



# CUADERNOS DEL GPDM

Junio-Agosto

2020

VOL

1

Nº 2

# **Cuadernos del GPDM**

**2020: Vol. 1- N° 2**

ISSN 2953-4666

**Comité Editorial**

Dra. Liliana H. Álvarez  
Lic. Beatriz Burstein  
Dr. Jorge A. Goldberg  
Dra. Ruth Kazez  
Lic. Nilda Neves  
Dr. Sebastián Plut  
Dr. Ariel Wainer

*Publicación cuatrimestral*

**Estimados colegas y amigos:**

Nos encontramos transitando tiempos inéditos, que inauguraron una nueva modalidad para mantener nuestras reuniones, antes presenciales.

En tiempos de cuidado a través del aislamiento social preventivo y obligatorio se torna imprescindible sostener los vínculos y mantener la comunicación.

Por este motivo, este ejemplar de Cuadernos del GPDM Vol. 1, Nº 2 pretende compartir un fragmento de la experiencia de nuestros encuentros mensuales. Con el objetivo de sostener el contacto y el intercambio, los invitamos a recorrer nuestro sitio web: <https://gpdm.com.ar/>, donde encontrarán material variado e información acerca de nuestras actividades. Otra vía de comunicación posible es a través de nuestro correo electrónico: [gpdavidmaldavsky@gmail.com](mailto:gpdavidmaldavsky@gmail.com).

Los saludamos afectuosamente,

GPDM – Grupo Organizador

Liliana H. Álvarez, Beatriz Burstein, Jorge A. Goldberg, Ruth Kazez, Nilda Neves, Sebastián Plut y Ariel Wainer

## SUMARIO

1/08/20: Pandemia: ¿cómo enfrentar el desvalimiento profesional?	
<i>Silvina Perez Zambón</i> .....	5
<i>Nélida Di Rienzo</i> .....	8
<i>Juan González Rojas</i> .....	10
<i>Ruth Kazez</i> .....	11
29/08/20: El desvalimiento en las instituciones	
<i>Delia Scilletta</i> .....	17
<i>Sebastián Plut</i> .....	22

**1/08/20**

**Pandemia: ¿cómo enfrentar el desvalimiento profesional?**

***Presentaciones de Silvina Perez Zambón, Nélica Di Rienzo, Juan Gozález Rojas y Ruth Kazez***

**Silvina Perez Zambón**  
**Clínica en tiempos de COVID19**

Trabajo hace años en el servicio de psicopatología y salud mental de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. A partir del surgimiento de la situación de Pandemia COVID19 y el posterior decreto de aislamiento preventivo obligatorio a fines de marzo del 2020, nuestro Servicio se vio obligado a redefinir su posicionamiento y sus funciones para continuar con el cumplimiento de sus tareas y colaborar con la difícil realidad atravesada tanto por el Hospital como por toda la Sociedad.

Entre los pocos que continuamos concurriendo de manera presencial, elaboramos una serie de protocolos para la atención telefónica y continuidad de tratamientos, basados en lo establecido por el Ministerio de Salud. Además se armó un equipo destinado a dar contención y apoyo psicosocial al personal de la institución.

Al principio experimentamos una sensación de euforia, de estar haciendo lo correcto, de ser útiles en el actual contexto de emergencia.

Con el correr de los días comenzaron a incrementarse las consultas y derivaciones por cuestiones asociadas a trastornos adaptativos y emocionales, aumentando de manera preocupante la incidencia de intentos de suicidio.

Hemos notado que la mayor cantidad de consultas provenía no tanto del personal de salud, sino de los trabajadores encargados de mantener el funcionamiento y la salubridad de la institución.

En ellos (y hoy pienso que en todos) el estrés asociado a la pandemia comenzó a incidir en sus condiciones de vulnerabilidad preexistentes. Esto se observó mayormente en los motivos de consulta: crisis de angustia debidas a problemas personales y familiares. Es alarmante la cantidad de sujetos que, a raíz de la angustia que les provoca el aislamiento, han recordado o vuelto a pensar en situaciones de abuso padecidas en la infancia.

Todos ellos comienzan hablando de la incertidumbre que la escena actual les genera, el miedo a que algún familiar se enferme y el miedo a la ruina económica.

Pareciera que la situación de vulnerabilidad actual recarga y revive escenas traumáticas tempranas, potenciando el propio desamparo preexistente de los sujetos.

Nuestra intervención consiste en una o dos entrevistas, junto con la psiquiatra. Antes de hacer entrar al sujeto, se verifica que sean correctas las medidas de bioseguridad.

Los consultorios permanecen abiertos para que circule el aire. El paciente se sienta a 2 metros y posee tapabocas. Las terapeutas atendemos con barbijo y máscara, lo cual resulta incómodo pues se empaña, falta el aire y cuesta entender lo que el otro dice, porque no le vemos la boca, ni ellos a nosotras.

Las lágrimas brotan y se nota la incomodidad del paciente, que no sabe si limpiárselas o no. Se acrecienta la distancia y se hace imperiosa la necesidad de contar con las palabras justas para manifestar empatía y ayudar a aliviar el sufrimiento. Los silencios son más duros, como si en ellos se produjera un vacío.

Algunas frases de las terapeutas resultan difíciles de comprender e incluso pueden llegar a despertar cierta paranoia en el paciente (“¿por qué me pregunta eso?”), sobre todo porque los recursos fundamentales son lo dicho (que hoy más que nunca se atiende al protocolo) y quizás el tono (aunque el barbijo también es en parte un obstáculo para éste). La expresión facial es casi imperceptible y los gestos están limitados, debido a que intentamos no acercarnos ni tocar demasiadas cosas.

La crisis actual revienta con crisis que antes no habían sido habladas en psicoterapia, pero el protocolo exige focalizar en lo actual y ayudar al trabajador a volver a sus tareas lo más pronto posible. El enfoque de todos modos debe ser complejo, para dar cabida a la mayor cantidad de aristas asociadas a su angustia actual.

La angustia es mucha y las intervenciones parecen insuficientes.

Se instaura en los profesionales una sensación de riesgo difícil de contener, incluso porque si hubiera que internar, costaría conseguir cama en alguna institución. Pasa por nuestra mente la idea de que quizás sea conveniente medir lo que decimos, evitar tocar fibras sensibles, evitar que se descompense (más aún). Uno puede llegar a sentirse como encerrado, sin demasiadas opciones, sin recursos suficientes.

Los profesionales además atravesamos la pandemia fuera del consultorio, tenemos nuestros miedos, muy parecidos a los que cuentan los pacientes: miedo a contagiarnos o a caer en cuarentena por sospecha, a enfermar a nuestros familiares, a perder algún ser querido, a perder el trabajo.

Muchos hemos notado desde el inicio de la pandemia episodios de insomnio, de ansiedad, pensamientos rumiantes, estados de hiperalerta, conflictos internos en el servicio, discusiones.

Nos auto intoxicamos con el aire que exhalamos en los barbijos, que permanecen puestos durante horas. Nos limpiamos las manos incontables veces.

Recuerdo estar muy concentrada en el relato de un paciente, rascarme la cara y automáticamente sentir ansiedad por haberlo hecho, buscar apresurada el spray de alcohol en el guardapolvo, perdiendo por unos instantes el hilo de lo que el paciente estaba comentando. Aparece de manera inevitable un autorreproche por no estar haciendo las cosas como corresponde, por el descuido de tu propia salud al tocarte la cara, y por el descuido del paciente al dejar de escucharlo.

Volvemos a casa y el protocolo es exhaustivo y agotador: sacarse la ropa y el calzado prácticamente en el palier, rociar todo con alcohol, poner a lavar, bañarse.

Las reuniones espontáneas de equipo con los pocos que compartimos turno nos han ayudado a bajar la angustia, pero debemos ser muy cuidadosos de mantener las medidas de bioseguridad entre nosotras, sino es preferible que cada una permanezca encerrada en su consultorio.

Es como si en primer plano debiéramos tener nuestras pulsiones de autoconservación, operando todo lo demás en segundo plano y de manera simultánea.

Con respecto al servicio, durante lo que va de la pandemia hemos atravesado una fuerte crisis, con momentos de mucha tensión interpersonal. La conferencia de Sebastián y Jorge sobre agotamiento profesional me ayudó a reflexionar sobre lo acontecido y voy a intentar volcarlo en pocas palabras.

David decía que en toda escena de estallido había una situación predisponente, consistente en un estado duradero, y una escena precipitante, representada por un hecho puntual. Pienso que en nuestro equipo existía una fractura que en el contexto de la pandemia se profundizó. Los dos factores predisponentes se vinculaban a cuestiones de

la psicopatología de cada trabajador y a una falencia en la comunicación, debido a que hacía tiempo estaban suspendidas las reuniones de equipo. Los pocos que continuamos de manera presencial rápidamente pasamos de la euforia inicial a la sensación de agotamiento, ya que el trabajo fue más exigente de lo que esperábamos. Los que cumplían su labor de forma remota no se enteraron de esta situación y sintieron que no fueron participados en la toma de decisiones, y que se le impusieron formas de trabajar a las que no estaban habituados. "Ellos" sentían que "nosotros" hacíamos lo que queríamos y "nosotros" sentíamos que "ellos" nos agredían desde la comodidad de sus casas. Ante un episodio que escaló casi hasta agresiones verbales, el jefe intervino y el chat se silenció. Reducir el intercambio al mínimo fue la única solución posible.

Posteriormente decidimos desdoblar el equipo que estaba concurriendo y rotar dos grupos cada 15 días, para reducir el riesgo de contagio del virus. Comenzaron a aparecer discrepancias y diferencias de criterio entre ambas partes, potenciados por la dificultad para establecer reuniones virtuales.

Aumentó la irritabilidad, la sensación de disconformidad, de no querer ir más y un pensamiento acerca de cómo sería cuando nos volviéramos a ver, con un tinte sumamente negativo. Algunas incluso consideramos la posibilidad de cambiar de servicio o de unidad.

Pienso que dos cuestiones tienen una incidencia fundamental en el agotamiento. Por un lado, el no sentirnos sentidos (por nuestros compañeros, los jefes, la institución) y por otro, la imposibilidad de fugarnos de una situación que parece no tener salida.

**Nélida Di Rienzo**  
**Algunas cuestiones de la clínica actual**

Me surge un interrogante, frente a la imposibilidad de fuga ¿cuáles son las modalidades defensivas de cada quién?

Sabemos que los analistas pensamos el caso por caso, alejados de caer en lo que hace la ciencia. La ciencia no piensa, calcula y universaliza.

Ser sujeto nos liga con la creatividad, la misma nada tiene que ver con generalidades. Cuando hablamos de época nos referimos a las prácticas y los discursos. Hace tiempo que asistimos a una clínica donde lo simbólico no alcanza para regular los discursos que reclaman satisfacción perentoria. Los neuróticos de Freud entraban en una dialéctica que daba tiempo a poner en juego la palabra y hace tiempo que nos encontramos con identificaciones sólidas donde el sujeto queda vaciado.

¿Qué pasa en esta pandemia? Aparecen vivencias sobre una situación inédita donde para algunos no salir "los tranquiliza", incluso algunas cuestiones "locas" quedaron acalladas en esta cuarentena. Para otros, no salir es insoportable y para otros es la agonía a la espera de la muerte y desde ya tantas variantes como sujetos hay.

Ahora tenemos un fenómeno donde lo perentorio no se expresa a través del consumo de objetos, que ayude a la ilusión de una sutura de la falta.

Un corto relato de situaciones diferentes, una en el Hospital y otra de una paciente privada médica que atiende en la primera línea, nos pueden abrir interrogantes sobre este escenario que aparece como mundos superpuestos entre analistas y pacientes.

En el Hospital se atienden situaciones de emergencia, quienes están hace tiempo en tratamiento se pide que no asistan, a partir de la cuarentena tomé la decisión de atenderlos por teléfono.

Primer interrogante ¿cuál es el lugar del cuerpo, de los cuerpos, en una atención que como describió muy bien la colega en el encuentro anterior, aparece cubierto y a distancia?

El primer acercamiento donde se establece lo que daría lugar a una empatía expresada por una sonrisa y una voz clara y cálida queda anulado por el barbijo y la "distancia necesaria".

Una mujer joven de unos treinta y cinco años pide hablar con alguna psicóloga, en un espacio de pasillo, los consultorios son muy pequeños, se larga a llorar. Su barbijo de tanto que se empapa toma la forma de su rostro, le pido que cuando hable lo haga más alto porque no se le entiende, cuenta: "nos peleamos con mi pareja, se va a ir, se va a ir, se va a ir, si se va me va a dejar sola y yo me muero", le digo que puede llorar todo lo que quiera para que después pueda hablar, miro a mi alrededor vislumbrando la falta de intimidad, M. no lo registra y me doy cuenta que la incomodidad es mía, siento la extrañeza de lo que hay a nuestro alrededor, de ese llanto incontenible que sólo tiene la intimidad de mi mirada, nos quedamos las dos un rato largo allí paradas, en ningún momento dejé de mirarla. Se fue calmando y le digo: "por ahí esto hace mucho que te pasa, pero por lo que decís, ahora apareció la posibilidad de perder a L." Me mira y se da cuenta que la miro, estoy conmovida, me dice: "yo quiero volver otro día", (no estamos tomando tratamientos nuevos pero no se lo digo), le doy una fecha para otro encuentro y le digo que la voy a ver una vez más...

Esta otra paciente G. hace dos años que se analiza, es médica, atiende en terapia intensiva de un Hospital, dice: "no quiero ser indestructible, pero no quería estar tan destruida como estoy, me duele el cuerpo como si hubiera trabajado un mes seguido sin

parar y encima me dijeron que me van a descontar del sueldo si uso barbijos 95 sin autorización....me quiero morir" "No puedo pensar bien, siento que estoy perdiendo mi juicio clínico y moral..." "no debería actuar así por cansancio, no quiero ver más pacientes..." Le digo: "el deber antes que tu cuidado? "tener un tope es perder el juicio?".

Aquí la situación es otra, si bien su relato está en relación a su historia y posición subjetiva de la que algo conozco, hay un real que se impone, no se puede soslayar.

Vengo observando en pacientes médicos apasionados por sus prácticas médicas la expresión: "no quiero ver más pacientes" invadidos por la angustia por sentir eso que les pasa.

Los invito a pensar juntos ambas situaciones.

**Juan González Rojas**  
**Caso Esteban**

Inicia una psicoterapia de apoyo semanal en enero de 2020, con una historia de lucha por salir de ambientes e historias marginales, por parte de su familia, padres, abuelos y hermanas. Familia emigrante andaluza, donde hay historias de alcoholismo, maltrato, drogadicción, con sobrinos en acogimiento y adopción. La sintomatología familiar se muestra en una común hipertensión en muchos de sus miembros, expresión de sus muchas dificultades en el manejo de sus ansiedades, avatares vitales y emigración a la capital para buscar nuevos horizontes menos conflictivos. Esteban nace ya en Madrid en

un hospital en el que después encontrará su primer trabajo, estudia auxiliar de clínica, tiene 19 años, y tras dos trabajos temporales es contratado como auxiliar en momentos agudos de la crisis por el coronavirus.

La situación de confinamiento hace que comencemos a vernos por Skype, en horarios compatibles con los turnos de trabajo que le están siendo asignados, por la avalancha de pacientes con Covid 19 que llegan al hospital. Muchos de ellos de edad avanzada a los que tiene que dar sus cuidados y limpieza, apoyo emocional y relacional, cotidianamente, encontrándose con que muchos de ellos habían fallecido al día siguiente. El primer día de trabajo, tuvo que ayudar a poner en bolsas y fumigar con lejía a 17 personas fallecidas. Compagina turnos de día y de noche, desarrollando en esta época una ciática que le tratan en el trabajo con inyectables y contando con el apoyo de todo su equipo de compañeros. Aproximadamente a las dos semanas, le trasladan a tomar la temperatura en la puerta de ingreso de pacientes, un trabajo de menor exigencia aparente, dado la gran afluencia de pacientes con Covid 19, que aunque va disminuyendo, va aumentando la afluencia de otras patologías que se estaban conteniendo y gran cantidad de casos de violencia doméstica que acuden, y que consueñan con toda una historia familiar de violencia, maltrato, violaciones.

En ese momento sufre ataques de ansiedad en el puesto de trabajo, con disnea, tratándole allí mismo por los compañeros, generándose un ambiente de apoyo entre ellos. Toda esta situación se produce simultáneamente a que él desarrolla una alergia estacional que le dificulta llevar la mascarilla cuando sale a la calle, con lo cual se pone y pone en peligro de contagio.

La situación de pandemia va estabilizándose y conteniéndose por lo cual decide no renovar su contrato, cuando se lo ofrecen, y darse un respiro. Se ha realizado análisis que han dado negativo al Covid 19. Durante todo este turbulento periodo, un día me manda un whatsapp diez minutos antes de la conexión prevista, diciéndome que está con dolores de cabeza y que si podíamos posponer la sesión para el día siguiente. Yo, aunque estaba conectado a Skype, no tenía presente la sesión con Esteban. Pienso que él se adelantó a un posible olvido mío, que yo conecto con la situación de los comienzos de la patología de su madre con una depresión que va derivando a un Alzheimer con menos de 60 años. Me planteo evidente la transferencia y contratransferencia de contagios emocionales, que igual se produciría fuera de la situación de confinamiento, pero que aquí se producen con mayor intensidad. Retomamos las sesiones con más tranquilidad, y le ha aparecido un herpes debajo del labio, y creo conveniente y necesario revivir todas las historias familiares, sus emociones ante ellas, su indefensión y su búsqueda de integración y esfuerzos por sobrevivir. El tratamiento lo continuamos en estos momentos por Skype.

En Madrid a 26 de junio de 2020

**Ruth Kazez**

## **El desvalimiento en el terapeuta**

En la reunión de hoy retomaremos un tema que surgió en el encuentro anterior: el desvalimiento en el terapeuta. Quisiera comentarles que las reflexiones que siguen son producto de intercambios en covisión con Nilda, Liliana, Beatriz, Sebastián, Jorge y Ariel. Me refiero a esto intencionalmente, ya que hablaremos de los modos de salida de situaciones de desvalimiento profesional, en cuyo fundamento se encuentra la posibilidad de construir junto con otros, en la complejidad que implica lo vincular.

Para analizar el material presentado, elegimos cuatro ejes: los estados de vulnerabilidad en el terapeuta, el desamparo laboral, los tipos de contradicciones que llevan a situaciones de entrapamiento de distinto orden, y las posibilidades de salida de estas situaciones.

Definiremos en primer lugar el desvalimiento según Freud. Para Freud (1926d) el desvalimiento es un estado de parálisis psíquica y motriz. En *Inhibición, síntoma y angustia* dice: *"En el nexo con la situación traumática, frente a la cual uno está desvalido, coinciden peligro externo e interno, peligro realista y exigencia pulsional. Sea que el yo vivencie en un caso un dolor que no cesa, en otro una estasis de necesidad que no puede hallar satisfacción, la situación económica es, en ambos, la misma, y el desvalimiento motor encuentra su expresión en el desvalimiento psíquico"* (pág. 157)

Destaco que no estamos hablando solamente de patologías tóxicas y traumáticas sino también de situaciones vitales en las que el yo realidad definitivo se ve puesto a prueba en cuanto a su patrimonio de recursos y debe apelar a la resolución de situaciones con los medios que pueden aportar las estructuras yoicas previas, de menor complejidad, sobre todo el yo realidad inicial. El desvalimiento se da cuando fracasa la implementación de recursos de mayor complejidad tanto del yo realidad definitivo como del yo placer, que llevan al yo realidad inicial, como último bastión, a desplegar los suyos -precarios, elementales- a los fines de proteger la vitalidad, sacrificando la complejidad lograda.

## **Estados de vulnerabilidad en el terapeuta**

David (Maldavsky, 1997) señala que la subjetividad puede considerarse desde tres puntos de vista: la oposición pasividad-actividad, las identificaciones y la conciencia inicial.

En relación con la oposición pasividad-actividad podemos decir que el yo sale de la pasividad al conquistar una posición activa frente a un objeto. El ejemplo clásico es el del juego del carretel donde el yo logra ocupar la posición-sujeto activo respecto de un objeto (el carretel, que resulta arrojado), en nombre de la pulsión de arrojar.

En cuanto a la identificación primaria, se da con otro en posición de modelo respecto de quien el yo se identifica.

Luego tenemos la conciencia inicial, que remite al nacimiento de lo anímico cualitativo como una novedad frente a lo previo, que son los aumentos y disminuciones de tensión pulsional del yo realidad inicial. El surgimiento de la subjetividad está dada por la aparición de la conciencia como lugar de cualificación de la pulsión a través de sus representantes, primero como afectos y luego como representaciones.

Desde allí podemos pensar el modo en que estos tres aspectos se ven vulnerados en los tres casos presentados.

La *conciencia inicial* es la base de la subjetividad, la plataforma sobre la cual se funda todo lo psíquico que luego seguirá construyéndose. Los terapeutas hablan de casos en

donde los pacientes o consultantes reeditan en estos tiempos de pandemia sus historias de desprotección, de indefensión.

Observamos en los materiales de Silvina y de Juan hasta qué punto los consultantes se encuentran expuestos a situaciones traumáticas sin posibilidad de encontrar ni interlocutores empáticos, ni modos de protegerse -como sería por ejemplo la coraza de protección antiestímulo-, ni posibilidad de fugar, ya que lo que los atormenta es la avalancha de recuerdos de situaciones de violencia y maltrato. Los terapeutas pueden en este punto quedar contagiados. En el encuentro anterior Ariel se refirió al contagio afectivo y describió tanto la posición del que contagia como la del contagiado. El que contagia proyecta y expulsa, estados afectivos desmesurados o estados corporales. El contagiado se identifica -por comunidad- con el estado del paciente. La posibilidad de contagio estaría dada por lo improcesable de lo transmitido por los consultantes, la identificación con su estado de vulnerabilidad -que en un punto es de todos en este momento que transitamos-, y cierta disposición particular que puede darse en el terapeuta.

En el caso de Nélide, nos brinda un elemento particular a través del cual pone en juego la función de sostén. En el hospital, con elementos que ponen de manifiesto la distancia interpersonal, la voz y la mirada son elementos centrales en este particular vínculo asimétrico. La terapeuta sostiene a su paciente en la asimetría del vínculo, con su mirada a través de la máscara y a pesar del barbijo.

En este mismo punto, podemos considerar la deconstrucción de la temporalidad: En el caso expuesto por Juan dice: *"Muchos [pacientes] de edad avanzada a los que [el paciente] tiene que dar sus cuidados y limpieza, apoyo emocional y relacional cotidiana-mente, encontrándose con que muchos de ellos habían fallecido al día siguiente"*.

Al comentar el material con el grupo, surgió la observación acerca del tiempo verbal utilizado por Juan en el relato. "Habían fallecido", que remite al pretérito pluscuamperfecto, combinado con la referencia al tiempo futuro "al día siguiente". Esto pareciera corresponder a un modo de la deconstrucción de la temporalidad sucesiva a una temporalidad circular, ligada a una lógica anterior que es la simultaneidad.

Freud sostiene que en la base de la temporalidad se encuentra el ritmo pulsional que se enlaza a los períodos que ofrece la realidad objetiva. La motricidad es un elemento que Eros conquista para ligar la pulsión de muerte, como ocurre en el juego del carretel antes mencionado. En las situaciones traumáticas predomina un tiempo ligado a la monotonía, falta de cualificación.

David (Maldavsky, 1997) hace referencia a la producción anímica del tiempo, apoyándose en Freud (1925a), quien dice *"la temporalidad deriva de la discontinuidad de la conciencia, como consecuencia del flujo y reflujo de las investiduras libidinales sobre las percepciones"*. En la producción del tiempo están presentes dos elementos: las tensiones pulsionales y el sistema neuronal, responsable de la percepción. Maldavsky da importancia al surgimiento de los afectos como representantes de la cualidad en el aparato psíquico, luego la apertura de zonas erógenas y la posterior investidura de la percepción, que permite que la sensorialidad se constituya como contenido de conciencia. Cuando predomina la proyección -defensiva patológica- que aspira a desembarazarse de la tensión pulsional, el yo realidad inicial queda sumido en una marea de impresiones senso-

riales que configuran una forma de temporalidad repetitiva y monótona. En estas situaciones se pierde o no se logra la diferencia, el ritmo, y prevalecen el aturdimiento, la angustia automática y el sopor.

En cuanto a la *transformación pasivo-activo*, se dan situaciones en las que el terapeuta no puede ser activo y permanece en un estado de contagio afectivo, en donde predominan dos mecanismos, la identificación por comunidad y la introyección orgánica.

Por el lado de la identificación, el terapeuta se identifica con el estado del paciente de manera inconciente, sin registrarlo, y en la identificación por comunidad se juega un deseo de ser con el otro.

En el caso al que se refiere Juan, el fenómeno parece estar ligado al *enactment* -al que Jorge se refirió en el encuentro anterior- en el cual el terapeuta pareciera actuar a la madre del paciente con Alzheimer, sin advertirlo. Del lado del paciente, ubica al terapeuta en el lugar de su madre, demostrando en acto la escena traumática de una madre que se olvida de él.

Finalmente nos referiremos a las *identificaciones*. En el caso de Silvina, la fractura del equipo pone de manifiesto la pérdida de una identificación recíproca que venía tambaleando en el grupo. Maldavsky sostiene que la generación de la afinidad desde la diferencia resulta una condición necesaria para el desarrollo de los procesos complejizantes. Esta tendencia a la unión es el modo de neutralizar otra tendencia disolvente, que sabemos, es originaria.

Cuando los grupos deben procesar situaciones que implican algo nuevo, desmesurado como es este caso, no podemos perder de vista de qué modo ese grupo venía funcionando, con qué recursos contaba y qué lugar le daba a lo diferente en el plano interindividual.

En "Más allá del principio de placer" Freud (1920g) señala que solo el encuentro con lo diferente preserva de la degradación y la muerte por procesos tóxicos. El encuentro con una sustancia viva diferente pero químicamente afín permite el surgimiento de una tensión vital que se enfrenta a la inercia. David señala que en los procesos vinculares es necesario privilegiar la función psíquica y comunitaria de producción de lo diferente en relación con lo cual se crea una tensión vital y una nueva complejización acorde a fines. Desde esta perspectiva, los procesos vinculares poseen distintas funciones: neutralizar los excesos sensoriales, proteger a la comunidad a modo de barrera antiestímulos, apuntalar la subsistencia de los individuos miembros de la misma sociedad y vigilar contra factores intrusivos que puedan provenir del interior.

Cuando esto no se da, refiriéndose tanto a los procesos interindividuales cuanto a la institución y el líder, Maldavsky (1990) decía: "*Cuando una institución se degrada (y ello como consecuencia de que un ideólogo no halla las mejores transacciones lógicas entre múltiples exigencias -1) de la tradición, 2) de las aspiraciones comunitarias, 3) de las realidades intra y extrainstitucionales-, o bien de que el conductor político no acuerde con la nueva postura, o bien de que el grupo no esté dispuesto a seguir tales caminos), muchas de las funciones del grupo conductor se vuelven elementales, se desdiferencian, hasta que prevalece un modo de funcionamiento catártico*". Cuando predomina este tipo de proceso en el líder, ocurre una degradación de las identificaciones y de los ideales entre los integrantes del grupo, y se impone la abolición de los vínculos solidarios.

Esto es lo que ocurre en el equipo al que se refiere Silvina, que nos habla del funcionamiento crecientemente catártico del grupo, donde el punto final lo pone el jefe cuando silencia el chat cercenando toda posibilidad de intercambio.

### **Desamparo laboral**

En las situaciones de desamparo laboral en general queda perturbada la economía pulsional. En los casos planteados, existe una primera diferencia desde el lugar del terapeuta en relación con el riesgo objetivo de contagio: por un lado, con Juan tenemos la atención telefónica, mientras que por el lado de Nélica y Silvina, las consultas se dan en presencia, en el hospital.

En su libro *Trabajo y Subjetividad* (Plut, 2016), Sebastián al referirse al desamparo laboral señala cuatro elementos a tener en cuenta, que solamente voy a mencionar y que quizás podamos retomar luego en la discusión general. Estos son: la significación que cada quien le da a la situación concreta de desamparo, y por ende qué tipo de amenaza recibe; el tipo de posición que asume y a su vez adjudica a otros; la gama de afectos e ideales en juego y por último, el carácter exitoso o fracasado de sus estrategias.

### **Contradicciones y entrapamientos**

Maldavsky desarrolla cuatro tipos de contradicciones, inspirándose en propuestas de Bateson (1956) y de Anzieu (1975), estas son las contradicciones pragmáticas, semánticas, lógicas y orgánicas, y cada una de ellas presenta a un yo determinado un tipo de desafío. La ausencia de cuestionamiento de la contradicción lleva al entrapamiento, mientras que el cuestionamiento lleva al rescate del yo. A lo largo de su obra enlazó estas propuestas con otros conceptos por ejemplo, deseos y defensas, que permiten analizar de un modo minucioso los conflictos vinculares.

En relación con los entrapamientos, Maldavsky y Scilletta (2016) sostienen que puede ocurrir que uno de los integrantes del vínculo atrape a otro en las contradicciones, que cada uno atrape al otro en una contradicción, que puede ser la misma o diferente, o bien que dos individuos (integrantes de una familia, por ejemplo) atrapen a un tercero, o sean atrapados por un tercero.

Veamos cómo se daría en los casos planteados:

**Contradicción pragmática:** Se da entre dos órdenes contrapuestas.

Ej: "El consultante necesita más de dos entrevistas" VS. "No se puede citar a los consultantes más de dos veces".

La consecuencia para el terapeuta sería: si desoye la orden, se expone a una sanción por incumplimiento.

**Contradicción semántica:** Se da entre expresiones afectivas.

Ej: "Debo ayudar a resolver el problema del consultante en dos encuentros" VS. "El problema del consultante no puede resolverse en dos encuentros".

La consecuencia para el terapeuta sería: si no resuelve el problema en dos encuentros es porque no es lo suficientemente buen terapeuta, o no se esfuerza lo suficiente. Es decir, si no se cuestiona la orden, queda expuesto al autorreproche.

**Contradicción lógica:** Se da entre las palabras y los hechos.

Ej: El virus del Covid-19 "vuela" VS. Los virus voladores no existen.

La consecuencia si no se cuestiona la afirmación irracional, se desplegarán una serie de comportamientos en los que se impone el pensamiento mágico.

Contradicción orgánica: Se dan entre acciones que generan efectos contrarios en el propio cuerpo o el ajeno.

Ej: "Estoy muy cansada" VS. "Me doy poco tiempo para descansar".

La consecuencia es, si la tensión de necesidad no se satisface mediante una acción específica, no cesa de aumentar y termina afectando la autoconservación.

### **Posibles salidas de la situación de desvalimiento**

Podríamos decir en términos generales que en estas situaciones no hay una salida individual. La salida es colectiva, por más que cada quien esté solo en esa circunstancia. El otro, el modelo, el ayudante, el prójimo, el objeto son primero un producto psíquico. Lo mismo ocurre con el grupo. Puede no haber un grupo presente con el cual trabajar, pero sí una investidura interna de lo grupal, aunque se trate de un grupo alejado del yo, pero que implica y sostiene una legalidad. En las distintas instituciones a las que nos referimos se corre el riesgo de que la institución ocupe el lugar de un déspota cuyos mandatos sean imposibles de cumplir, o bien que los ideales del terapeuta vayan en contra de su propia autoconservación.

Así es como en situaciones críticas, la legalidad constituye un bastión externo para el yo. Nos referimos tanto a la función protectora del superyó, que implica la introyección de las funciones parentales, como a una legalidad social que regula los intercambios intersubjetivos. Cuando esto no se da, ocurre lo que Freud (1923b) señala que el sentido de la vida está dado en el niño por sentirse amado por la realidad, sobre todo lo que él llama las "entidades superiores". Desde esta conceptualización, afirma que cuando debe enfrentar fuerzas mucho mayores que las propias, y ante la imposibilidad de fugar, el yo se deja morir. Este dejarse morir no es pasivo, sino que representa la identificación con una realidad devastadora. Entonces, puede darse en el sujeto un estado económico representado en un rasgo de carácter cínico, que tiende a la esterilización de toda esperanza. La complejidad está sostenida entonces por la potencia de Eros, en su enfrentamiento con la tendencia disolvente de la pulsión de muerte.

### **En resumen**

Desde esta propuesta, la salida de las situaciones de desvalimiento podrían apuntalarse en los tres ejes antedichos:

- 1) Sostén del sentimiento de sí: empatía, rescate de la subjetividad del paciente en donde al rescatar al paciente, el terapeuta se rescata a sí mismo.
- 2) Transformación pasivo-activa: esto implica sustraerse del contagio afectivo, de los efectos de los excesos voluptuosos, apelando a la teoría, a la covisión, a la supervisión.
- 3) Sostén de las identificaciones: formar equipo, pensar con otros, soporte en la legalidad.

Finalizo la exposición para dar lugar al intercambio, con una cita de Procesos y estructuras vinculares en donde Maldivsky (1991) se refiere a la posición del maestro "*Esta es tal vez la posición del genio, o del maestro, es decir, de aquel que logra recuperar de los tiempos primordiales una lógica, y lo hace por una conquista de una nueva posición, más refinada, que hace posible este avance hacia los fundamentos. [...] (pág. 224)* En este sentido, la posición del genio, o del maestro ese en quien saber y hacer coinciden, ese que trasmuda el goce en lógica, obedece a una estrategia respecto de su propia

*erogeneidad, la cual consiste en una renuncia a la fascinación, a la promesa de obtener otro tipo de voluptuosidad en la institución". (pág. 225)*

### **Bibliografía**

- Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient*, Paris: Dunod, 1981.
- Bateson, G. et al. (1956). *Hacia una teoría de la esquizofrenia. En C. Sluzki (Ed.). Interacción familiar*, Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 1971.
- Freud, S. (1926d). *Inhibición, síntoma y angustia*, AE, vol. 20, 1979.  
(1920g). *Más allá del principio de placer*, AE, vol. 18, 1979.
- Maldavsky, D. (1990) *Procesos y estructuras vinculares. Mecanismos, erogeneidad y lógicas*, Buenos Aires: Nueva Visión, 1991.
- Maldavsky, D. (1997). *Sobre las ciencias de la subjetividad*, Buenos Aires: Nueva Visión, 1999.
- Maldavsky, D., Scilletta, D. (2016) Estudio de las discrepancias respecto de los hechos en terapia de pareja y familia: conceptos, instrumentos, procedimientos, *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 20, 1.
- Plut, S. (2016) *Trabajo y subjetividad. Estudios psicoanalíticos*, Buenos Aires: Psicolibro.

**29/08/20****El desvalimiento en las instituciones*****Presentaciones de Delia Scilletta y Sebastián Plut*****Delia Scilletta**

Antes de comenzar quiero expresar mi agradecimiento al hospital al que haré referencia a continuación, que me permitió trabajar en lo que fue al inicio de mi carrera, un deseo a cumplir. También a algunos colegas que me acompañaron en esos años, por su solidaridad y generosidad.

Asimismo, creo conveniente aclarar que solo tomaré algunos momentos de la institución, un período que fue particularmente complejo ya que, como veremos, el hospital ha transitado diversos contextos socio históricos y políticos y, en consecuencia, modificaciones en las formas de trabajo. Solo me referiré a ese momento específico, no al hospital en general. Quizás el recorte no es azaroso sino que contempla, en particular, interrogantes que han ido buscando respuestas a lo largo de mi desarrollo profesional, muchos de ellos aún están presentes, de allí surge esta presentación.

**Lorena**

En primer lugar, describiré a Lorena, una paciente que fue internada a los 29 años en un hospital público debido a que se autolesionaba realizándose cortes en la piel. Estuvo internada durante casi un mes, período en el cual tuvo diez sesiones terapéuticas individuales. El equipo de profesionales tratante estaba integrado por un psiquiatra de planta y dos residentes, una terapeuta familiar y otra individual. La paciente tenía tres sesiones de terapia individual y una familiar por semana. Además de los cortes que se auto-infligió antes de ser tratada en sala, tuvo un nuevo episodio de corte durante la internación.

En el momento de la internación, la familia de la paciente estaba constituida por su madre, un hermano menor, Iván, y un hermano mayor, Daniel, que vivía con su pareja en otra ciudad. Su padre, alcohólico, había muerto dos años atrás debido a complicaciones derivadas de dicho padecimiento. Pocos días antes de su muerte él dijo que había que hacer algo con Lorena porque ella estaba siempre alcoholizada. Lorena bebía cada tanto, pero no vivía alcoholizada. Cuando escuchó esta opinión del padre Lorena se largó a llorar con rabia y no lo rectificó. Luego de su muerte Lorena se peleó con su hermano menor, quien también la acusaba de alcohólica, debido a lo cual abandonó la casa paterna y se fue a vivir a la casa de su hermano mayor, Daniel. Al poco tiempo Lorena, sin estar convencida, se fue a vivir sola por primera vez. Fue una época difícil para ella, le decía a Daniel que estaba bien, le mentía para no preocuparlo. Se peleaba con su hermano, a la noche iba a su casa furiosa por no poder decirle nada, tomaba cerveza y se cortaba. Estos primeros cortes motivaron la internación al mes de haber comenzado a vivir sola.

Durante la internación entabló buena relación con sus compañeras, en particular con una de ellas, Nati. En un momento de angustia ésta le confesó que quería ahorcarse, luego le dijo que no lo iba a hacer, le mintió. Luego de que Nati intentó suicidarse, Lorena no le creyó más.

El viernes de esa semana su terapeuta familiar le permitió tomar un vaso de cerveza sin alcohol durante su permiso de salida de fin de semana. El lunes comentó en su terapia individual que había pasado un buen fin de semana, había hecho todo bien, no había tenido ganas ni pensamientos de cortarse. En esa misma sesión entre la terapeuta y

Lorena intercambiaron sobre un posible permiso para el siguiente fin de semana. Luego, Lorena le dijo al médico residente tratante que se había equivocado porque había tomado cerveza sin alcohol y él le dijo que no debía haber tomado. Le contó a su familia lo que le dijo el doctor y Daniel y su madre también la reconviniere. Se empezó a sentir mal, se quería cortar. Pensaba que seguía siendo una borracha como le decían su padre y su hermano Iván. En ese momento se acordó de su padre y tuvo la misma sensación que días antes de su muerte. Lorena dijo en sesión que era duro hablar de alguien que estaba muerto, que no tenía ideas suicidas, pero sí de cortarse para aplacar la rabia y el dolor que sentía. No podía dejar de pensar en eso y pidió ayuda a enfermería. Tras reiteradas evaluaciones de guardia fue contenida (cabe aclarar que el término "contenida" en lenguaje hospitalario es ser atada de miembros superiores e inferiores a la cama). Entonces, dijo a su terapeuta, arruinó todo, nunca había llegado al extremo de ser contenida. Lo mejor, dijo, fue que pidió ayuda y no se cortó.

Respecto del permiso que había sido tema de su sesión del lunes, el jueves siguiente, luego del episodio en el cual había sido contenida, el otro psiquiatra residente que la trataba le denegó la salida de fin de semana debido a que el jefe de la sala, que debía firmar el permiso, se encontraba ausente. Ella no entendió este argumento porque por más que pudo buscar ayuda y habló con residencia cuando se sintió mal, igualmente la dejaron sin salir. Entonces se preguntó para qué hablar. No quería llegar al extremo de cortarse, pero no podía frenar el impulso. Buscó, encontró un vidrio tirado en el parque del hospital y lo escondió en su armario. El personal de enfermería le decía que tenía mala cara, que hablara con alguno de ellos o pidiera un residente de guardia para hablar, pero ella no solicitó ayuda ni siquiera a sus compañeras. Pensó que se iba a aliviar la rabia y el dolor de toda esa semana. Se quedó callada y se cortó.

### **Un poco de historia**

Pasaré ahora a describir brevemente, el hospital donde fue internada Lorena. Fue fundado a principios del siglo pasado, creado en su origen para ser un hospital de clínica médica. Trabajaron allí, entre otros, el doctor Bernardo Houssay y el doctor Finocchietto. Atravesó diversas transformaciones, como consecuencia de los diferentes contextos históricos y sociopolíticos, hasta llegar a ser el actual hospital neuropsiquiátrico.

Una anécdota intentará reflejar el trabajo que se desarrollaba en aquel momento y que lo diferenciaba de sus orígenes. Armando Bauleo, exiliado en España en 1976, miembro de la segunda generación de discípulos directos de E. Pichon-Rivière, realizó una visita al hospital, después de su reapertura y ya en democracia. En dicha visita comentó el dolor y la tristeza que le produjo ver los "boxes" de los consultorios externos, en los cuales se realizan las terapias única y exclusivamente individuales. Modalidad alejada del trabajo social, comunitario y de dinámica de grupos que desarrollaron junto con Bleger, Liberman, Rolla y Ulloa, hasta la dictadura del '76. Enseñanza y experiencia que luego transmitió durante su exilio, en España.

### **Descripción de la institución y, en particular, de la sala de internación de mujeres.**

#### **Primeras conjeturas**

Previo al planteo de los interrogantes y a las reflexiones que surgen de ellos considero conveniente tomar en cuenta algunos aspectos institucionales que nos permitirán poner en contexto las escenas de Lorena ya descritas. Para ello describiré algunas características de la institución, otras del funcionamiento de la sala y un suceso ocurrido con un enfermero que, pienso, tienen algunos puntos en común (Lorena y la institución), nos

permiten observar el desvalimiento en pacientes y profesionales, y pensar escenas que parecen demandar personajes para la repetición de sucesos traumáticos.

1) El hospital contaba con personal de "seguridad" armado. Frente a las dificultades que a diario se presentan en los hospitales (fugas, intentos de suicidio, pacientes que agreden físicamente a profesionales), se escuchan distintas alternativas como, por ejemplo, "reforzar el control" por parte de los agentes de seguridad. Frente a la pregunta sobre el riesgo de llevar armas en un hospital neuropsiquiátrico a uno de los uniformados éste respondió que era para "proteger el edificio".

2) Eran frecuentes las dificultades en las salidas, tanto de pacientes (decisión y firmas de los permisos) como de profesionales (por ejemplo, las visitas domiciliarias de las trabajadoras sociales, asistencia a jornadas, congresos, cursos, etc. -salvo los congresos avalados y auspiciados por laboratorios-, las salidas del hospital en auto que debían atravesar el "filtro" de la puerta de salida en cuyo lugar personal de "seguridad" revisaba el baúl, o sea, la parte de atrás del auto).

3) Los horarios de entrada y salida debían ser estrictamente cumplidos y Personal "controlaba" las firmas a la entrada y a la salida. Sin embargo, en los hechos muchos profesionales se ausentaban sin licencias y no cumplían horarios; para los que sí lo hacían, no había un claro proyecto institucional, una tarea conjunta, salvo el "rápido giro cama" de pacientes. Cabe aclarar que se denomina así a la rápida externación de una paciente que da lugar al ingreso de otra. La mayor "eficacia" del trabajo parecía radicar, justamente, en decidir y actuar rápidamente en los diversos tratamientos respondiendo a una mejora permanente de una estadística que mide el veloz movimiento de ingresos y egresos (sea en tratamientos ambulatorios o de internación). Eficacia que parecía llevar a reinternaciones o "puerta giratoria".

4) En cuanto a la sala de internación, las reuniones de equipo que realizábamos una vez por semana comenzaban con la lectura, por parte del jefe de la sala, de la "lista negra" actualizada a la fecha. Cabe aclarar que con dicho término nos referimos a una lista con los Nº de camas "demoradas" que no cumplían con el requisito de una internación menor a tres meses. Con frecuencia esta lista incluía también a los profesionales tratantes de dichas pacientes. En efecto, el buen profesional, productivo, era aquél que conseguía una rápida externación. Los profesionales que atendían a las pacientes "demoradas" debían explicar en las reuniones los motivos de dicha demora. Asimismo, es de destacar que la lectura de las "demoradas" era la indicación dada por el jefe de sala al profesional que lo reemplazaba en su ausencia.

5) La sala de mujeres contaba con asambleas semanales en las que participaban pacientes y profesionales. Su objetivo era plantear problemas de convivencia, con enfermería, mantenimiento, etc. Dichas reuniones culminaban, de manera sistemática, con el planteo de la invasión de cucarachas en las salas y el problema de los baños tapados. Otro dato a destacar es que tanto las reuniones de equipo como las asambleas se realizaban en el "aula", que era el espacio donde funcionaba antes la morgue, cuando era un hospital general.

6) Si bien se hablaba de un proyecto interdisciplinario, en los hechos, la atención era individual. Por ejemplo, las primeras entrevistas de las pacientes que ingresaban a la sala eran realizadas por las distintas profesiones por separado (trabajadora social, psiquiatra, psicólogo/a).

7) También es de destacar la modalidad terapéutica implementada por un grupo de profesionales: las entrevistas familiares eran divididas, por un lado, la paciente y, por el otro, la familia.

8) Dada la dificultad que presentaban muchas pacientes para ser externadas fue presentado un proyecto, junto con otra institución, para el trabajo conjunto y para permitir una mayor fluidez interinstitucional. El jefe de sala no se presentó a la reunión planificada con el director de la otra institución y paulatinamente el proyecto se fue diluyendo y no llegó a implementarse. Algo similar sucedió con un trabajo que iba a presentarse en un Congreso para lo cual se realizaron algunas reuniones que no llegaron a la producción escrita.

9) Abusos por parte de un enfermero a pacientes internadas cuya denuncia fue cajoneada por el jefe de la sala, quien prometió hablar con él. Durante un período de licencia del jefe fue presentada una carta al Comité de Ética del hospital a partir de la cual dicho enfermero fue sumariado y, posteriormente, trasladado a otra institución. Los profesionales denunciados, que realizaban en ese momento tratamientos grupales en la sala de internación, comenzaron a ser citados por el director para cuestionar sus trabajos. Asimismo, el director del hospital se negó a firmar un proyecto conjunto con otra institución (presentado por dichos profesionales), como venganza a su accionar, podríamos conjeturar, ya que, parafraseando a una enfermera, "le arruinaron la carrera a su compañero". En suma, podríamos preguntarnos a partir de lo expuesto, por un núcleo compuesto por tres factores que permanecerían en amago, de manera duradera, de los cuales, uno de ellos, (una mentira, falsedad, contradicción) parece ser el central, conduce a "no entender" y puede pasar a ser el detonante de episodios de violencia:

1) Un aspecto numérico, especulativo, orgánico que se pone en evidencia: a) en la institución, en la reducción de la subjetividad a un pensamiento numérico que descalifica y nombra a las pacientes por sus números de camas, historias clínicas, en estadísticas y en los abusos perpetrados por un enfermero, b) en Lorena, en la manifestación de un lenguaje orgánico con su respectivo costo corporal, en la violencia autoinfligida;

2) Un aspecto falso, "no entendible" evidenciado: a) en la institución, a través de las contradicciones entre los profesionales, la falta de firma que hubiese permitido la salida de Lorena, la denuncia cajoneada de abusos de un enfermero y su posterior "castigo" a los profesionales, en la portación de armas para "el cuidado del edificio", en la atención "familiar" a través de sesiones "individuales" y b) las mentiras activas y padecidas de Lorena;

3) Un afán vengativo a) en la institución bajo la forma de amenazas y castigos por la denuncia de abusos, violencia entre pacientes y/o entre pacientes y profesionales (un paciente que le arrancó la oreja con una mordida a su terapeuta, por ejemplo) y, b) en Lorena, en la escena de violencia autoinfligida.

### **Algunas reflexiones finales**

Una vez presentadas Lorena y la institución donde estuvo internada, comparto con ustedes algunas reflexiones que parten de las escenas relatadas por la paciente y del contexto institucional.

Se desprende de lo expuesto, como ya dijimos, que lo central parece ser el "no entender". Por ejemplo, Lorena se ubicaba a sí misma creyendo la opinión de un residente quien, como su padre antes de morir, tenía una idea errónea acerca de ella, idea que Lorena no podía rectificar.

Este atrapamiento le despertaba un afán vengativo que se evidencia en la sobreinversión de la idea de cortarse, al comienzo (cuando pidió ayuda) y en la posterior consumación del acto. La pérdida de la confianza aparece como el camino mediador para el corte. En efecto, la sobreinversión de la idea de corte surgió ante una primera contradicción entre las palabras de su terapeuta familiar, quien la autorizó a tomar un vaso de

cerveza sin alcohol y las del psiquiatra residente, quien le dijo que no debía haber tomado. Es notable el hecho de que la paciente indujo en el psiquiatra residente una actitud de reconvención hacia ella, lo cual conduce a inferir que la paciente promovió un personaje que no la entendía y del cual pasaba a depender. El "no entender" al que hizo referencia la paciente se basa en esta contradicción y culminó con el episodio de la suspensión del permiso cuyo argumento fue la ausencia de alguien que firmara la autorización. Esta ausencia de firma parece orientar hacia la situación en que el padre, poco antes de morir, la cuestionó por alcohólica, y la paciente no atinó a rectificarlo. Lo nuclear, no era tanto el sentimiento de injusticia y el encierro sino el no entender a los profesionales y sus contradicciones.

Para finalizar, quizás sea posible conjeturar la repetición de una escena traumática durante la internación para la cual los profesionales fueron útiles para la distribución de los personajes (o posiciones). La escena con el padre, previa a su muerte, en la cual no rectificó su opinión ni la contradicción en la cual quedó atrapada, sino que calló y lloró es repetida con los profesionales de la institución. En efecto, la institución parece haber favorecido el desenlace que lleva a la identificación con un personaje traumatizante. Institución cuyo liderazgo parecía evidenciar un ideal especulativo, numérico, carente de un proyecto consistente y coherente que se puso de manifiesto en la falta de firma y en las contradicciones entre el decir y los hechos; en las dificultades, para el ejercicio de la justicia y la ética (al cajonear la denuncia de abusos por parte de un enfermero) y para trascender la institución a través de la escritura (en Jornadas, Congresos, etc.) y de proyectos interinstitucionales. Carencia que parecía conducir al estancamiento y a un estado toxicidad institucional.

## Sebastián Plut

Buenos días a todos y todas. El tema que propusimos para hoy, el desvalimiento en las instituciones, por un lado, mantiene el propósito original de este grupo, de dedicar estas reuniones a trabajar a partir de la obra de David Maldavsky. Por otro lado, el tema tiene cierta continuidad con lo que trabajamos en la reunión anterior, en relación con el desvalimiento de los profesionales y la pandemia, ya que en aquel encuentro fueron apareciendo problemas relativos a los contextos institucionales. Por último, y más allá de esta continuidad, también introduce un tema diferente.

Todo esto que planteo, que de alguna manera hace a la justificación, al por qué hablar sobre el desvalimiento institucional, también es una forma de introducirnos en el tema, ya que en las instituciones siempre hay una diversidad de incitaciones, una trama compleja de exigencias a las que deben responder, sobre todo, quienes están en posiciones de liderazgo o conducción.

Más específicamente, David trasladó la hipótesis del triple vasallaje del yo al ámbito organizacional y sostuvo que en cada institución hay una triple fuente de exigencias: las que provienen de los deseos y aspiraciones de sus miembros, las que provienen de las tradiciones e historias de la institución y las que derivan de la realidad, tanto interna como externa. Agreguemos que cada una de estas exigencias, que tienen sus propios representantes o voceros en la institución, no constituyen un conjunto homogéneo ya que, efectivamente, puede haber pugnas entre integrantes con diferentes proyectos, o bien puede haber diversos modos de significar la realidad, así como también pueden coexistir tradiciones disímiles.

Un sencillo ejemplo que ilustra esto, puede ser el de una reunión en que un grupo presenta algo que desean hacer, otro responde que nunca se hicieron así las cosas y un tercero señala "no tenemos presupuesto para eso". El trabajo consiste, entonces, en conciliar esas diversas posiciones.

Un primer corolario de esto es que podemos pensar que el grado de conflictividad en una institución es inversamente proporcional al grado de conciliación de la triple fuente de exigencias.

Por otro lado, quería evocar algo que planteó David sobre las teorías sexuales infantiles, es decir, en qué consisten las premisas derivadas de aquellas teorías. Por un lado, sostuvo que la llamada premisa universal del pene remite a los modos singulares con los que cada quien clasifica lo propio y lo ajeno; por otro lado, señaló que la teoría referida al presunto parto por deposición constituye un interrogante sobre el origen, si el sujeto admite o rechaza ciertas identificaciones. Por último, la concepción sádica del coito conduce a los códigos de intercambio que cada quien crea o asume.

En suma, podemos pensar las vicisitudes institucionales, y en particular el desvalimiento, desde esta doble perspectiva: por un lado, desde los conflictos de todo tipo con los deseos de sus miembros, con los ideales y tradiciones que se fueron desarrollando y sedimentando y con la realidad a la que se puede pretender desconocer. Por otro lado, desde la diferenciación o indiferenciación entre lo propio y lo ajeno, desde la alternativa identificación vs marginalidad, y desde las diversas modalidades de intercambio que se posibilitan o, más bien, quedan interferidas.

Para cerrar esta introducción, quería leer textual una frase de David: *"Escribir un trabajo psicoanalítico implica que se forma parte de un conjunto social. Por lo tanto, es necesario partir del reconocimiento de que hay una historia, que es posible cuestionar parcial o totalmente, pero no ignorar. De lo contrario, se está dañando un tejido social"*.

Pensamos el caso de la institución presentada por Delia como un caso de desvalimiento en las instituciones. Con ello intento señalar no tanto el desvalimiento de las pacientes que llegan allí, sino el de los profesionales que las asisten. Una institución en la que, precisamente, lo expuesto por Delia muestra la imposibilidad de la conducción para darle cabida a los deseos de sus integrantes, así como también exhibe un desconocimiento de la propia historia institucional y, a su vez, una particular modalidad de vínculo con la exterioridad. Asimismo, quedan de ese modo vulnerados los criterios de intercambio entre los profesionales, no se crean nexos identificatorios entre ellos y con la institución y se borran las diferencias entre lo propio y lo ajeno, por ejemplo, entre profesionales y pacientes.

Estos comentarios intentan subrayar que nos interesa poner el foco en la institución y no en la paciente y su estructura psicopatológica. En todo caso, Lorena nos da algunas pistas para pensar sobre dónde estuvo internada y cuáles son las condiciones de desvalimiento institucional.

Por ejemplo, cuando Lorena *"le dijo al médico residente que ella se había equivocado porque había tomado cerveza"*, tenemos varias pistas para pesquisar el desvalimiento de los profesionales en el hospital.

Por un lado, si bien como planteó Delia la paciente no solo no pudo rectificar al residente, sino que quizás lo indujo, tiendo a pensar que a quien no pudo rectificar la paciente fue a la terapeuta familiar que le aprobó que tome un vaso de cerveza sin alcohol. Estimo que fue en ese momento en que no solo comenzó un problema para la paciente, sino

que también allí se pusieron de manifiesto parte de los problemas institucionales. Señalaré tres cuestiones en principio: 1) ¿Bajo qué criterio la terapeuta familiar aprobó un vaso de cerveza? Intuyo que ya en ese momento la paciente pensó que la terapeuta no estaba pensando con lucidez en ella; 2) Asimismo, ¿qué intensidad tenían los cortocircuitos institucionales como para que aquella decisión no solo no haya podido ser consensuada en equipo sino ni siquiera comunicada?; 3) Por último, ¿por qué el médico residente pensó en una trasgresión cuando la paciente habló de "haberse equivocado porque tomó cerveza"?

David solía decir que parte de la inermidad de un terapeuta podía derivar de la falta de recursos teóricos, esto es, no contar con recursos para pensar la realidad clínica. Pensamos en una falta de recursos posiblemente determinada por la ausencia de intercambios entre los profesionales. En la expresión de la paciente, hay dos elementos que el residente parece no haber tenido en cuenta: por un lado, la sintaxis muestra que el equívoco es consecuencia y no causa de la cerveza ("se había equivocado porque había tomado cerveza"). Por otro lado, al pensar solo desde una perspectiva burocrática o normativa, no advirtió que la paciente estaba planteando un problema de su mente y no de sus actos: equivocarse, equivocarse como quizá temió que se había equivocado la terapeuta familiar. Así, el profesional consideró un acto indebido solamente y no un pensamiento confuso. Podemos preguntarnos, entonces, cuáles son las dinámicas internas que conducen a que en un hospital neuropsiquiátrico, se haya desestimado, precisamente, el momento en que una paciente hace referencia a su propio caos mental.

Asimismo, respecto de las instituciones asistenciales, David planteó que si los profesionales les hablan a los pacientes en un lenguaje que no entienden, se promueve en estos

últimos una vivencia incomprensible y se refuerza el supuesto de que dependen de personajes poderosos y arbitrarios. Tal vez así se entienda, entonces, qué decía Lorena cuando expresó que se equivocó y, en otras ocasiones, sufría por no ser entendida. Algo similar sucede si los profesionales carecen de empatía y se sobreinveste el número, como dice Delia, la estadística.

Hasta aquí, entonces, tenemos dos terapeutas que evidencian algún grado de desorientación, complementario de la falta de comunicación, coordinación y coherencia entre los profesionales. Nos interesa, entonces, pensar esta falta de recursos y de disolución de los vínculos de un equipo como expresión del ya mencionado desvalimiento institucional. Resalto la cuestión del "porque", en tanto alude a los nexos causales, esto es, a cómo se piensan y explican los fenómenos, en este caso clínicos. Por ejemplo, a la semana siguiente, el otro residente le deniega la salida "porque no había quien firmara el permiso". Nuevamente, el argumento burocrático resulta la explicación que justifica una decisión clínica. Esta burocracia, como sostuvo David, no consiste meramente en una exacerbación de los protocolos o procedimientos, en un énfasis en el orden y la corrección, sino que más bien es expresión de estados de somnolencia y parálisis anímica. Otro signo palmario de esto último es la referencia al personal de seguridad, cuya misión ni siquiera es proteger a las personas sino "proteger el edificio". Quizá, esta reificación o cosificación es expresión de la desobjetivación que imperaba al menos en parte del hospital.

Posiblemente, la referencia a un "edificio protegido" sea expresión de una función institucional que se ha invertido y, por lo tanto, ya no se trata de un "edificio protector". En efecto, el vidrio encontrado por la paciente, sin duda, no ponía en riesgo al edificio. Función invertida que también conduce a que las prácticas no se realicen en función de las pacientes y sus conflictos, sino que se exige que ellas se amolden al imperativo expulsivo de externación.

Un dato que no carece de valor es la inconsistencia o ficción de ciertos términos, en tanto se llama "interdisciplina" a la fragmentación del trabajo entre profesionales diversos, y se designa "entrevista familiar" a sesiones en que la paciente está por un lado y la familia por otro. Quizá sea una extrapolación excesiva pero me recuerda al problema planteado por Bion sobre la reversión de la perspectiva, en que no resulta posible la binocularidad, esto es, la convergencia de dos puntos de vista, la combinación de perspectivas desde distintos vértices. Cuando esto no se logra, no resulta accesible la tridimensionalidad y la profundidad.

En un sentido similar, creo, David hablaba de la "escisión intracanal", una defensa secundaria ligada a esa temprana fase del desarrollo que Freud denominó autoerotismo. Decía que el trabajo yoico correspondiente consiste en alcanzar la convergencia de diferentes receptores de un mismo canal sensorial (por ejemplo, los dos ojos). Aquella defensa, entonces, consiste en mantener la divergencia ocular o en retornar a ella, con lo cual un sector del yo (por ejemplo, el ojo desviado) desconoce la realidad.

La anécdota sobre Bauleo muestra dos aspectos, además de su tristeza. Por un lado, cómo se fueron suprimiendo las prácticas grupales, el trabajo vincular; lo que se advierte no solo respecto de las pacientes sino que también parece haber afectado al intercambio entre los colegas. Por otro lado, también es expresión de cómo ha quedado desestimado un sector de la historia de la institución, un sector que no ha sido recuperado sino olvidado.

Delia hace varias referencias al problema de las "salidas" (de los pacientes los fines de semana, de los profesionales por congresos o en función de sus horarios laborales, etc.). Esta característica parece indicar una falla en la función institucional de intercambio con el exterior, de circulación entre el adentro y el afuera. El único criterio con el que parece poder pensarse la relación con la exterioridad es el criterio numérico: la externación de las pacientes (que se busca para cumplir con la estadística) o bien las salidas a congresos que están auspiciadas por laboratorios. Posiblemente, las escenas de invasión de cucarachas o de cañerías tapadas expresen un problema similar: la imposibilidad de un intercambio con la realidad externa que no resulte traumático o tóxico.

Resulta notable que pese a la persistente exigencia por externar, el jefe de sala no se presentó a una reunión para trabajar sobre un proyecto que facilitaría las mismas. Esto nos lleva a pensar que la externación solo en apariencia es un "proyecto", si por tal entendemos una elaboración colectiva, basada en criterios definidos, objetivos claros desde el punto de vista teórico clínico y, a su vez, a partir de un nexo con otra institución. Por el contrario, en la descripción que nos ofrece Delia la externación no se funda en todo ello sino, más bien, en el criterio de expulsión, cuyas características son la aceleración, la desconexión respecto de otras instituciones y, en consecuencia, el retorno de lo expulsado en las sucesivas reinternaciones.

Bleger decía que la forma en que se hagan los cambios será la forma que prevalecerá cuando se logre ese cambio. Acá podríamos decir que la forma en que se genera la externación es la forma en que retorna como reinternación. Quiero decir, que el criterio puramente numérico, en que domina la urgencia por la externación es la vía para el retorno del trauma, no solo en los pacientes. De este modo, el "rápido giro de cama" devenía en la "puerta giratoria", todo lo cual conduce a pensar en estados de vértigo, velocidad y desconexión afectiva. Como dijo Delia, no se trata de la mejora de las pacientes, sino de una "mejora permanente de la estadística".

El componente persecutorio parece tener algún peso (como en la confección de una lista negra, o bien lo que sucedió luego de la denuncia a un enfermero por abuso) aunque parece cumplir también con una función encubridora. Quiero decir que las venganzas del director o la lista negra disfrazan, finalmente, la parálisis institucional, la falta de proyecto, la imposibilidad de pensar los problemas de manera más compleja. Quizá la venganza es la respuesta rabiosa de un grupo cuando desde el algún sector se empuja en una dirección contraria de la mera actuación burocrática. De hecho, David señala que las frases genuinas tienen el valor de un quiebre de un pacto de silencio, y que las mentiras, que pueden aparentar constituir un intento de venganza, no son más que el esfuerzo por burocratizarse en la monotonía, situación en que la única actividad anímica a la que se aspira es la relación con los números. Es decir, las mentiras no disfrazan tanto una segunda intención sino, sobre todo, la ausencia de cualificación, de subjetividad.

Ante la ocurrencia de este tipo de procesos, cuya lógica anímica y vincular corresponde a las modalidades primordiales, David proponía no preguntarse tanto por qué ocurren sino más bien preguntarse como o por qué puede ocurrir algo diverso. Por eso mismo, cuando prevalecen lógicas ligadas a las mentiras, al poder despótico, a los números o a la manipulación emocional, David decía que cobra importancia, para pensar la salida de los procesos respectivos, la presencia de un personaje ingenuo, imaginativo y crédulo. Es decir, tiene importancia la función de un sujeto creíble, exento de una fachada, aunque este sujeto también resultará el destinatario del poder disolvente. Como sea, este personaje (que puede corresponder, lógicamente, a varios miembros) es a partir del cual se pueden desarrollar proyectos genuinos.

David retomaba las hipótesis de Freud sobre el estancamiento libidinal y, por consiguiente, la imposibilidad de enlazar el empuje erótico con un proyecto determinado. A la inversa, cuando sí se pueden desarrollar proyectos (que tomen en cuenta la triple fuente de exigencias) quedan convocados los procesos identificatorios que neutralizan el riesgo de la producción de diversas marginalidades.

En la exposición de Delia se destaca no solo el ataque o la indiferencia manifiesta hacia ciertos proyectos, sino que algo similar se deduce de otras escenas. Entre ellas, por ejemplo, que el diálogo y la reflexión sobre los problemas vinculares quedaban reemplazados por el planteo sobre cucarachas y baños tapados. O bien, en que los profesionales debían explicar porqué se demora una externación (como si estuvieran en falta) pero no explicaban ni se les exigían los argumentos para decidirla.

Pensemos en la espacialidad: terapias fragmentadas y en boxes, agentes de seguridad con armas para proteger el edificio, una denuncia en un cajón, asambleas y reuniones de equipo realizadas en un aula-morgue y baños tapados, son escenas que parecen tener una continuidad entre ellas y que seguramente nos invitan a pensar en la institución y su desvalimiento, en la prevalencia de lo mortífero por sobre lo vital. Control del edificio, boxes, morgue, cañerías tapadas y cajón, son la espacialidad complementaria de la práctica a la que llaman "contención". Término que se utiliza no en su dimensión emocional, subjetiva, sino solamente para referirse a la paralización de los cuerpos.

Y para terminar. Todos ustedes deben recordar la propuesta pionera de Bleger cuando sostuvo que los miembros de un equipo clínico institucional tienden a reproducir en su funcionamiento algunos de los rasgos de la psicopatología de los pacientes que atienden en la institución. David precisó esa hipótesis y sostuvo que *"los procesos tóxicos y traumáticos pueden desplegarse de un modo isomórfico en el personal dedicado a la práctica clínica"*.

Sin embargo, el caso que acabamos de escuchar parece conducirnos en otra dirección, esto es, cómo un paciente puede responder, desde sus propias disposiciones, en sintonía con los mecanismos institucionales. En todo caso, podemos plantearnos una pregunta: ¿se trata de que el equipo clínico se mimetiza con la lógica de los pacientes que atienden (al modo de la contratransferencia, el contagio afectivo o el *enactment*)? O más bien, se trata de que en determinadas instituciones las posiciones atribuidas a profesionales y pacientes no se distinguen demasiado, en tanto ambos grupos son colocados en la posición de ayudantes para un modelo desubjetivante.