepto de “buenas prácticas” docentes una síntesis de esta construcción requerida en el uso de TIC en educación superior. Como lo expresan Durán y Estay (2016) existen múltiples factores que influyen en la posibilidad de materialización de estas buenas prácticas docentes (Figura 1), entre ellos, el manejo de TIC para facilitar la comunicación. Sintéticamente, los autores reúnen una serie de definiciones sobre buenas prácticas pedagógicas proponiendo que estas innovan; transforman; facilitan; ayudan a aprender; influyen positivamente en las maneras de pensar, sentir y actuar; y mejoran. Si bien el concepto presenta cierto “ruido” al definir las como “buenas”, básicamente, genera consenso por su simplicidad.



Figura 1. Factores que facilitan la realización de buenas prácticas en el contexto universitario (Durán y Estay, p. 163).

Estas buenas prácticas son transformadoras y, por tanto, se constituyen en realidades mentales y mundos posibles (Bruner, 1998) en encuentros pedagógicos tanto presenciales como digitales o combinados. A partir de la interacción sociocultural se construye la identidad docente que se configura en un contexto particular, la institución educativa (De-Laurentis, 2015). Qué hagamos en y con ese contexto, qué moviliemos, es lo que dará posibilidad de reconfiguraciones a las prácticas pedagógicas concretas.

“Aprendiendo” a usar aulas virtuales

El oficio docente se construye tanto a partir de las experiencias biográficas como desde el conocimiento específico que se estudia (Pierella, 2017). Del mismo modo, las habilidades que se requieren para el uso de Moodle, tal como sostienen los docentes que cursaron talleres de formación para el uso de entornos virtuales, pasan por procesos similares.

En los talleres propusimos volver a pensar la clase, volver a pensar el aula como espacio (Sanjurjo y Rodríguez, 2003). En este caso, se trataba de espacios digitales que proponían distintos desafíos a los docentes en su rol de estudiantes que dependían fundamentalmente de, por un lado, sus experiencias previas en redes sociales, uso de internet y computadoras, y por el otro, de su formación, historia y trabajo actual como docentes.

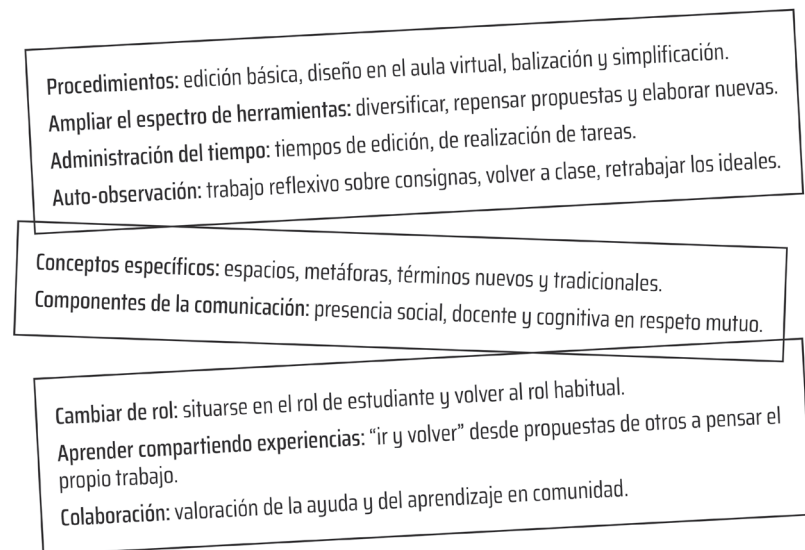


Figura 2. Aprendizajes valorados por los docentes participantes de los talleres.

Hemos sintetizado y agrupado en la figura 2 algunos de los aprendizajes que los docentes en su rol de estudiantes han valorado, incorporando algunos conceptos surgidos del trabajo conjunto tal como los mencionaron ellos mismos. En la parte superior, mencionamos algunos de los procedimientos y prácticas necesarios y que hemos enfatizado en el transcurso del taller. Si bien el uso de Moodle puede presentarse como relativamente simple, reconocer los componentes de la edición y diseños básicos se vuelven necesarios.

Mencionamos entre los puntos la *balización*, concepto que hace referencia a enfatizar conceptos, ideas, fechas o consignas utilizando los recursos disponibles (imágenes, modificación de la fuente, etc.). Por otro lado, destacaron la necesidad de *simplificación*, evitando repetir, utilizando alternativas como los hipervínculos o links para que el texto sea lo más sintético posible en cada pantalla.

Asimismo, reconocieron que el trabajo reflexivo sobre propuestas que permiten ampliar el espectro de herramientas utilizadas requiere *tiempo*. Por esta razón, valoraron la necesidad de la administración del tiempo propio en el diseño y evaluación y, también, en relación a propuestas claras de administración del tiempo con los estudiantes de grado.

En cuanto lo conceptual, en el segundo recuadro de la figura 2, agrupamos aquello que destacaron de la revisión de conceptos tradicionales que, en forma de metáforas, llevan a trasladar la enseñanza tradicional al aula virtual. El diálogo docente-estudiantes en el aula virtual carece de componentes gestuales porque se basa en la escritura como medio de comunicación. En este sentido, evidenciaron la importancia de reconocer componentes de la comunicación escrita que deberían estar presentes en los escritos del docente para facilitar el trabajo con los estudiantes: Garrison, Anderson y Archer (2000) los describen como *presencia cognitiva* –fundamentalmente relacionada con los conceptos-; *presencia docente* –vinculada a la guía, andamiaje-; y *presencia social* –utilización de, por ejemplo, nombres propios y saludos.

Finalmente, en la misma figura en el último recuadro aparecen aquellos aprendizajes valorados por los docentes en prácticas que son algo escasas en la tradición universitaria local: el trabajo colaborativo y el situarse en otro rol. El trabajo colaborativo requiere aprendizaje, in-

centivo y ejercicio (Peralta, Roselli y Borgobello, 2012). En ámbitos como el taller en que se enfatiza el encuentro de experiencias en docencia universitaria, generan mutualidad, solidaridad y socialización de propuestas pedagógicas que, a modo de inspiración, generan cambios en las propias. Vinculado con esto y en un aspecto algo más “técnico”, se destacó el cambio de rol que permite Moodle en la visualización de la pantalla como la ven los estudiantes –quienes tienen limitaciones en la edición- en la importancia de visualizar las consignas desde la perspectiva de los estudiantes como metáfora.

Sintéticamente, se plasmaron conocimientos “técnicos” básicos, recursos particulares adecuables al trabajo pedagógico de cada uno en su propio contexto de enseñanza y consejos prácticos en un sentido de comunidad. Gran parte de lo trabajado en los talleres son prácticas frecuentes entre los docentes, aunque escasas veces se sistematizan.

Dificultades en el encuentro con lo digital

Las dificultades descritas por los docentes en el encuentro con lo digital fueron muy variadas, dependiendo, una vez más, de las experiencias previas en diseño y socialización con el uso de computadoras. Hubo enojos con las máquinas, “ahogos” en “inmensidad de la web” (SIC), sensaciones de soledad en medio de madrugadas, errores arrojados por los programas, entre otros. Construimos una imagen (Figura 3) a partir de sensaciones, metáforas y relatos de los participantes.



Figura 3. Dificultades en el encuentro con lo digital

Los docentes destacaron como una dificultad puntual la localización en la *inmensidad de la web* de fuentes apropiadas para el trabajo con los estudiantes. Así surgió la imagen de un mar inmenso en el que son escasos los puertos apropiados para desembarcar. La supervivencia en esta y otras escenas vivenciadas por los docentes se remitió al seguir navegando, pero buscando otros y otras para esa navegación.

Una de las escenas “repetidas” se vinculó con sensaciones de *soledad* en la elaboración de tareas que luego fueron catalogadas como sencillas a partir de haberseles encontrado alguna solución. En varias de estas ocasiones en las que se pedía colaboración en foros, la solución fue la misma: el encuentro con *tutoriales* online que daban respuestas detalladas a dificultades procedimentales muy específicas. De este modo, paulatinamente, el uso de tutoriales, el “Google que lo sabe todo” fue dando soluciones en tiempos en los que la presencia del grupo del taller se veía dificultada. La imagen de alguien más en algún lugar del mundo que ya se encontró con el mismo problema y seguramente lo solucionó comenzó a circular en los diálogos. De esta manera, el formato del taller permitió que se fueran convirtiendo en relatos de dificultades y soluciones con indicaciones precisas de los colegas desdibujándose progresivamente el rol activo de las coordinadoras.

Otra de las dificultades halladas fue la falta de estructura que supone lo virtual, los *tiempos y ritmos autorregulados* favorecen y, a la vez, dificultan. A título anecdótico, uno de los docentes puso un horario en su agenda para trabajar con los materiales del curso, leer las participaciones de colegas y hacer las actividades solicitadas. Una idea generalizada fue que el uso de entornos virtuales implica más dedicación en tiempo que el dictado de clases tradicionales únicamente. Sin embargo, una vez que el trabajo se continúa en el tiempo, tal como describieron Van-de-Vord y Pogue (2012), el dictado de clases únicamente en forma presencial requiere más tiempo que la enseñanza a distancia utilizando solo entornos virtuales. De acuerdo al estudio, evaluar en entornos virtuales tomaría más tiempo que en clases tradicionales, aunque en nuestro contexto se suele calificar a los estudiantes desde modalidades tradicionales aún en los casos en los que se incorporan aulas digitales.

Si bien en las vivencias predominó la visión de la tecnología como desafío, es en la continuidad del trabajo colaborativo en la que se fueron encontrando nuevos (y no tan nuevos) horizontes.

La colaboración como eje del trabajo virtual, buscando a otros

A modo de cierre, en este último apartado destacaremos en sintonía con numerosas publicaciones en el área, la relevancia de la colaboración como ejercicio, como horizonte y como construcción cotidiana en las prácticas pedagógicas universitarias. En las descripciones que los docentes hacen de sus prácticas cotidianas en el marco de cátedras universitarias, la presencia de la colaboración entre pares docentes es poco frecuente y, en algunos casos, nula (Borgobello et al, 2018).



Figura 4. Construcción colaborativa

En primer lugar, se destacó la figura de las coordinadoras del curso en su rol de facilitadoras, es decir que, ante dudas, se les mostraba caminos posibles y alternativos sin dar una respuesta cerrada a la mayor parte de las solicitudes. La otra cara de esta misma situación es que se reclamaba, de este modo, un rol activo a los participantes del taller, haciendo de la actividad propia con otros la sugerencia de trabajo.

Una docente menciona que varios de sus compañeros del taller fueron sus docentes o gente que escuchó en charlas o leyó en su producción lo que le resultó enriquecedor para interactuar con ellos desde este lugar. Este tipo de *horizontalidad* es propiciado por el trabajo asincrónico en entornos virtuales ya que la presencia docente en términos de Garrison et al. (2000) se distribuye dando lugar a encuentros descentrados de la figura del docente facilitándole así adoptar el rol de guía o andamiaje en términos brunerianos (Wood, Bruner y Ross, 1976).

Otra participante cita una definición de aprendizaje colaborativo y menciona que el curso se desarrolló “con ese norte” (SIC): las coordinadoras dejando espacios para que funcione la mediación y la colaboración haciéndose cargo de dejar un *lugar vacío*. Uno de los participantes lo expresó del siguiente modo:

Mucho se habla en nuestra facultad de *constructivismo*, pero en mi formación pocas veces había tenido la ocasión de participar de una propuesta que realmente lo pusiera en juego. Creo que el modo en que fueron planteadas las consignas, las actividades elegidas y los recursos para ser evaluadas, dieron cuenta de una concepción constructivista del conocimiento que fue muy placentero experimentar, con un énfasis claro en la *acción* y en la *ejecución* por parte de nosotros como alumnos, que sacudieron los sillones de pasividad donde solemos recostarnos y hacer recostar –como docentes– a nuestros propios alumnos.

Asimismo, en numerosas oportunidades se destacó la ayuda y motivación de los compañeros en su generosidad en un clima cordial y ameno. Cabe mencionar que el clima áulico predispone a la colaboración y a la construcción activa. La motivación quedó plasmada como un *hallazgo en lo grupal* liderada por parte del grupo y, si se quiere, “contagiada” al conjunto de participantes. Si bien, tal como plantearon los propios protagonistas, hubo diversidad de compromisos, un “no todos

lo mismo al mismo tiempo”, la *solidaridad* en los encuentros con pares fue más una constante que una variable.

La búsqueda (y el encuentro) con pares abrió paso a la *autocrítica* a medida que se avanzaba en las propuestas del taller. Se llegó a mencionar, incluso, que desde el clima grupal de confianza se comenzaron a redefinir anteriores relaciones con lo virtual a partir de la propia invitación de los pares a experimentar. De esta manera se plasmaron en los talleres, como se mencionó más arriba, intercambios de experiencias, negociaciones colectivas de significados, aprendizajes de temas “nuevos” poniendo en discusión tradiciones en la enseñanza naturalizadas.

En síntesis, se trató de administrar la comunicación teniendo como horizonte lo colectivo y convocando sistemáticamente a respuestas alternativas para dar lugar al grupo en el discurso. Esta posibilidad, debatida en foros grupales, generó la revisión del lugar del docente en su *supuesto saber sobre lo tecnológico* abriendo desde la propia coordinación del taller al no saber, al buscar y al encontrar como posibilidades cotidianas de diseños tecnopedagógicos.

Cabe a modo de cierre mencionar algunos puntos distintivos de estas experiencias. Por un lado, se trató de trabajo con grupos pequeños en talleres. Por otro, la motivación de los docentes voluntarios fue intrínseca ya que el uso de entornos virtuales como complemento del aula tradicional de clases es una opción facilitada por la universidad local -aunque de ningún modo se ha convertido en una exigencia como en otras universidades-.

Estas experiencias muestran la necesidad de gestionar la colaboración, buscar el trabajo colectivo por sobre la soledad laboral docente en tradiciones universitarias que poco propician estas prácticas con y sin tecnologías mediando esas interacciones.

Bibliografía

Borgobello, A., y Sartori, M. (2017). ¿Cómo se acercan los docentes universitarios al uso de Moodle? En L. Bulacio y C. Pairoba (Eds.), *Ciencia y*

Tecnología 2016: divulgación de la producción científica y tecnológica de la UNR (pp. 1125–1131). Rosario: UNR Editora.

Borgobello, A., Sartori, M., y Espinosa, A. (2017). Implicancias educativas de análisis estructurales y de contenido de la interacción socio-cognitiva en entornos virtuales en casos blended learning. Ponencia presentada en el *VIII Encuentro Regional y Latinoamericano “La universidad como objeto de Investigación”*, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina.

Borgobello, A., Sartori, M., y Roselli, N. D. (2016). ¿Cómo interactuamos aquí y allá? Análisis de expresiones verbales en una clase presencial y otra virtual a partir de dos sistemas de codificación diferentes. *Revista de La Educación Superior*, 45(179), 95–110.

Borgobello, A., Sartori, M., y Sanjurjo, L.O. (2018, en prensa). Concepciones de docentes sobre los estudiantes y sus prácticas pedagógicas. *Educación y Educadores*, 21(1), 27-48.

Bruner, J. (1998). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.

Camillioni, A.W. (2016). La pluralidad de campos en la investigación sobre la enseñanza en la educación superior. En M. Insaurrede (Comp.), *La enseñanza en la educación superior. Investigaciones, experiencias y desafíos* (pp.51-62). Buenos Aires: Noveduc.

Castillo-Díaz, M., y Zorrilla-Abascal, M.L. (2018). Implementación de una innovación tecnológica. Espacio de formación multimodal, e-UAEM. *Revista Ibero-americana de Educação*, 76 (1), 83-100.

De-Laurentis, C. (2015). Identidad docente: herramientas para una aproximación narrativa. *Revista Entramados. Educación y sociedad*, 2(2), 67–74.

Durán-Rodríguez, R., y Estay-Niculcar, C. A. (2016). Las buenas prácticas docentes en la educación virtual universitaria. *REDU Revista de Docencia Universitaria*, 14(2), 159-186.

Garrison, R.D., Anderson, T. y Archer, W. (2000). Critical Inquiry in a Text-Based Environment: Computer Conferencing in Higher Education. *The Internet and Higher Education*, 2(2-3), 87-105.

González-Fernández, M. O. (2018). Percepción del desempeño docente-estudiante en la modalidad mixta desde una mirada ecosistémica.

Revista iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo, 8(16), 346–370.

Peralta, N. S., Roselli, N. D., y Borgobello, A. (2012). El conflicto socio-cognitivo como instrumento de aprendizaje en contextos colaborativos. *Interdisciplinaria*, 29(1), 325–338.

Pierella, M. P. (2015). La autoridad de los profesores universitarios: un estudio centrado en relatos de estudiantes de letras. *Educação E Pesquisa*, 41(2), 427–442.

Pierella, M. P. (2017). Enseñar en la universidad pública argentina: los desafíos del oficio docente en una época de transformaciones. *Roteiro*, 47(1), 37–64.

Sanjurjo, L.O., y Rodríguez, X. (2003). *Volver a pensar la clase*. Rosario: Homosapiens.

Turpo, O.W. (2014). Perspectiva de la convergencia pedagógica y tecnológica en la modalidad blended learning. *Educación*, 23(44), 67–87.

Van-de-Vord, R., y Pogue, K. (2012). Teaching Time Investment: Does Online Really Take More Time than Face-to-Face? *The International Review of Research in Open and Distance Learning*, 13(3), 132-146.

Villar, A. (2017). *Hacia la universidad bimodal: dimensiones de un proceso incipiente*. En M.E. Collebechi y F. Gobato (Comp.) *Formar en el horizonte digital* (pp.129-136). Bernal: Universidad Virtual de Quilmes. Recuperado de: <http://libros.uvq.edu.ar/>

Wood, D., Bruner, J.S., y Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 89-100.

La psicología como práctica científica: contribución de los estudios sobre desarrollo del conocimiento y del lenguaje a la teoría psicológica y a la transferencia social

Andrea Taverna

Dra. en Psicología

Psicología Cultural

Investigadora Adjunta CONICET-Universidad Nacional de Formosa (UNaF)

Resumen

Tradicionalmente, la psicología argentina ha relegado a la investigación a un segundo plano, centrando la escena casi con exclusividad en la práctica clínica – en especial psicoanalítica- y generando al interior de su propio campo epistémico un divorcio entre la práctica clínica y la investigativa. Si bien en los últimos años se aprecian cambios, este desbalance aún se mantiene tanto en la formación universitaria como en la práctica profesional. En este trabajo sitúo en primer plano al psicólogo como investigador y científico, mostrando su labor - la investigación – como base de producción de conocimiento para los temas y métodos de la psicología y para atender a demandas específicas del campo psi y de la sociedad. Como una dirección posible, me centro en el programa de investigaciones que llevamos adelante desde hace ocho años y que explora el desarrollo del conocimiento y del lenguaje en niños de diversos grupos culturales y lingüísticos. Primero, se presentan sus objetivos,

aspectos teóricos, metodología y se describen los resultados obtenidos hasta el momento. En segundo lugar, discuto la relevancia de sus resultados para la teoría del desarrollo psicológico, para una práctica investigativa diversa y para su transferencia social. Finalmente, reflexiono sobre la importancia de la práctica investigativa para la formación de los futuros psicólogos.

Palabras clave: Investigación - Psicología del desarrollo - Cultura - Transferencia científica.

Introducción

En términos generales, las disciplinas que conforman el complejo campo de la psicología humana tienen como propósito comprender el pensamiento, el comportamiento y la subjetividad humana en toda su gama y complejidad produciendo conocimiento sobre fundamentos teórico-epistemológicos sólidos que permitan atender a los problemas del mundo real. La práctica investigativa en las diferentes subdisciplinas del campo *psi* ha sido instrumental en este empeño. Llama la atención que la psicología argentina haya relegado a la investigación a un segundo plano, centrando la escena casi con exclusividad en la práctica clínica – en especial psicoanalítica- y generando al interior de su propio campo epistémico un divorcio entre la práctica clínica y la investigativa. Si bien en los últimos años se aprecian cambios, este desbalance aún se mantiene tanto en la formación universitaria como en la práctica profesional.

Este trabajo sitúa en primer plano al psicólogo como investigador y científico, mostrando su labor - la investigación – como base de producción de conocimiento para los temas y métodos de la psicología y para atender a demandas específicas del campo *psi* y de la sociedad. Para ilustrar esta práctica, me centro en la labor de investigación que venimos llevando adelante desde hace ocho años en la que exploramos el desarrollo del conocimiento y del lenguaje en niños de diversos grupos culturales y lingüísticos de nuestro país.

Investigar el lenguaje y el pensamiento desde un enfoque del desarrollo y transcultural

Desde el momento de su nacimiento hasta el inicio de sus años escolares los niños rápidamente adquieren dos sistemas cognitivos: organizan sus experiencias en conceptos y adquieren su lengua materna. Aunque tradicionalmente los psicólogos del desarrollo se han esforzado mucho en descubrir las pautas invariantes del desarrollo de tales sistemas cognitivos, la mayoría de las estas investigaciones se apoyan en evidencias que provienen de estudios en los que participan con exclusividad niños de un único grupo cultural: clase media de ascendencia europea norteamericana, preferentemente inglés hablantes (Gauvain, 2011). Mis investigaciones intentan llenar ese vacío empírico, explorando los sistemas conceptuales que representan el conocimiento del mundo y la lengua materna en adquisición en niños de diferentes grupos culturales y lingüísticos, en particular, niños hispanohablantes de sectores urbanos y rurales, y niños wichí hablantes que habitan el monte chaqueño argentino.

En la infancia temprana, examino interacciones cotidianas con un enfoque en el involucramiento del niño con su entorno y también desde el punto de vista de la madre o el cuidador principal, analizando en qué medida interactúa con el niño y con qué estrategias comunicacionales lo hace, con un enfoque en la comunicación en un sentido amplio que incluye lo verbal (el habla dirigida al niño) y no verbal (gestos). La motivación central de estos estudios es indagar las variaciones culturales en las formas de involucramiento materno-infantil para identificar qué aspectos podrían ser invariantes y cuales serían cultura-específicos. Para responder a este objetivo, realizamos grabaciones longitudinales de las interacciones cotidianas; observamos a los infantes en su entorno en el marco de visitas periódicas en el hogar durante sus primeros dos años y medio de vida. Luego, procesamos esas grabaciones analizando comparativamente las modalidades de involucramiento del niño con su entorno a través de la edad y entre los grupos culturales en estudio. Análisis preliminares comienzan a mostrar que, si bien los wichí comparten ciertos rasgos de socialización con niños de cultura dominante,

se advierte un perfil de involucramiento distintivo, lo que sugiere que las interacciones materno-infantiles se hallan culturalmente organizadas. Por ejemplo, como fuera observado en niños de otras culturas de menor escala (ej. Mastin, 2013), los niños wichí se involucran muy poco en interacciones de atención conjunta (niño-adulto-objetos). Sin embargo, a diferencia de las madres de otras comunidades indígenas estudiadas las que suelen desarrollar un perfil centrado en las situaciones cotidianas (pero no en el niño) (Schieffelin & Ochs, 1986), las madres wichí tienden a centrar su atención en el niño, observándolos e incluso interviniendo en las interacciones del niño con su entorno.

Paralelamente, en los niños que adquieren wichí como lengua materna, en el tiempo de aparición del lenguaje verbal, me enfoco en las características estructurales de la producción lingüística, examino el desarrollo del léxico evaluando aspectos semántico-conceptuales y formales de la adquisición, contrastando con teorías psicolingüísticas vigentes y discutiendo en qué medida principios universales o aspectos estructurales y específicos del lenguaje inciden en la configuración del léxico infantil. Estudiar la adquisición del lenguaje en el wichí es importante porque hasta la fecha no existen estudios de adquisición en esta lengua y porque tipológicamente se trata de una lengua de morfología compleja, muy diferente a aquellas sobre las que se apoyan la mayoría de las evidencias actuales en desarrollo del lenguaje. Por ejemplo, en wichí, a diferencia de lenguas como el español, una palabra – en especial un verbo- condensa en sí misma mucha información gramatical, por lo que puede ser equivalente a lo que sería una frase en español. ¿Cómo es la tarea de aprendizaje de palabras entre los infantes wichi teniendo en cuenta estas características? Para responder esta pregunta, realizamos observaciones longitudinales de los eventos comunicativos verbales de los niños desde su primer cumpleaños hasta sus 4 años de edad. Los resultados han comenzado a mostrar sensibles diferencias evolutivas en cuanto a la composición del vocabulario y los mecanismos que operan en el aprendizaje del léxico. Por ejemplo, si bien como en la mayoría de los infantes de comunidades lingüísticas estudiadas a la fecha, los niños wichí producen sustantivos antes que otras formas gramaticales, identificamos un descenso de la ventaja de nombres y un

ascenso de verbos en una etapa más temprana que en niños que aprenden otras lenguas, demostrando que los aspectos estructurales del lenguaje (una lengua con énfasis en el verbo) inciden en la configuración del léxico (Taverna & Waxman, 2017).

Finalmente, en las etapas posteriores, examino las representaciones conceptuales y modalidades de pensamiento, que poseen niños con diferentes grados de contacto y relación con la naturaleza -poblaciones urbanas, rurales de zonas pampeanas e indígenas del monte chaqueño- evaluando la fuerza de la cultura y la experiencia con el entorno natural en la representación de ese aspecto del mundo. Se sabe que las investigaciones pioneras de Piaget (1954) y más tarde de Carey (2015) han mostrado que los niños de edad preescolar exhiben un tipo de *pensamiento animista* que atribuye vida solo a animales y personas, pero no a plantas. También, ese animismo es *antropocéntrico* o centrado en lo humano porque de esas dos entidades o seres animados o vivientes, los seres humanos son la entidad prototipo. Solo más tarde, hacia los 8 o 9 años de edad mediante un cambio conceptual estructural, los modelos animistas y antropocéntricos serían reemplazados por un modelo bio-céntrico afín a la conceptualización adulta y al conocimiento desarrollado por la ciencia occidental.

En nuestros estudios con poblaciones infantiles diversas, demostramos variaciones transculturales que desafían tales pautas evolutivas supuestamente universales. Por ejemplo, a diferencia de los niños hispanohablantes, entre los wichí, no se encontró un cambio conceptual desde una concepción animista hacia una concepción biológica del mundo (como fuera postulado por las perspectivas dominantes), sino que, ambos conceptos, -animado y ser viviente- se mostraron disponibles cognitivamente a lo largo de todo el período de desarrollo estudiado -5 a 12 años- de manera simultánea, incluso en la adultez (Taverna, et al., 2012). Así, como los niños de cultura hispanohablante los niños wichí de 5 años creen que los animales y personas (y no las plantas) poseen vida. Pero también, a diferencia de sus pares no-indígenas, los niños wichí creen que tanto animales, personas y plantas pueden morir. Esta conceptualización de la vida (las plantas no viven pero pueden morir) se presenta en las epistemología cultural sobre lo viviente

de este pueblo. De acuerdo a ellas (Palmer, 2005), las personas y animales (pero no las plantas) poseen una entidad espiritual (*husek*) que los hace seres intencionales y animados, sin embargo, comparten con las plantas la cualidad de una *husek* vital, que sería responsable de procesos de descomposición, desintegración, etc. También, contrariamente a lo reportado en las poblaciones infantiles de niños de poblaciones urbanas (Carey, 2015), no se encontró evidencia de pensamiento antropocéntrico entre los wichí. Por ejemplo, cuando se les pidió que atribuyeran propiedades del cuerpo (ej. un órgano interno) desde animales humanos y no humanos (un jaguar, un algarrobo, una persona) hacia otras entidades vivientes y no vivientes (otros animales, plantas y artefactos del mundo), los niños wichí atribuyeron esas propiedades de manera equiparable a humanos y otros animales e incluso a estas especies de árboles como el algarrobo. Más aún, se encontró que otros seres vivientes como el jaguar y el algarrobo, ambos exponentes significativos de su cultura (Taverna, et al., 2016) eran más centrales que el ser humano. Esta concepción no antropocéntrica del mundo se alinea con la epistemología de este grupo cultural en el que de manera simétrica animales y personas poseen *husek*, simetría ontológica que se expresa culturalmente en el mito del origen según el cual los wichí provienen de los animales de monte (Palmer, 2005).

¿Para qué investigar en psicología del desarrollo? Contribución científica a la teoría, sus prácticas y al desarrollo social

Aunque la psicología humana se propone comprender el campo *psi* en toda su gama y complejidad, llama la atención que las prácticas investigativas en general y en el campo del desarrollo en particular sigan aún mostrando una sorprendente falta de diversidad (Medin, Waxman, et al., 2010). De acuerdo a un análisis reciente, de la totalidad de artículos científicos publicados entre 2006 y 2010 en las revistas de mayor impacto en el área (*Child Development*, *Developmental Psychology*, *Developmental Science*) y que han reportado la demografía de sus participantes, solo el 7% reportó datos de participantes no occidentales (Little, Carver y Legare, 2016). Importantes cuestionamientos surgen respecto a la ge-

neralización de estos resultados a individuos que viven en circunstancias que se apartan sustancialmente a las de la muestra que ha sido testeada originalmente. Las investigaciones transculturales y translíngüísticas son necesarias. En primer lugar, porque permiten mostrar que ciertos patrones del desarrollo reportados en poblaciones dominantes (y ampliamente aceptados por la comunidad científica), pueden no ser generalizables a todas las poblaciones infantiles del mundo. Por ejemplo, como hemos mostrado, ciertas representaciones conceptuales en la infancia (ej. conceptos animado, ser viviente) y modalidades de pensamiento a ellas asociadas (antropocentrismo) observados en las poblaciones de niños de cultura mayoritaria serían más bien el resultado de un modelo cultural específico (ej. centrado en lo humano, en la ciencia occidental) muy propio de esas poblaciones, más que un patrón general del desarrollo que experimentan todos los niños del mundo.

En segundo lugar, conocer qué y cómo piensan, conceptualizan y qué dicen niños que adquieren lenguas y culturas poco exploradas es imprescindible para su aplicación en las diferentes prácticas que atañen al desarrollo de esos niños. Precisamente, un Proyecto de Desarrollo, Tecnológico y Social (PDTS) reciente que llevamos adelante conjuntamente con hablantes nativos wichí de las comunidades de Laguna Yema, Formosa, es un claro ejemplo de esa transferencia científica al campo social.

Para que la alfabetización tenga lugar en las etapas tempranas del desarrollo, es imprescindible contar con la disponibilidad y circulación social de tales sistemas simbólicos en la lengua nativa en adquisición. Lamentablemente, para numerosos niños de nuestro país, entre ellas los niños wichí, no lo es. Para estas comunidades, la circulación de su lengua nativa escrita -el wichí- y de otras representaciones externas culturales es reciente y escasa, en consecuencia la exposición a éstas y su uso son insuficientes, dejando en desventaja a los niños respecto de la adquisición de su lengua escrita. En el marco de un PDTS financiado por el Consejo Interuniversitario Nacional (CIN) y el CONICET¹

¹ La lengua escrita y la representación del conocimiento natural en niños wichí. Contribución de los estudios científicos en psicología y lingüística a las prácticas

intentamos responder a esta necesidad social, comunitaria y educativa, incrementando la disponibilidad y circulación del código escrito de la lengua y otras formas de representación cultural en las etapas tempranas del desarrollo. Como resultado, se creó la primera colección de libros infantiles en lengua wichí, *Hunhat lheley* (habitantes de la tierra) (Pérez, A., Pérez, E., Taverna & Baiocchi, 2017a; b; c; d; e). Se trata de una colección de 5 libros pensada centralmente para pequeños pre-lectores wichí pero también para aquellos jóvenes y adultos wichí que no están aún alfabetizados. Cada libro representa una categoría nativa wichí, a saber, *tshotoy* (animales de monte), *tshotoy inot lheley* (animales de agua), *tshotoy fwiyothen* (animales de aire), *lalo* (animales domésticos) y *hal'o* (árboles y arbustos), con una estructura del tipo imagen-palabra, en la que se evidencian dos sistemas simbólicos: el dibujo o representación gráfica de un ejemplar de la categoría y la palabra escrita o unidad léxica mediante la que se expresa esa categoría.

En suma, como psicólogos-investigadores fue posible transferir los conocimientos científicos desarrollados en las investigaciones básicas sobre representaciones conceptuales nativas y lengua wichí a fin de atender una demanda social específica de este grupo, pero también hacia la sociedad en su conjunto, garantizando con ello la diversidad lingüística y cultural que caracteriza a nuestro pueblo y la igualdad de oportunidades de nuestras culturas infantiles.

Conclusiones

En un contexto de auge y dominio de la práctica clínica en el campo *psi* tanto en la práctica profesional como en la formación universitaria, este trabajo pone en relieve a la investigación en psicología y al psicólogo como investigador y científico. Aspectos centrales de su labor principal serían formular preguntas y problemas posibles, apelar a la teoría para formularla y sus métodos para responderlas, encontrar (o no) respuestas posibles pero también nuevas preguntas, y, finalmente, lo que

culturales de la comunidad y el desarrollo social” (PDS-CIN-CONICET 405).

desde mi punto de vista signa la práctica investigativa como práctica social, poner estas respuestas al servicio de las demandas del mundo real. Esta es la naturaleza de la práctica investigativa, la que además de ofrecerse como una práctica y ámbito de inserción para el profesional psicólogo, puede ejercerse como complementaria en el marco de otras prácticas psicológicas, como la clínica. Para los docentes universitarios, nuestro desafío será fortalecer la práctica investigativa desde la formación de los futuros psicólogos o recientes egresados. De este modo, el estudiante o profesional en formación podrá acercarse a dicha práctica desde las diferentes asignaturas desarrollando sus competencias investigativas lo que lo preparará para elaborar proyectos para la producción y transferencia del conocimiento científico en psicología y/o programas de intervención para la promoción, prevención y tratamiento individual, familiar y social. Estamos en contexto de progreso y ebullición constante para la investigación psicológica con un vastísimo espectro de nuevas iniciativas de investigación en sus diferentes sub-disciplinas a nivel internacional (y también nacional). Interesar, desarrollar y afianzar las competencias investigativas de los estudiantes y jóvenes profesionales en el marco de este progreso asegurará nuevos avances metodológicos y teóricos para la psicología tanto en su campo epistémico como para su transferencia práctica y social.

Bibliografía

Carey, S., Zaitchik, D., y Bascandzhev, I. (2015). Theories of development: In dialog with Jean Piaget. *Developmental Review*, 38, 36–54.

Gauvain, M. (2011). Sociocultural contexts of development. In P.D. Zelazo (Ed.), *Oxford Handbook of developmental Psychology*. Oxford, UK: Oxford. University Press.

Little, E. E.; Carver, L.J. & Legare, c. H. (2016). Cultural Variation in Triadic Infant-Caregiver Object Exploration. *Child Development*. 87, 4, 1130-45.

Mastin, J. D. (2013). *Exploring infant engagement, language socialization and vocabulary development: A study of rural and urban communities in Mozambique* Tilburg: TiCC.Ph.d

Medin, D., Waxman S., et al., (2010). Diversity in the social, behavioral and economic science. White paper for the Directorate for the Social, Behavioral, and Economic Sciences of the National Science Foundation (NSF/SBE). Recuperado en http://www.nsf.gov/sbe/sbe_2020/index.cf

Palmer, J. H. (2005). *La buena voluntad wichí: una espiritualidad indígena*. Las Lomitas, Formosa, Argentina: Grupo de trabajo Ruta 81.

Pérez, A., Pérez, E. M., Taverna, A. y Baiocchi, M. C. (2017a). *Hal'o*. Formosa: EDUNaF.

-----, (2017b). *Laloy*. Formosa: EDUNaF.

-----, (2017c). *Tshotoy*. Formosa: EDUNaF.

-----, (2017d). *Tshotoy fwi'yohen*. Formosa: EDUNaF.

-----, (2017e). *Tshotoy inhot lheley*. Formosa: EDUNaF.

Piaget (1954). *The construction of reality in the child* (M. Cook, Trans.). New York, NY: Basic Books.

Schieffelin, Bambi, B. (1985). The acquisition of Kaluli. In D. Slobin (ed.), *The crosslinguistic study of language acquisition*, 525–594. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Taverna, A., Waxman, S. R., Medin, D. L. y Peralta, O. A. (2012). Core-folkbiological concepts: New evidence from Wichí children and adults. *Journal of Cognition and Culture*. 12, 339–358.

Taverna, A. S., Medin, D. L., y Waxman, S. R. (2016). “Inhabitants of the earth”: Reasoning about folkbiological concepts in Wichi children and adults. *Journal of Early education and development*, 27, 8, 1109-1129.

Taverna, A. S. y Waxman, S. R. (2017). Noun and verb acquisition in young Wichi children: New evidence from an indigenous Amerindian community. *Actas de la Conferencia SLE (Societas Linguistica Europaea)*, Zurich, Suiza.

VI.

**Psicología Educacional
y Psicología Educativa**

Rehenes discursivos

Silvina Brunno

Psicóloga y Profesora en Psicología

Psicología Educacional

Cátedra Psicopatología y Neurofarmacología - Facultad de Psicología (UNR)

Resumen

En las instituciones educativas de nivel primario se presentan situaciones cada vez más frecuentes que tienen como protagonistas a niños “descontrolados”.

De acuerdo a lo relatado por docentes y directivos, en la mayoría de los casos existe una explícita dificultad en hacer lazo, reconocer al adulto como tal y soportar algún límite de convivencia.

Entendiendo a la escuela como una institución social, la pregunta que surge en los pasillos y en las reuniones es qué hacer con esos niños que golpean, rompen, muerden y arrojan objetos entre otros despliegues cada vez más sofisticados.

Dentro del discurso pedagógico la concepción de alumno estuvo muy alejada del niño que ingresa hoy a las aulas, y es esa concepción la que los docentes han construido. Un niño dispuesto al aprendizaje y respetuoso de las normas es la premisa que guía a gran cantidad de propuestas educativas.

La psicología, como disciplina, al desarrollar enfoques acerca de la constitución subjetiva y la patología en la infancia, tendría algo para sumar a las complejas situaciones que se presentan en las escuelas, entendiendo que habitualmente la misma es caja de resonancia del contexto.

El aumento de la patologización y de medicalización en la infancia nos hace suponer que algo entre ambos discursos falla dejando a

los más vulnerables, los niños, como rehenes discursivos de ambas disciplinas.

Este escrito intentará aproximarse a una problemática que se relaciona con la práctica profesional en dos disciplinas, que parecen no darse tregua.

Palabras clave: Instituciones Educativas - Niñez - Patologización - Formación profesional.

Rehenes discursivos

En ocasiones un recorte, una escena en el pasillo de una escuela puede causar el impulso necesario para que todos los actores que la conforman se pregunten acerca de su estar allí.

“Juan es un alumno muy impulsivo, arroja útiles, muerde, golpea y se escapa del aula. Para mí es imposible de contener... ya no sé qué hacer” dice una docente acerca de un niño de 7 años, alumno de 2° grado.

En la escena aparece Juan mirando fijamente a otro niño y a pesar del intento de su maestra de evitar el encuentro, logra con su puño cerrado impactar en la cara del niño que no estaba atento a ese movimiento. Ante el silencio posterior al golpe y la mirada atenta de los compañeros hacia la docente, una niña dice que Juan creyó que ese niño le había sacado una pinturita.

Esta escena en la actualidad de las instituciones educativas no es poco habitual: Niños que agreden a compañeros y docentes, que presentan dificultad en centrar la atención o sostener una actividad. Niños que parecen no registrar la figura de adultos, que despliegan las mismas acciones con docentes y con compañeros.

Es interesante observar los movimientos que provocan estas situaciones, generando inquietudes que merecen un especial análisis. En esta oportunidad el análisis se asociará principalmente a discursos que atraviesan las infancias, entre otros tantos, el discurso Pedagógico y el discurso Psi. Discursos que de acuerdo a mi experiencia en algunas oca-

siones sufren desencuentros que dejan huellas subjetivas en los más vulnerables, en este caso los niños.

Me refiero al término discurso como práctica significativa, no solo aquella que está directamente ligada al habla o la escritura. Esto implicaría un equivalente a la “producción social de sentido” (Laclau, 2004, p180).

El discurso educativo tiene sus propias reglas de producción: su relación con los docentes, la definición de su historia, las didácticas, sus principios básicos. Desde el discurso pedagógico materializado en el docente, se origina una contradicción, un conflicto ineludible entre el niño que habita las aulas y el “alumno” que debería estar allí. Ese niño no coincide con la caracterización prototípica del aprendiz.

La falla en la apropiación por parte del niño de las reglas explícitas e implícitas que se despliegan en las instituciones educativas, de lo que se ha denominado “gramática escolar” (Tyack & Cuban, 2001), es interpretado como una señal de alerta en docentes y directivos.

Philippe Merieu (2009) describe muy elocuentemente que en las instituciones educativas prevalece el oficio de ser alumno, asumiendo como riesgo la adaptación a los códigos formales por delante del dominio de los conocimientos. Las rutinas escolares y los tiempos dispuestos para los aprendizajes aparecen como premisas en las frases docentes que marcan como un gran obstáculo en su planificación la irrupción de otras conductas no esperadas.

Esta situación cobra mayor sentido si partimos de la concepción que la institución educativa se presenta desde sus orígenes como una institución homogeneizadora (Pineau, 2007) por lo tanto cuando los niños devienen “alumnos” en el ámbito escolar, y sus manifestaciones se alejan de lo esperable, aparece gran malestar. A ese malestar que las mismas provocan se le suma la fatiga de una práctica que en pleno siglo XXI coloca a un solo adulto como responsable de 30 infancias todas distintas, todas únicas.

La figura del maestro cobra relevancia en la investigación de Duschatzky y Corea (2002) reflejando en sus relatos la impotencia subjetiva que los docentes manifiestan ante las situaciones que se presentan con los niños en la actualidad. Sin herramientas para trabajar con niños

“difíciles” desde un discurso que impotentiza lo diferente, comienza a perfilarse otra lectura, que surge desde otra disciplina.

La patologización y la consecuente medicalización de la vida cotidiana han ido invadiendo progresivamente el territorio de las infancias. Desde hace una década aproximadamente, tal vez dos, se comienza a visualizar una tendencia creciente a abordar problemáticas que se ponen en acto dentro del ámbito escolar, a partir de diagnósticos realizados por “profesionales” de la salud mental.

El campo médico ha expandido sus fronteras cada vez más difusas hacia temas que podrían considerarse sociales y ha creado clasificaciones para las manifestaciones infantiles que pueden transformar peligrosamente conflictos generados por el entorno del niño en problemas de causa orgánica.

Caponi (2013) señala que la psiquiatría, las neurociencias y la farmacología están ganando legitimidad social, respecto a la demanda de generar diagnósticos en trastornos mentales en la infancia tales como depresión, trastorno bipolar o TDAH, con el peligro de englobar cada vez a un número mayor de individuos.

El riesgo de que los niños sean rápidamente diagnosticados y medicados es, entre otros, la dependencia que puede generar en la vida adulta la necesidad de diagnósticos y tratamientos psicofarmacológicos así como el estigma de efecto retroactivo por haber sido medicalizado, habiéndose producido una separación del niño respecto a su propia infancia. Desde este enfoque los problemas del estado de ánimo o los comportamientos pueden estar dentro de los denominados trastornos mentales o dentro de una lógica de des-socialización, como también la medicación o la mercantilización de la salud pueden disimular las relaciones sociales que se vinculan con el sufrimiento.

En esta perspectiva las actitudes, las manifestaciones de Juan como la de muchos otros niños tienden a ingresar en una lógica de interpretación patológica.

De este modo se abre un nuevo campo de intervenciones sobre la infancia, el cual asume diversos matices, medicalización/acompañante terapéutico/docente integrador. En la misma línea, desde ya que sabemos que, si bien materialmente no son iguales, comparten una lógica

que los iguala, respondiendo a lo que podemos denominar prácticas de la “Medicalización”.

Fernández (2010) destaca que el uso de psicofármacos en niños y adolescentes constituye una de las áreas más controvertidas en la psicofarmacología general. Señala que la psiquiatría infantil debe reconocer el medio en el que el niño vive y no debe considerarlo como un ser aislado, ya que es un sujeto que se abre a la experiencia y se va construyendo sobre sus propias contradicciones, el niño se convierte en un sujeto activo del mundo circundante.

En consonancia con estos planteos Bleichmar (2008) sostiene que la problemática de la medicación que se instala desde la patologización de la vida cotidiana, con la prescripción de psicofármacos a niños, trae como consecuencia que se denomine por ejemplo “hiperquinéticos” a la mayoría de los niños que se “mueven mucho”. Desde esta perspectiva la psiquiatrización y la medicalización pueden ser entendidas también como peligrosas formas de des-subjetivación.

En el estudio realizado por Faraone et al. (2010) encontraron que el consumo de psicotrópicos en niños diagnosticados con cuadro de TDAH (trastorno de atención con hiperactividad) es un modelo de cómo ciertas conductas y/o situaciones que antes no eran medicalizadas hoy son parte de los circuitos de tratamiento médico en el que tienen mayor importancia el consumo de fármacos como terapéutica.

Atendiendo a las particularidades de cada caso, es imperante cuestionarse desde la formación en psicología, qué está ocurriendo con nuestros niños y por qué la medicina ha podido invadir un espacio propio de intervención profesional.

Los avatares de la constitución subjetiva, las manifestaciones sintomáticas y los conflictos desplegados en los vínculos han sido competencia profesional del psicólogo.

Generalmente los profesionales psi que asisten a los niños “difíciles” en escasas oportunidades tienen visibilidad en el ámbito escolar, lugar en donde generalmente se constituye la demanda.

Es relevante mencionar que en la cotidianeidad el discurso *Psi* no ingresa a la escuela, no atraviesa sus muros, ni dialoga con los docentes. Se materializa en el mejor de los casos en algún informe que llega al

maestro describiendo a un niño “de consultorio”, anudado al relato de sus padres respecto a lo que ocurre en la escuela. También podrían sumarse al desencuentro, los juicios de valor generalmente negativos que los terapeutas realizan de las instituciones educativas, nutriendo a las familias en un enfrentamiento con la escuela sin concesiones. En los relatos aparece una interpretación cristalizada de la educación ligada solo a lo disciplinar de la escuela, al disciplinamiento de los “cuerpos dóciles”, haciendo obstáculo para encontrar al niño en relación a los vínculos en ese ámbito.

Desde una perspectiva etnográfica, Elsie Rockwell (2009), entiende que la reproducción académica de teorías o perspectivas desligadas de las distintas realidades sociales, también se ha construido en un obstáculo epistemológico.

Volver a la escena en la que Juan agrede a otro niño, desde otras perspectivas, otras lecturas, salir de esa reproducción de modelos habilitando otras interpretaciones que le otorguen al niño sentido a sus actos. No caer en la tentación de utilizar interpretaciones ya confeccionadas de las instituciones educativas que opaquen la singularidad de lo que allí ocurre.

En consonancia con este aspecto controversial en el que se ve enmarcada la escuela, con la sospecha de cargar con la responsabilidad de lo que ocurre en nuestras sociedades, existen otras miradas que legitiman su tarea.

El mundo le pide a la escuela que cumpla con su estirpe civilizador, que *ciudadanice*, que abra el horizonte del trabajo, que sea inclusiva, que genere valores de aceptación y pacificación, que cree una atmósfera de armonía y convivencia. La cuestión es que el mismo mundo que le exige todo esto a la educación, es un mundo incapaz de realizarlo. Mientras la escuela intenta afirmar la vitalidad, la diferencia y el estar-juntos; el mundo, burdamente representado por sus mecanismos de mediatización informativa, sólo aporta la estética de la violencia, la postergación de lo humano, el folklore de lo bizarro (Skliar, 2011, p. 2).

Miradas que distan de una interpretación unívoca de la función de las instituciones educativas, habilitan pensarlas según Kaplan (2002) como práctica sociocultural que permite a quienes la transitan experiencias de socialización y de constitución subjetiva.

Reconocer a la escuela como institución social y socializante, nos hace interrogar acerca de las manifestaciones que los niños presentan en esos espacios, en ocasiones únicos lugares exogámicos, asumiendo que “la escuela sigue siendo el ámbito que, por excelencia los niños y jóvenes utilizan para mostrar lo que les pasa” (Osorio, 2008, p.88). Reconocer la importancia en la función docente y en los otros niños de la alteridad (Vygotsky, 1978). La figura del docente en la escuela tiene la función explícita de intervenir en el proceso de aprendizaje y por lo tanto de desarrollo. Desde este enfoque la escuela no asume una posición neutral, pero el rol de quien está intencionalmente asumiendo la enseñanza de los saberes culturales es protagónico. El docente se entiende como agente en la recreación cultural y como negociador de sentidos.

La apuesta estaría ligada a un encuentro interdiscursivo profesional entre terapeuta y docente, resituar la mirada, ampliando el eje desde el niño que agrede hacia las condiciones de su contexto que favorecen esa constitución subjetiva, construir una propuesta que evite la tentación de atribuirle la responsabilidad última, evitando la fácil rotulación que se generan desde los enfoques medicalizantes.

Crear un espacio de intervención que anude las perspectivas de los adultos responsables padres, docentes y psicólogos conformando una red que aloje al niño en su vulnerabilidad. Una red que permita sostenerlo desde las múltiples perspectivas, una red que reconozca su sufrimiento, que quiebre los discursos envidiosos que lo retienen como rehén de la impotencia, de la sospecha, del prejuicio, del “encierro argumental” (Terigi, 2008).

Hacer un análisis desde su mundo cercano, sus lazos, sus representaciones, habilitando también la escucha de quienes transitan con los niños parte de su jornada, ampliar la mirada y explorar escenarios posibles, entre otros aspectos, serían un buen intento de propiciar la liberación de los rehenes discursivos.

Bibliografía

Bleichmar, S. (2008). *Violencia social-violencia escolar. De la puesta de límites a la construcción de legalidades*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

Brzozowski, F.S. y Caponi, S. (2013). Medicalizaçãodos desviosde comportamentona infância:aspectos positivos e negativos. *Psicologia: ciência e profissão*, 33 (1), 208-221.

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

Faraone, S. (2012). Medicalización de la infancia en el marco de la globalización en salud. *Memorias Convención Internacional de Salud Pública Cuba, La Habana*.

Fernández J. (2010). ¿Cuándo se medica a un niño? Capitalismo, sujeto y lazo social. *Teoría y Clínica Psiquiátrica*. XXIV Jornadas de Residentes de Psicología y Psiquiatría de la Provincia de Buenos Aires.

Foucault, M. (1989). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Kaplan, Carina (2002): *La escuela: una segunda oportunidad frente a la exclusión*. Buenos Aires. Argentina. Novedades Educativas.

Laclau, E. y Chantal, M. (2004). *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Merieu, P. (2009). *Una llamada de atención. Carta a los mayores sobre los niños de hoy*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Osorio, F. (2008). *Violencia en las escuelas. Un análisis desde la subjetividad*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

Pineau, P. (2007). *La escuela como máquina de educar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Rockwel, E. (2011). *La experiencia etnográfica. Historia y cultura de los procesos educativos*. Buenos Aires, Argentina. Paidós.

Ruggiero, M.L. (2009). *Porqué se pelean los chicos en la escuela. Cómo se desencadenan los conflictos*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.

Skliar, C. (2011). *Educar a cualquiera y a cada uno. Sobre el estar-juntos en la educación*. VI jornadas de cooperación educativa con Ibe-

roamérica sobre educación especial e inclusión educativa. Publicado por la Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (OREALC/UNESCO Santiago).

Terigi, F. (2008). Lo mismo no es lo común: la escuela común, el currículum único, el aula estándar, y otros esfuerzos análogos por instituir lo común. En Frigerio, G. y Diker, G., *Pensar lo común*. Buenos Aires, Argentina: Del Estante.

Tyack, D. y Cuban, L. (2001). *En busca de la utopía. Un siglo de reformas de las escuelas públicas*. México D.F. Fondo de Cultura Económica.

Interacción e intersubjetividad: investigando sus beneficios en el ámbito educativo

Nadia Peralta

Dra. en Psicología

Psicología Educativa – Socioconstructivismo

Cátedra Desarrollos Psicológicos Contemporáneos A - Facultad de Psicología
(UNR)

Mariano Castellaro

Dr. en Psicología

Psicología Educativa- Socioconstructivismo

Cátedra Metodologías y Gestión de la Investigación en Psicología - Facultad de
Psicología (UNR)

Resumen

Los estudios sobre Interacción Sociocognitiva -originados fundamentalmente en la Psicología socioconstructivista europea- llevan más de cuatro décadas. Desde sus inicios, esta línea ha atravesado cambios teóricos y metodológicos, aunque siempre se sostuvo sobre dos pilares conceptuales básicos: la experiencia de interacción social como promotora del desarrollo cognitivo y del aprendizaje, y la superioridad de las actuaciones interindividuales por sobre las individuales. A nivel local, esta tradición ha sido retomada y se mantiene actualmente en nuestras prácticas. Sus fundamentos teóricos resultan de la confluencia entre diferentes perspectivas: la Teoría del Conflicto Sociocognitivo (Escuela de Psicología Social de Ginebra), la Teoría de la Intersubjetivi-

dad (Enfoque histórico-cultural), la Teoría del Aprendizaje Colaborativo y la Teoría de la Argumentación. En los últimos años hemos realizado diferentes estudios enfocados en dos poblaciones: niños en edad escolar y estudiantes universitarios. En el primer caso, nos centramos en los factores evolutivos y psicosociales de la colaboración infantil entre pares involucrada en la resolución de diferentes tareas. En el segundo caso, nos enfocamos en el análisis del conflicto sociocognitivo, la colaboración, la argumentación dialógica oral y escrita, y su enseñanza. A partir de estos trabajos, cuya impronta metodológica se caracteriza por la combinación entre los enfoques clínico y cuasi-experimental, pretendemos proporcionar nuevas evidencias al campo de conocimiento mencionado y contribuir a la mejora de las estrategias involucradas en diversos ámbitos educativos. El presente capítulo presenta las perspectivas teóricas básicas de nuestro trabajo y desarrolla las principales conclusiones obtenidas a partir de éste.

Palabras clave: Interacción sociocognitiva - Intersubjetividad - Desarrollo cognitivo - Aprendizaje.

Podría afirmarse con seguridad que la interacción social constituye uno de los temas más estudiados por la Psicología. Esto se manifiesta con claridad en la vasta producción de libros, artículos y demás escritos relacionados con el tema. Asimismo, las investigaciones al respecto se han dado desde diversos modelos teóricos y, por consiguiente, desde diversas aproximaciones metodológicas. En síntesis, el campo de *lo social* constituye un gran paraguas que abarca múltiples enfoques y miradas.

Nuestras investigaciones se insertan en esa gran área de *lo social*, aunque desde una identidad teórico-metodológica específica. Así, nuestro interés por el *inter-actuar* (actuar *con o entre* otro/s) está acotado a un marco bien delimitado: el de la construcción de estructuras (sobre todo, de pensamiento) durante el desarrollo psicológico, y la construcción de conocimientos formales en el ámbito escolar y universitario. En otras palabras, el foco está puesto en los aspectos sociales, interactivos y cognitivos –léase, *socio-cognitivos*- implicados en los aspectos men-

cionados. De esta manera, nos ubicaríamos en una zona de intersección entre psicología social, psicología de la educación y psicología del desarrollo (cognitivo).

Aunque son diversos los postulados teóricos que sostienen nuestro edificio conceptual, a modo de resumen podrían mencionarse dos centrales: (a) la experiencia de interacción social como promotora *clave* del desarrollo cognitivo y del aprendizaje de conocimientos; (b) la superioridad de las actuaciones interindividuales por sobre las individuales. En este sentido, el punto de partida es contundente: los cambios centrales a nivel de desarrollo o de construcción de conocimientos necesariamente ocurren en contextos interactivos, más específicamente, *inter-subjetivos*. Sin embargo, por contrapartida, también sostenemos que el interactuar con otros no siempre se asocia con una mayor calidad en estos procesos de construcción. Precisamente, esto se debe al hecho de que la relación entre ambos aspectos (interacción social y construcción intelectual) está regulada por múltiples variables (Castellaro y Dominino, 2011), las cuales también son objeto de nuestros trabajos.

El presente capítulo está sub-dividido en dos apartados. El primero se centra en los estudios con niños en edad escolar, específicamente, en el análisis de los factores evolutivos y psicosociales que intervienen en la colaboración infantil entre pares. El segundo se enfoca en estudiantes universitarios, concretamente, en investigaciones orientadas a analizar el conflicto sociocognitivo, la colaboración y la argumentación.

Factores evolutivos y psicosociales de la colaboración infantil entre pares

Una de nuestras líneas de investigación se ocupa del estudio de la interacción colaborativa infantil entre pares. Aquí debe notarse que ya no se habla de “interacción social” en sentido general sino de *interacción colaborativa*. El concepto de colaboración refiere puntualmente al proceso por el que dos o más individuos realizan conjuntamente una actividad compartida en función de un objetivo colectivo (Fawcett y Garton, 2005). Esta noción guarda una relación directa con el concepto

de *intersubjetividad* (Rogoff, 1993), es decir, la construcción de un campo de significación compartida en relación a una tarea o actividad, de carácter primario e irreductible. El lenguaje (que incluye elementos verbales y no verbales) constituye el soporte básico de la intersubjetividad, a partir de su función comunicacional (Mortimer y Wertsch, 2003) y regulatoria (Grau y Whitebread, 2012).

Además, la colaboración es analizada *entre pares*, es decir, entre individuos de edades y/o condiciones similares entre sí. Esta aclaración es importante porque la colaboración no constituye un fenómeno exclusivo de las interacciones simétricas entre iguales (Tomasello, 2009). Por el contrario, existen otras situaciones de colaboración -de una importancia clave para el desarrollo y el aprendizaje- de carácter asimétrico, como ser la relación entre el niño y los padres, o entre el niño y sus maestros. Así, nuestro foco está puesto en la matriz social también fundamental para el desarrollo y el aprendizaje, que coexiste y se complementa con otras matrices mayormente vinculadas al adulto.

Principales resultados de investigaciones

1- Microanálisis de la interacción colaborativa infantil en distintas edades, contextos socioeconómicos y tareas

El objetivo fue realizar un microanálisis de las características diferenciales que asume el proceso de colaboración entre pares en distintas franjas etarias, niveles socioeconómicos y tareas. Las franjas etarias abordadas fueron cuatro, ocho y doce años, analizadas en dos contextos socioeconómicos (favorecido y desfavorecido) y en dos tareas de manipulación física de materiales (construcción con bloques de un modelo de casa y dibujo libre colaborativo). La muestra definitiva, seleccionada intencionalmente de tres escuelas de la ciudad de Rosario (Argentina), estuvo compuesta por 82 niños (41 díadas). Los principales resultados refirieron a:

(a) *la modalidad social de realización de la tarea* (Castellaro y Roselli, 2014, 2015a). Se identificaron siete patrones interactivos, que fueron desde la disociación (las acciones de ambos compañeros no están inte-

gradas en función de un objetivo común) hasta formas de coordinación intersubjetiva más integradas, por ejemplo, la cooperación (las acciones de ambos compañeros se orientaron a un fin compartido, en base a una división de funciones), pasando por situaciones intermedias. Las principales variaciones de la modalidad social de realización de la actividad se registraron entre los cuatro y ocho años, independientemente del contexto socioeconómico y de la tarea.

(b) *el intercambio lingüístico-semántico durante la interacción* (Castellaro y Roselli, 2014, 2015b). Las principales variaciones se expresaron en dos sentidos. Por un lado, entre los cuatro y ocho años, en ambos contextos socioeconómicos y tareas (tal como se observó en el análisis previo). Por el otro, en función del contexto socioeconómico, aunque diferencialmente al interior de cada franja etaria: a los cuatro años dichas distinciones sociales se observaron únicamente sobre los mensajes de organización general de la actividad, en ambas tareas; a los ocho años, las diferencias se registraron en la mayoría de los mensajes, sobre todo en la tarea de construcción; a los doce años, esta tendencia se mantuvo pero en menos categorías verbales que en los ocho años.

(c) *el proceso de articulación (regulación) entre verbalización y acción* (Castellaro y Roselli, 2012). Se identificaron tipos básicos de articulación entre ambos planos, que reconocieron una gradación desde un nivel más primario de escasa regulación cognitiva, a un nivel de mayor reflexividad y control sobre la tarea.

2- Resolución colaborativa de problemas lógicos en situaciones simétricas y asimétricas de competencia epistémica

El objetivo fue analizar la resolución verbal colaborativa de problemas lógicos en diadas, y su relación con el avance cognitivo individual, en función de la simetría y asimetría (similitud o diferencia) entre los niveles de competencia específica de los compañeros de trabajo. El interés por la cuestión se fundamenta teóricamente en que, considerando que la interacción colaborativa es estudiada en relación al desarrollo de una habilidad determinada y, por consiguiente, en el marco de una tarea puntual, es postulable que el grado de igualdad/desigualdad entre las competencias específicas de los compañeros se asocie con

una particular modalidad interactiva y, consiguientemente, a una menor o mayor posibilidad de aprendizaje individual derivado (Asterhan, Schwarz y Cohen-Eliyahu, 2014).

Participaron 72 alumnos de quinto y sexto grado (edad, $M = 11$ años, 3 meses; $SD = 7$ meses) quienes resolvieron un conjunto de ítems lógicos (del tipo matrices progresivas), primero individualmente y luego junto a un compañero. Se conformaron díadas integradas por compañeros con similares y diferentes niveles de competencia (simétricas y asimétricas, respectivamente). Entre los principales resultados cabe destacar: (a) el volumen y distribución (entre los compañeros) de argumentos durante la interacción se asociaron significativamente con una mayor posibilidad de aprendizaje individual derivado, más allá de la condición simétrica o asimétrica (Castellaro y Roselli, 2018a); (b) la simetría (o asimetría) en la díada se reflejó en el aporte (más o menos equilibrado, respectivamente) de mensajes argumentales por parte de los compañeros de trabajo (no así en el resto de las categorías; Castellaro y Roselli, 2018b); (c) se observaron diferencias casuísticas más sutiles que permitieron profundizar en la comprensión de las tendencias generales señaladas (Castellaro y Roselli, 2018b).

Conflicto sociocognitivo y argumentación

Realizar una tarea con un compañero, en términos de colaboración, es una de las acciones más beneficiosas para la actividad sociocognitiva de los sujetos (Beers, Boshuizen, Kirschner y Gijsselaers, 2007; Dillenbourg y Traum, 2006). Por supuesto, interactuar con otros con el fin de alcanzar un objetivo puede generar diferentes situaciones, favorables o no para los sujetos. Entre los factores que potencian estos beneficios de la interacción se encuentra el conflicto sociocognitivo, uno de los aspectos indagados en nuestras investigaciones.

La investigación sobre el conflicto sociocognitivo se remonta a los orígenes de la Escuela de Ginebra a partir de los años 70 (Mugny y Doise, 1983), y en la actualidad se han retomado y resignificado en diferentes ámbitos (Staerklé y Butera, 2017). En tanto teoría heredera de una

visión piagetiana del conflicto, pero enriquecida por los aportes vygotskianos, sostiene que si las acciones de uno se coordinan con las de otro, el sujeto enriquece sus operaciones (Perret-Clermont, 1984). Ciertas interacciones sociales actúan como inductoras y permiten la elaboración de nuevas organizaciones cognitivas. En este marco, el conflicto socio-cognitivo es definido como un conflicto de puntos de vistas sobre una situación o tarea (fundamentados cognitivamente) que se manifiesta en el transcurso de una interacción social (Peralta, 2010 y Peralta, 2012).

En general, la literatura coincide en que los progresos derivados del conflicto sociocognitivo son duraderos y permiten al sujeto tomar conciencia de que existen respuestas diferentes a la suya, posibilitando la elaboración de una respuesta cognitiva nueva. En este sentido, Darnon, Doll y Butera (2007) plantean que el conflicto sociocognitivo puede ser comprendido como la clave del desarrollo cognitivo, la curiosidad epistémica, las estrategias de razonamiento y la calidad del razonamiento o del aprendizaje, es decir, involucra a los participantes en un verdadero diálogo argumentativo.

Según Baker (1998), la argumentación es un tipo de interacción en la cual los sujetos proponen argumentos a favor o en contra de determinada posición y son guiados para examinar y reflexionar sobre sus puntos de vista y los de sus compañeros respecto a un tema en particular. Como resultado, los puntos de vista individuales suelen enriquecerse a partir de una comprensión más profunda del tema. Esta perspectiva interaccionista comprende la argumentación como una actividad psicosocial que beneficia a los sujetos en términos cognitivos (Felton y Kuhn, 2001) dado que compromete a los sujetos en la posibilidad de un cambio epistémico y la negociación de un sentido más elaborado.

En ese contexto, partimos del principio socioconstructivo que sostiene que el diálogo argumentativo es el marco ideal para la construcción del conocimiento (Perez-Echeverría, Postigo y García-Milá, 2016). Leitão (2000) plantea que la argumentación puede ser entendida como un modo racional de enfrentar un conflicto que requiere, por un lado, de la producción de un discurso para definir y justificar una posición y, por el otro, supone que quienes argumentan examinen sus posiciones a la

luz de las posiciones de los otros, lo cual los compromete en un proceso social, con una finalidad y contexto determinados.

Por estos motivos es que consideramos fundamental analizar la argumentación en estudiantes universitarios desde la perspectiva interaccionista, por medio de diseños que permitan aportar datos empíricos para dilucidar sus posibles beneficios.

Principales resultados de investigaciones

1- Conflicto sociocognitivo y aprendizaje académico

El objetivo del estudio fue incentivar en diadas de estudiantes universitarios el conflicto sociocognitivo en el aprendizaje colaborativo de conceptos. El incentivo del conflicto sociocognitivo estuvo a cargo de un investigador que garantizaba la simetría de la participación, la evaluación mutua y la explicitación de las diferencias cognitivas. Con el objetivo de evaluar las producciones escritas que los alumnos realizaban durante el aprendizaje y el efecto de aprendizaje logrado, se constituyeron tres grupos: uno experimental, formado por diadas colaborativas que fueron intervenidas por el investigador, y dos grupos control –uno constituido por diadas que también trabajaron colaborativamente pero sin intervención y otro por sujetos que trabajaron solos y que tampoco fueron intervenidos. La muestra estuvo constituida por 120 estudiantes de primer año de la universidad, 60 de ciencias exactas (Física) y 60 de ciencias sociales (Psicología). Los resultados generales demostraron que el incentivo del conflicto sociocognitivo (es decir, su enseñanza) favorece el aprendizaje logrado y la producción escrita de los sujetos (Peralta, Roselli y Borgobello, 2012 y Peralta y Roselli, 2016).

2- Modalidad argumentativa en función del tipo de tarea y tamaño del grupo

El objetivo del trabajo fue analizar el efecto del tamaño del grupo (diadas y tríadas) y el tipo de tarea (lectura de tablas de frecuencia, determinación causal de un fenómeno físico, toma de decisión en una situación dilemática y determinación causal de un fenómeno social)

sobre las modalidades argumentativas producidas por los sujetos (individualista, dialógica y no argumentativa). Los resultados mostraron que en las díadas predomina la argumentación individual, en el sentido de que, si bien los sujetos expresan sus propios argumentos, no hay una auténtica interacción argumentativa, ya que hay escasas evaluaciones y contra-argumentaciones recíprocas. En cambio, en las tríadas, prevalecen las argumentaciones dialógicas, lo que implica que hay una retroalimentación constante entre los puntos de vista de los sujetos involucrados.

Respecto al tipo de tarea, se pudo observar que, en general, genera tipos específicos de interacciones argumentativas: las tareas lógicas y de conocimiento objetivo (Causa Física) favorecen las resoluciones dialógicas argumentativas de consenso, en tanto que las tareas opinión (Toma de Decisión y Causa Social) propician performances más individualistas centradas en la expresión y reiteración de los propios argumentos, sin generar un intercambio recíproco basado en la mutua evaluación y contra-argumentación (Peralta y Roselli, 2017).

3- El proceso de argumentación dialógica y sus efectos cognitivos individuales en tareas paradigmáticas.

El objetivo del estudio fue analizar el estilo, la competencia y la dialogicidad argumentativa en diferentes dimensiones de interacción; díadas con y sin asistencia (andamiaje de la dialogicidad) del investigador e individuos, en tareas que presentan situaciones dilemáticas. En dicho estudio, los sujetos (en díadas) discutieron y argumentaron respecto de una situación dilemática según dos modalidades: libre (sin pautas de interacción) o asistida (por el investigador). En estas últimas, la intervención del investigador tuvo como objetivo apuntalar la interacción para mejorar la calidad argumentativa. Los resultados mostraron avances en las díadas asistidas en cuanto a las tres dimensiones evaluadas: estilo argumentativo, competencia argumentativa y dialogicidad. Se concluyó que la asistencia de la argumentación, o de sus cualidades interactivas, tiene efectos beneficiosos para los sujetos (Peralta y Roselli, 2018).

A modo de cierre

En la actualidad, además de continuar con los trabajos descriptos, estamos realizando diversas investigaciones en las dos grandes áreas delimitadas en este capítulo. En el caso de educación primaria, estamos explorando la colaboración entre pares en un contexto poco indagado en ese sentido: la comprensión, construcción y uso de sistemas de representación externa. Desde un enfoque interaccionista del conocimiento, éste involucra necesariamente diferentes mediaciones representacionales externas que sostienen el pensamiento y son transmitidas culturalmente (Pérez, Martí y Pozo, 2010). Comenzamos por estudiar la comprensión colaborativa de un tipo particular de sistema: las tablas de frecuencia. En general, las investigaciones sobre comprensión de tablas en educación primaria y secundaria analizan situaciones individuales (resolución solitaria). El presente proyecto pretende trasladar este tipo de estudios a escenarios intersubjetivos.

Por su parte, en el caso de los estudiantes universitarios, los estudios actuales se centran en analizar la argumentación y comprensión colaborativa de tabla de frecuencia en estudiantes ingresantes de psicología, estudiar la complejidad argumentativa en escritos de estudiantes ingresantes y avanzados de psicología, y finalmente, la elaboración de un plan de intervención de enseñanza de la argumentación escrita que se llevará a cabo durante el próximo año en la Facultad.

Bibliografía

Asterhan, C., Schwarz, B., y Cohen-Eliyahu, N. (2014). Outcome feedback during collaborative learning: Contingencies between feedback and dyad composition. *Learning and Instruction, 34*, 1-10.

Baker, M. (1998). Interacciones argumentativas y aprendizaje cooperativo. *Escritos. Revista del Centro de Ciencias del Lenguaje, 17-18*, 133-167.

Beers, P.J., Boshuizen, H.P., Kirschner, P.A., y Gijsselaers, W.H. (2007). The analysis of negotiation of common ground in CSCL. *Learning and Instruction, 17*, 427-435.

Castellaro, M., y Dominino, M. (2011). El proceso colaborativo en niños de escolaridad inicial y primaria. Una revisión de trabajos empíricos. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2), 121-145.

Castellaro, M., y Roselli, N. (2012). La regulación cognitiva de la acción en una tarea de construcción colaborativa con bloques, en díadas de niños de entre ocho y doce años. *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad*, 11(1), 226-251.

Castellaro, M., y Roselli, N. (2014). Estudio exploratorio de la interacción colaborativa infantil en la realización de dibujos libres. *Pensamiento Psicológico*, 12(2), 37-56.

Castellaro, M., y Roselli, N. (2015a). Peer collaboration in children according to age, socioeconomic context and task. *European Journal of Psychology of Education*, 30, 63-80.

Castellaro, M., y Roselli, N. (2015b). Comunicación verbal entre pares en una tarea colaborativa en tres franjas etarias y dos contextos socioeconómicos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 879-891.

Castellaro, M., y Roselli, N. (2018a). Interacción sociocognitiva entre pares en situaciones simétricas y asimétricas de competencia epistémica. *Revista de Psicología*, 36(1), 333-365.

Castellaro, M., y Roselli, N. (2018b). Resolución colaborativa de problemas lógicos en condiciones de simetría y asimetría cognitiva. *Revista Propósitos y Representaciones*, 6(1).

Darnon, C., Doll, S., y Butera, F. (2007). Dealing with a disagreeing partner: Relational and epistemic conflict elaboration. *European Journal of Psychology of Education*, 22(3), 227-242.

Dillenbourg, P., y Traum, D. (2006). Sharing Solutions: Persistence and Grounding in Multimodal Collaborative Problem Solving. *Journal of the Learning Sciences* 15(1), 121-151.

Fawcett, L., y Garton, A. (2005). The effect of peer collaboration on children's problem-solving ability. *British Journal of Educational Psychology*, 75(2), 157-169.

Felton, M. y Kuhn, D. (2001). The development of argumentative discourse skill. *Discourse Processes*, 32(2-3)135-153, 2001.

Grau, V., y Whitebread, D. (2012). Self and social regulation of learning during collaborative activities in the classroom: The interplay of individual and group cognition. *Learning and Instruction, 22*, 401-412.

Leitão, S. (2000). The potential of argument in knowledge building. *Human Development, 43*(6), 332-360.

Mortimer, E., y Wertsch, J. (2003). The architecture and dynamics of intersubjectivity in science classrooms. *Mind, Culture and Activity, 10*(3), 230-244.

Mugny, G., y Doise, W. (1983). *La construcción social de la inteligencia*. México: Editorial Trillas.

Peralta y Roselli, (2018/en prensa). Estudio quasi-experimental de argumentação em situações dilemáticas em diferentes condições de interação. *Revista Eletrônica de Estudos Integrados em Discurso e Argumentação, 15*.

Peralta, N. (2010). Teoría del conflicto sociocognitivo. De la operacionalidad lógica hacia el aprendizaje de conocimientos en la investigación experimental. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 12*(2), 121-146.

Peralta, N. (2012). Investigar la interacción sociocognitiva en el ámbito educativo: recorrido teórico y resultados empíricos de un estudio en el nivel universitario. *Ensemble. Revista Electrónica de la Casa Argentina en París, 9*(4).

Peralta, N. y Roselli, N. (2016). Conflicto sociocognitivo e intersubjetividad: análisis de las interacciones verbales en situaciones de aprendizaje colaborativo. *Psicología, Conocimiento y Sociedad, 6*(1), 90-113.

Peralta, N. y Roselli, N. (2017). Modalidad argumentativa en función del tipo de tarea y tamaño del grupo. *Cogency. Journal of reasoning and argumentation, 9*(2), 67-83.

Peralta, N.; Roselli, N. y Borgobello, A. (2012). El conflicto sociocognitivo como instrumento de aprendizaje en contextos colaborativos. *Interdisciplinaria 29*(2), 325-338.

Pérez, M., Martí, E., y Pozo, J. (2010). Los sistemas externos de representación como herramientas de la mente. *Infancia y Aprendizaje, 22*, 133-147.

Pérez-Echeverría, M., Postigo, Y. y García-Milá, M. (2016). Argumentación y educación: apuntes para un debate. *Infancia y Aprendizaje*, 39(1), 1-24.

Perret-Clermont, A.N. (1984). *La construcción de la inteligencia en la interacción social. Aprendiendo con los compañeros*. Madrid: Visor.

Rogoff, B. (1993). *Aprendices del Pensamiento. El desarrollo cognitivo en el contexto social*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Staerklé, C. y Butera, F. (2017). *Conflicts constructifs, conflicts destructifs. Regards psychosociaux*. Lausanne: Antípodes.

Tomasello, M. (2009). *Why we cooperate?* Cambridge: MIT Press.

VII.
Supervisión

Una vivencia clínica de la supervisión en Gestalt

Rosana Satriano

Psicóloga

Enfoque Gestáltico

Cátedra Prácticas Profesionales Supervisadas "A" - Facultad de Psicología (UNR)

Resumen

La supervisión, como tercer elemento, se ha entendido tradicionalmente como la herramienta para corregir las deficiencias del terapeuta principiante. Esta concepción que procede del modelo médico, concibe al supervisor desde un posicionamiento jerárquico, como la misma palabra indica: una mirada desde arriba, una visión, la superioridad basada en los conocimientos. En este sentido, las actividades más habituales de la supervisión han sido revisar y precisar diagnóstico, preparar plan de tratamiento y proponer vías de abordaje.

El viraje que puede hacerse desde el Enfoque Gestáltico, como marco teórico integrador, es que en las supervisiones gestálticas, se enfoca en la responsabilidad del terapeuta, en los conflictos terapeuta/paciente que trae al momento de realizarse la misma, se hace hincapié en el "aquí y ahora" y se evita hablar acerca del paciente, para poner la figura en el terapeuta y desde allí observar la relación con este paciente, aquello que el terapeuta, no se "dio cuenta" y obtener más recursos para poder afrontar la práctica clínica. Cuando hablamos de recursos, para el Enfoque Gestáltico, podemos dividirlos en dos: recursos internos y recursos externos. El espacio de la supervisión es un recurso externo, fundamental para ser utilizado a la hora de revisar la práctica.

“La Supervisión, para el Enfoque Gestalt, es uno de los factores, junto con el aprendizaje y el proceso personal, importantísimo e indispensable para la reflexión y la adquisición de la habilidad en el ser terapeuta” (Naranjo, 1990).

Palabras clave: Supervisión - Enfoque Gestáltico - Supervisor/supervisado.

Proceso-producción

Al ser convocada para realizar una producción escrita, como docente de la Facultad de Psicología, como Psicóloga egresada de ésta y luego de haber elegido el Enfoque Gestáltico, como marco teórico desde hace 24 años, me siento honrada por la inclusión y agradecida a todos mis maestros, docentes, terapeutas y supervisores, que acompañaron y acompañan el proceso de mi desarrollo en la profesión.

Cuando entro en contacto con la temática que quiero compartir, me doy cuenta que la “Supervisión Clínica” desde el enfoque Gestáltico, es la elegida.

La mirada Gestáltica, es holística, integradora, presta atención en el aquí y ahora a la relación del Psicólogo con el “campo” (pacientes, familias, instituciones, alumnos, docentes, etc.), por lo tanto la importancia de esta interrelación, es la materia prima llevada al espacio de una supervisión.

Haciendo un poco de historia

El principal artífice de este enfoque, es Fritz Perls quien nació en 1893 y murió en 1970, no fue un personaje de vida sencilla. Al finalizar la escuela secundaria, comenzó a estudiar medicina, luego por los diversos espacios donde se trató, decide hacerse psicoanalista, escribe algo acerca de las resistencias orales y quiere compartirlas con Freud, éste no quiso tener ningún encuentro con Perls, a partir de este suceso entendió que estaba haciendo su propio camino. En 1940 escribe su pro-

pio libro “Yo hambre y agresión”. Recién en 1960, luego de un largo recorrido y a través de su nuevo libro “Sueños y Existencias”, existía el clima propicio para el florecimiento de este enfoque existencial. Da cuenta de una tercera fuerza de la Psicología y ubica a la Gestalt, en la corriente humanista-existencial, quiere decir que pone el acento en el potencial humano, fortaleciendo tres derechos: satisfacer sus necesidades, ser diferente y realizarse. La Gestalt busca una visión integradora, holística, del ser humano, valorizando sus dimensiones afectivas, intelectuales, sensoriales, sociales, espirituales, emocionales y fisiológicas y para esto se nutre de dos corrientes la fenomenología y el existencialismo.

Voy a introducir, con palabras de la Lic. Mabel Allerand, en su libro “Piedra Libre”, lo que significa la palabra Gestalt, así se comprende a medida que este escrito se desarrolle, el marco teórico desde el cual estoy trabajando.

Gestalt significa forma, configuración, estructura. Una persona es una gestalt y una familia es una gestalt. Algo completo en sí mismo y diferenciado de lo demás. El todo es una forma organizada, con algún sentido, todo tiene una estructura y todo en la naturaleza siendo distinto esta relacionado. Estas formas son percibidas y organizadas también por nosotros y mediante nuestra percepción. Percibir es ver, escuchar, sentir, contactar, comprender organizando los estímulos. Cada uno de nosotros organizamos el mundo, de acuerdo con nuestros esquemas previos ¿Cómo percibimos?, ¿cómo organizamos? y ¿si cambiamos la percepción?

Al alcanzar el título de Psicólogo y salir al “campo”, entramos en contacto y nos damos cuenta de la difícil tarea a la cual nos enfrentamos, y es ahí, donde el espacio de “supervisión” nos permite seguir adquiriendo la “habilidad de ser terapeuta”, además del aprendizaje (diferentes formaciones) y del proceso personal (Psicoterapia).

¿Qué es supervisar?

Hay tres preguntas básicas para hacer supervisión: ¿el cómo?, ¿el quién? y ¿el para qué?

Cómo: está relacionado con el estilo de la supervisión, desde el enfoque Gestalt, podríamos hablar de un estilo democrático, que busca simetrizar la relación *supervisor/supervisado*. Fritz Perls, rechazaba todo intento represivo de enseñanza/aprendizaje, consideraba de suma importancia la “responsabilidad”, poder responder a las propias necesidades.

Quién: Los elementos que se diferencia en esa totalidad de la supervisión:

El supervisado

El Supervisor

El material que supervisa

Para qué:

Tiene que ver con nuestros objetivos y supuestos, acerca de nuestra práctica clínica.

¿Cómo se puede supervisar en Gestalt?

Desde el Enfoque Gestalt, la supervisión puede ser: individual, parejas de terapeutas y en grupo.

Mi lugar de supervisado

En mi experiencia personal, en el lugar de supervisado la mayoría de las veces, hice supervisión grupal con colegas, y la experiencia fue muy enriquecedora, ya que a través de la presentación de un paciente para supervisar, lo que trabajábamos era lo que a nosotros como Psicólogos nos pasaba con ese paciente, y al ser grupal contábamos con la resonancia de cada uno de los integrantes, al conectarse con el material traído a ese espacio en ese momento. El enfoque Gestalt, trabaja el rol del terapeuta, en los espacios de supervisión, mira al paciente, pero la figura esta puesta sobre el terapeuta. También en mi vivencia como supervisado, he trabajado con colegas en co-terapia mirando nuestra relación y la tarea que teníamos en común, y así el supervisor nos ayudaba a resolver los conflictos que se nos presentaban.

Mi lugar como Supervisor

En mi lugar de Supervisor, tuve y tengo supervisiones individuales, grupales y de parejas de co-terapia. Funciono, en estas tres maneras de supervisar, como facilitadora en este proceso de integración que llevan adelante los supervisados, frente a sus aprendizajes y a su práctica concreta. Me doy cuenta que mi rol dentro de esos espacios ayuda a que reflexionen, descubran, se conecten, revisen, aprendan, se conozcan en su ser Terapeutas Gestálticos para que todo eso que registran puedan tenerlo como recursos para su desarrollo profesional. Descubrir sus “puntos ciegos” en relación a su paciente, para trabajarlos en sí mismo en pos de mejorar el proceso terapéutico de su consultante ¿y esto que tiene que ver con vos?, pregunta que el Supervisor realiza, para que el supervisado contacte, haga contacto, con lo propio que podría estar interrumpiendo el proceso con su paciente.

Para llevar adelante esta tarea de Supervisor, cuento con ser Psicóloga, ser Terapeuta Gestáltica, mi experiencia clínica y la práctica en la Cátedra PPS A, desde 1998, donde se propone desde la Facultad, la supervisión de los alumnos que eligen el área Gestalt para realizar su práctica, en donde mi rol es aportar y favorecer el aprendizaje del Enfoque Gestalt, para ser aplicado por los futuros profesionales que quisieran trabajar desde este marco teórico. Esta tarea de Supervisor, me conecta con una gran satisfacción de poder desarrollar lo aprendido de una manera diferente, de una forma flexible, de ser facilitadora, y con esto quiero decir, ayudar a entender, conectar, desarrollar, incorporar, poner en práctica esta difícil tarea del ser Psicólogo, y encontrar que se puede mirar y trabajar de acuerdo a lo que cada uno de nosotros elige para llevar adelante la profesión.

Ejercicios-Intervenciones

El Enfoque Gestáltico, toma diferentes ejercicios y maneras de intervenir, para favorecer al trabajo del supervisado, que quiero nombrar ya

que son utilizados por mí en la práctica de los espacios de supervisión que coordino:

- Rol playing
- Catarsis controlada
- Silla caliente
- Preguntas exploratorias
- Revisar las hipótesis de trabajo

¿Cómo es supervisar en grupo gestalt?

Las supervisiones grupales, son muy interesantes, ya que el grupo es la caja de resonancias de cada uno de los que lo forman, y así a través de la vivencia se amplía la conciencia y el aprendizaje, muy rico, muy nutritivo. ¿Cómo se lleva adelante un encuentro de supervisión grupal desde el Enfoque Gestalt?

- Encuentro mensual de dos horas de duración desde Marzo a Noviembre
- Dirigido a Psicólogos formados en el Enfoque Gestalt
- Para favorecer la reflexión, el darse cuenta, el contacto, el aprendizaje, las resonancias, de la práctica clínica de cada uno de los integrantes.
- Se inicia con una centración de apertura del espacio de supervisión, para que cada uno se conecte con sí mismo y con los demás y pueda estar en el aquí y ahora. De esta manera pueden traer a los pacientes que quieren supervisar ese día. La elección en general si es en contacto con lo que le esta sucediendo, es de una situación vivida como problemática, insatisfactoria, que registra el supervisado. Le pido a quien trae la situación que relate la experiencia en primera persona, lo que éste cuenta debe incluir, la tarea profesional concreta, la situación, el suceso, lo que pensó que debía hacer, o quiso hacer y no se animó, qué hizo o dejó de hacer, qué experimentó, cómo se manejó con sus sentimientos, y los de las otras personas, que cuestiones o dudas se planteó y cómo relaciona todo. De esta manera relatándolo en primera persona y haciendo contacto con todo esto el supervisado se hace responsable.

- El resto del grupo y mi lugar como supervisor, después de haber escuchado el relato podemos hacer preguntas para ampliar algo que dentro de cada uno de nosotros puede estar siendo una hipótesis, y así el supervisado puede entrar en contacto con ideas, soporte teórico, vivencias personales de los demás que le sirven para ampliar su conciencia de lo que esta realizando en su proceso con el paciente, qué cosas percibe, se da cuenta, sabe, tiene que aprender de su práctica profesional.
- Para el Enfoque Gestalt es muy importante, en estos procesos grupales, tener en cuenta normas de la comunicación: hablar en primera persona, hablar de lo que le atañe, o sea de si mismo y su paciente, evitar dar consejos, enjuiciar a las personas, y realizar interpretaciones. Cada integrante es responsable de querer traer al espacio de supervisión material para supervisar, no puede ser obligado a hacerlo. Todos los integrantes tienen las mismas responsabilidades y derechos.
- Se cierra el espacio, con otra centración, o sea cerrando los ojos y haciendo un registro interno de lo que le pasó a cada uno en este encuentro. Al abrirlos se comunica como está cada uno y puede hacerse sugerencias para trabajar en el próximo encuentro, tanto de lo que pueden traer para compartir desde el enfoque teórico, como ir pensando que material clínico quiero revisar.
- A medida que se van sucediendo los encuentros llegamos al final del año, habiendo crecido como personas profesionales que somos, y en mi función como supervisor evalué también el desarrollo individual y el grupal de este proceso grupal propuesto.

¿Cuáles son los temas que aparecen?

En general, los temas que aparecen en un espacio de supervisión, son escenas temidas por los terapeutas, éstas son esas situaciones que me imagino que pueden suceder y que quisiera evitar...es bueno abrir en el espacio grupal, las escenas temidas para trabajarlas en lo individual y en la resonancia grupal.

Estas escenas pueden ser:

- desbordarme frente a un paciente
- que el paciente se brote y no saber qué hacer
- miedo con la violencia del otro
- no poder profundizar en el conflicto
- si el paciente se desborda sexualmente
- que me erotice el paciente
- competir, paralizarme con el paciente
- miedo a que el paciente se suicide
- temor que me haga una denuncia
- pensar que un paciente no es para mí
- no saber cuando derivar un paciente

Sirve muchísimo trabajar con estas escenas y utilizar diferentes técnicas gestálticas para elaborarlas. La importancia del grupo nuevamente, para la adquisición de aprendizajes desde el Enfoque Gestalt.

A modo de conclusión

Aprender el Enfoque Gestalt, es de modo teórico/vivencial, y esto quiere decir, que se experimenta para después ir al marco teórico y aprehender de la vivencia. Perls, puso mucha atención a los campos de la salud que puede aplicarse, y se dio cuenta que no era sólo para enfermos, sino que la Gestalt es una filosofía de vida. Que merece ser aplicada a las diferentes situaciones que se les plantean a las personas.

A nosotros como terapeutas, a mi como terapeuta Gestáltica, me sirve tomar cada concepto incluido en este marco teórico/vivencial, para acompañar y ayudar en los procesos clínicos de supervisión a aquellos Psicólogos que quieren, desean, se animan a conocer nuevas maneras de mirarse y de mirar a otros, de ir en busca de la verdad sobre sí mismo.

Bibliografía

Perls, F. (1976). *El enfoque Gestáltico y Testimonios de terapia*. Santiago de Chile, Chile: Cuatro vientos.

Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima Gestalt. Actitud y práctica de un experiencialismo ateórico*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Agradecimientos

El Centro de Estudios Interdisciplinarios, el Programa *Problemáticas Contemporáneas en Psicoanálisis, Ciencia y Ciencia Cognitiva* y el Equipo de Trabajo queremos hacer llegar nuestro agradecimiento y reconocimiento a todos los que fueron partícipes necesarios en la construcción de este proyecto: a los autores, compiladores, diseñadores, al personal no docente y a la Editorial de la UNR.

El esfuerzo, la dedicación y la excelencia académica evidenciada por cada uno y en cada parte de este proceso, hacen de este proyecto un estandarte en la defensa de la educación pública.

