



cleptios

una revista de
residentes de
salud mental

41

Coordinadores Dr. Javier Fabrissin
Dra. Ivana Druetta
Dr. Federico Rebok
Lic. María Laura Ormando

Comité de Redacción Dr. Juan Costa
Lic. María Juliana Espert
Dr. Pedro Roggiano
Lic. Julia Vallejo

Colaborador Lic. Alejandro Vainer

Comité Asesor Lic. Martín Agrest
Lic. Jazmín Barrientos
Lic. Fernanda Feijoo
Dr. Alexis Mussa
Dr. Martín Nemirovsky

Diseño Estudio THISIGN

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual N° 1603324 - ISSN N° 1666-2776 - Hecho el depósito que marca la ley.
Clepios, Vol XII - Nro. 3 - Octubre 2006 / Febrero 2007.

Todos los derechos reservados. © Copyright by POLEMOS S. A.

*Clepios, Una Revista de Residentes de Salud Mental, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.

Informes y correspondencia: Clepios, Moreno 1785 5º piso (1093) Buenos Aires. Tel/Fax 4.383-5291.

E-mail: clepios@hotmail.com www.editorialpolemos.com.ar

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son exclusiva responsabilidad de sus autores.

Impreso en: Servicio Integral Gráfico - Cóndor 2877 - Ciudad de Buenos Aires.

Comité de lectura

Lic. Elena de la Aldea (Buenos Aires)
Dr. Jacinto Armando (Buenos Aires)
Lic. Soledad Belcasino (Córdoba)
Lic. Lía Bikel (Buenos Aires)
Dra. Silvia Bleichmar (Buenos Aires)
Dr. Norberto Conti (Buenos Aires)
Prof. Dr. Arturo Corrales (Tucumán)
Dr. Vicente Donnoli (Buenos Aires)
Lic. Liliana Donzis (Buenos Aires)
Lic. Alfredo Eidelsztein (Buenos Aires)
Lic. Elida Fernández (Buenos Aires)
Dra. Doris Flores (Salta)

Dr. Emiliano Galende (Buenos Aires)
Dr. Anibal Goldchluk (Buenos Aires)
T.S. Cristina González (Córdoba)
Lic. Hugo Hirsch (Buenos Aires)
Dra. Gabriela Jufe (Buenos Aires)
Prof. Gregorio Klimovsky (Buenos Aires)
Dr. Alejandro Lagomarsino (Buenos Aires)
Dr. Gabriel Lombardi (Buenos Aires)
Lic. Juana Marrón (Buenos Aires)
Dr. Daniel Matusevich (Buenos Aires)
Dr. Rodolfo Moguillansky (Buenos Aires)
Dr. Alberto Monchablon Espinoza (Buenos Aires)

Lic. Oscar Montivero (Salta)
Lic. Laura Mosquera (Buenos Aires)
Dr. Luis Alberto Semper (Corrientes)
Dr. Juan Carlos Stagnaro (Buenos Aires)
Dr. Gerardo Stein (Buenos Aires)
Lic. Alicia Stolkiner (Buenos Aires)
Dr. Sergio Strejilevich (Buenos Aires)
Dr. Fabián Triskier (Buenos Aires)
Dr. Fernando Ulloa (Buenos Aires)
Lic. Alejandro Vainer (Buenos Aires)
Lic. Adriana Valmayor (Buenos Aires)
Lic. Marta Vega (Buenos Aires)
Lic. Débora Yanco (Buenos Aires)

+ c 41

100

Encrucijadas
Lic. Mariela Trillo
Dra. Betsabé Leicach



112

ARQUEOLOGÍA DE LAS RESIDENCIAS
La jefatura de la residencia:
un juego sin fin
Lic. Martín Agrest
Dr. Martín Nemirovsky

104

El Jefe de Residentes:
ni ídolo ni traidor
Lic. Claudia Greco
Lic. Alejandro Vainer



115

RELATOS CLÍNICOS
Cuerpo e identificación: Sendas y
obstáculos en la dirección de una cura
Lic. Leopoldo Kligmann
Comentario de Relatos Clínicos:
Mónica Cadorini

109

Jefaturas
Dr. Javier Fabrissin
Lic. Santiago Mazzuca

editorial

LO QUE NO SE DICE

Se habla detrás de las puertas, por lo bajo, casi en un susurro. Se intercambian miradas, circulan notas con cruces y cálculos, de repente los demás comentan y hacen chistes alusivos, aumenta la perspicacia y un sentimiento paranoide recorre todo el lugar. Cada movimiento es observado, hay un plus de interpretación y valor sobreagregado a cada conducta.

De eso no se habla pero el murmullo circula, como todo murmullo, e inunda el aire de Noviembre. Noviembre es lindo, empieza el calor, florecen los jacarandaes...

Eso no se dice y nombrarlo sería una blasfemia. Entonces trato de pasar el tiempo, como si el tiempo me esperara para algo, como si nada sucediera, en los carriles de la normalidad cotidiana del mate y el paciente que se descompensó y el ateneo que tengo que presentar...otra vez, basta, ya llegará el momento. Ahora no. Ahora me dedico a otra cosa que no sea esto.

Ser jefe. Ser o no ser, decía Hamlet. Hamlet también debía elegir. Y elegir no es fácil. Ser jefe puede ser muchas cosas pero nadie lo sabe hasta que asume. Y yo todavía no asumí, yo todavía soy R4 y ni siquiera sé si quiero presentarme. Sí quiero, pero me presento con mi compañero y aún no lo puedo decir abiertamente; no lo hablé con él, pero sé que él también quiere. Queremos los dos. Pero no puedo hacerlo tan explícito. Sería demasiado. Pero alguien debe tomar el mando, alguien debe ser jefe en esta secundaria tardía que es la residencia.

Yo sé que fui compañero y ahora que quedé en lugar de mi compañero tengo que ser jefe y no sé qué debe hacer un jefe... ¿Tomar el mando? Eso era, ¿no? ¿No? ¿No era que yo me presentaba y trataba de hacer todo lo que había propuesto en mi proyecto? ¿No era que vos me habías votado porque te pareció interesante mi propuesta? Pero eso no te lo puedo dejar pasar...tenés que venir a todos los cursos porque los organicé para vos... ¿Cómo que otra vez estás enfermo? ¿Qué tengo que hacer para que me quieras?

**120****CLEPIOS INVESTIGA**

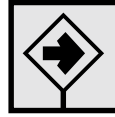
Encuesta acerca de la jefatura de residentes
 Dr. Juan Costa
 Dra. Ivana Druetta
 Dr. Javier Fabrissin
 Lic. María Laura Ormando

**135****REPORTAJE**

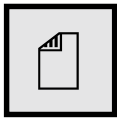
Ser el elegido....
 Reportaje a Javier Serrano
 Por María Laura Ormando
 Ivana Druetta
 Colaboración: Javier Fabrissin

**126****LO HUBIERA SABIDO ANTES**

El modelo de Reducción de daños como una alternativa al problema "drogas"
 Dr. Andrés Schteingart

**140****CLEPIOS POR EL PAÍS**

Córdoba "Cuidados intensivos pediátricos y Salud Mental: una experiencia de trabajo."
 Dra. María Capriotti

**129****CADÁVER EXQUISITO**

Jefatura de Residencia
 Sebastián Cukier
 Omar Alva
 Mónica García Barthe
 Elisabeth Araceli Mazza
 Florencia Surmani

**143****CRÍTICA DE LIBROS**

No sé contestarme. Pensé que elegir era fácil pero elegir implica una responsabilidad que queda diluida en el mismo momento en que yo me digo tu jefe. Porque pensaste que seguía siendo tu compañero...entonces ¿me elegiste por amiguismo? Sólo me siento jefe de los que recién entraron, me respetan un poco más...un poco. Pero hay una que está faltando a las supervisiones y no sé qué hacer.

Porque si no hago todo lo que quieren no los convence y se quejan. Y si hago casi todo lo quieren, tampoco los conforma. Y estoy harto. Harto de no saber qué es lo quieren. Quiero terminar, quiero que me demanden lo que puedo darles, no la luna y el más allá porque a mí nadie me avisó que esto era ser jefe. Es ingrato, pero ustedes no lo van a saber hasta que les llegue. Estoy cansado...

Y otra vez llegó Noviembre y de vuelta el murmullo. Y de repente ya hay otro nuevo jefe que va a ocupar mi lugar. Esto es intercambiable, soy prescindible y siento que mi jefatura duró de Junio a Noviembre.

Ya está. No era tan malo. Después de todo, es una experiencia y algo se aprende. Lo sé ahora, a la distancia. Que hiciera lo que hiciera, nada era suficiente. Hubiera hecho las cosas de otra manera, pero cuando aprendí ya era hora de irme.

Esta podría una de las tantas voces que no pasan el umbral de aquello que se nombra por lo bajo. Un testimonio que, si bien es ficcional, enmarca los diferentes momentos por los que suele transitar un jefe de residentes. No quisimos poner nuestra voz, sino la de quien encarna en esta instancia aquello difícil de digerir: antes, durante y después.

Este número de Clepios lo dedicamos a las jefaturas, a las campañas, a los jefes actuales, a los que se fueron, a los candidatos que se presentan y a los que ven desde afuera este fenómeno anual ineludible, amado, odiado y necesario al mismo tiempo.

¿Por qué? Porque alguna vez alguien tenía que decirlo.

>

LA REDACCIÓN

[clepios@hotmail.com]

Encrucijadas



Lic. Mariela Trillo
Dra. Betsabé Leicach

Residentes de 3º año 2004 – 2005
Hospital General de Agudos
Dr. T. Álvarez

Trabajo que obtuvo Mención en la categoría "Trabajo en equipo" en las XI Jornadas de Residentes de Salud Mental del Área Metropolitana, año 2004.

Introducción

El presente trabajo da cuenta de un caso clínico que en su singularidad nos llevó a realizar una búsqueda activa de otras disciplinas -que a nuestro entender- también forman parte del campo de la salud mental.

Además de haber trabajado sobre cuestiones diagnósticas, indicaciones farmacológicas e intervenciones psicoterapéuticas, como equipo nos vimos convocadas a atravesar encrucijadas ético-legales, que marcaron un nuevo rumbo en el tratamiento y llevaron a cuestionar nuestra práctica cotidiana.

Presentar este trabajo de manera conjunta, es fiel reflejo de la modalidad de abordaje y elaboración teórica que realizamos sobre el caso, así como también de la forma que elegimos para dar cuenta del mismo a través de la escritura.

Escenas

En junio de 2003, Carlos de 30 años, ingresa a la sala de internación del Hospital Álvarez por segunda vez en el lapso de 6 meses. En ambas oportunidades, el diagnóstico rezaba "intento de suicidio". En el primer episodio ingirió cucarachicida con Coca Cola y en el segundo intentó ahorcarse, siendo su hermana quien fortuitamente entró en escena e interrumpió aquellos preparativos.

Carlos comenta que quiso quitarse la vida porque está "desesperado" debido a la incesante persecución que sufre hace 7 meses, momento en que fue "escrachado" en Canal 26: "En la tele decían que era un violador, un puto que no merecía vivir, que me tenían que matar, desde ese

momento no le encuentro sentido a la vida, antes de que me mate la policía prefería matarme yo".

Palabras que describían el tormento de nuestro paciente y que colocaban en primer plano el riesgo permanente e impredecible que caracterizaba su cuadro.

A lo largo de las entrevistas irá desplegando su ideación delirante. Cuenta que una dentista lo contrató para trabajar: "Me trataba mal, cuando se iba yo decía que la iba matar, pusieron cámaras y me filmaron. Me hicieron un escrache en la tele con todo lo que habían filmado, nadie confiesa haber visto el programa, pero yo estoy convencido que me escracharon".

Otro de los pilares sobre el que se sostiene su cuadro, son las interpretaciones delirantes. Todo lo que acontece

es interpretado de una forma paranoide y autorreferencial: “es difícil vivir así, tengo la intuición que me la van a dar, la policía me va a matar, la gente en la calle hace gestos porque soy puto.”

Además de la productividad psicótica, se tornaba llamativo el aplanamiento afectivo sumado a una marcada hipobulia y anhedonia, que hacían que Carlos permaneciera en la cama sin socializar con el resto de los pacientes. De todas formas, aceptaba la internación y el tratamiento que se le brindaba, a pesar de carecer de conciencia de situación y de enfermedad.

Estos síntomas negativos sólo se veían interrumpidos por raptos distímicos, en los que Carlos parecía no soportar más la persecución que sufría: “No quiero hablar más, estoy podrido de mi vida, en cualquier momento me la van a dar... Ya está todo hecho”, presentando una clara reticencia a ser entrevistado y pesquisándose un incremento del riesgo de base del paciente.

Historizando su padecimiento vislumbramos que su cuadro se remontaba a años de evolución: terminó la escuela primaria a los 17 años, y luego efectuó distintos trabajos a los que renunciaba porque “le hacían la vida imposible”. “Hace 10 años cuando iba por la calle murmuraban: puto de mierda, ¿no ves que está loco?, parece gay. Por eso probé estar con hombres, ahora me defino como bisexual”. Por ese entonces comenzará a frecuentar boliches y a mantener encuentros sexuales con compañeros ocasionales.

La familia de Carlos está compuesta por su madre, padrastro y 3 hermanas (de 10, 22 y 26 años). El padre biológico, quien “nunca lo quiso reconocer”, muere hace 3 años de SIDA.

Encrucijadas

Durante la internación Carlos recibió tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico así como también se realizaron entrevistas familiares.

El horizonte al que apuntábamos nos era claro: utilizar el dispositivo de internación para lograr apaciguar y ordenar algo del padecimiento del paciente, sin perder de vista el altísimo riesgo que caracterizaba su cuadro.

Promediando su estadía en la sala y debido a una dermatitis seborreica recidivante refractaria al tratamiento propuesto por dermatología, se le solicita el examen de VIH, siendo el paciente quien firma el consentimiento informado.

Pero teniendo en cuenta su patología mental, ¿era correcto que Carlos firmara dicho consentimiento?

Dado que el resultado obtenido fue VIH +, rápidamente nos surgió el interrogante de cómo transmitírselo al paciente teniendo en cuenta la gravedad de su patología psiquiátrica.

Realizamos una interconsulta con el servicio de infecto-

logía, quienes pidieron estudios complementarios (CD4, CD8 y carga viral) e indicaron un tratamiento antibiótico profiláctico.

Entretanto, temiendo posibles consecuencias de la noticia, como equipo tratante consensuamos en advertirle a Carlos que los estudios diagnósticos habían arrojado “resultados poco claros” y que sería necesario realizar nuevos exámenes.

Ante lo dicho, él no parecía preocupado ni conmovido. Aceptó tal indicación (al igual que cualquier otra que le hiciéramos) pero nos sorprendió al sentenciar: “cuando esté el resultado definitivo, no quiero saberlo” fundamentando tamaña decisión “si tenés HIV, la gente te discrimina”.

Lo manifestado por Carlos resultó ser el disparador de una serie de preguntas que nos concernían a nosotras como equipo:

Esta idea de “discriminación por VIH”, ¿vendría a sumarse a la ideación delirante de tinte paranoide y autorreferencial que caracterizaban el cuadro? Si se le comunicaba el resultado, ¿acaso no podría realizar un nuevo intento de suicidio?

Al ser un paciente psiquiátrico con el “juicio desviado” ¿puede respetarse su decisión de no querer saber el resultado? Dicha decisión ¿podía respetarse en el caso de una enfermedad infectocontagiosa?

Situadas en estas encrucijadas, y basándonos en la especificidad de nuestra práctica pero sobre todo en nuestra intuición, decidimos respetar su decisión. Más tarde vendrían los derroteros de un arduo trabajo que consistió en la búsqueda de otros campos (jurídico, ético, infectológico) para cuestionar la pertinencia de aquella primera intervención intuitiva.

Inicialmente, nos acercamos al servicio de infectología planteando los dichos del paciente y nuestra apuesta a respetarlos, intentando un intercambio de saberes para abordar el caso interdisciplinariamente.

Los desencuentros entre los dos discursos no tardaron en aparecer, dado que la infectóloga no comprendía el porqué de tanta cautela en relación a comunicarle al paciente la información que manejábamos, esgrimiendo que el VIH, resulta riesgoso para la población por ser una enfermedad infectocontagiosa. De esta manera nos instaba a transmitirle el diagnóstico cuanto antes.

Hallando este nuevo obstáculo en el recorrido y sin encontrar respuestas a los dilemas planteados, comenzamos una búsqueda de supervisiones y acudimos a referentes “especializados”, para intentar articular lo específico de nuestra práctica (la escucha de la subjetividad del paciente) con lo establecido por la ley, pero aun así no lográbamos unificar los criterios que nos ofrecían como posibles soluciones.

Debatíamos en relación a la responsabilidad y a los derechos, tanto nuestros como del paciente, hasta que des-

embarcamos en un recurso cercano pero poco conocido: el Comité de Bioética del hospital (formado por un equipo multidisciplinario compuesto por psiquiatras, psicólogos, oncólogo, obstetra, hematólogo, jefa de enfermería, asistente social, sacerdote y dos integrantes de la comunidad vecinal).

De este encuentro, lo más curioso resultó ser la postura de sus integrantes quienes enarbolando la bandera de su especialidad perdían de vista al paciente, cosificándolo y haciendo del proceso de comunicación de un diagnóstico, un procedimiento estanco y automático. Lo más fructífero, fue conocer pormenorizadamente la legislación vigente con sus excepciones y los principios de la bioética aplicables al caso en cuestión.

A partir de entonces, encontramos puntos de intersección y de disyunción entre nuestra práctica clínica, el campo jurídico y el campo de la bioética.

Cable a tierra

Comenzamos por investigar sobre el consentimiento informado, el cual es una de las reglas éticas fundamentales que modelan la responsabilidad médica. Deriva de la aplicación de los principios de dignidad, respeto por la autonomía y confianza de las personas¹. El mismo se lleva a cabo mediante una declaración de voluntad realizada por una persona considerada autónoma, competente y capaz de comprender la información suministrada referida al plan diagnóstico. La regla es que todas las personas son capaces, a menos que la ley declare incapaces a algunas de ellas para realizar ciertos actos jurídicos.

En el caso de nuestro paciente, la evaluación psiquiátrica indicaba que su juicio se hallaba desviado aunque este estado no es equiparable al de incapacidad declarado por la ley. Esta indica que los menores impúberes, personas por nacer, dementes y sordomudos que no pueden hacerse entender, no poseen capacidad de hecho (competencia⁽¹⁾) para realizar actos jurídicos.²

La determinación de la competencia del paciente, es realizada por el equipo tratante de acuerdo a la evaluación de ciertos criterios flexibles y dinámicos en el momento previo al consentimiento informado. Estimamos que Carlos era capaz de decidir sobre sus objetivos personales y actuar en función de ellos, motivo por el cual no dudamos en que fuera él mismo quien firmara el consentimiento, sin que manifestara oposición alguna al procedimiento diagnóstico. A pesar de haber aceptado que se le realizara la serología para VIH, no tardó en mostrar su negativa a conocer el resultado: ¿contradicción propia de su "locura" o mecanismo defensivo inherente al psiquismo humano? Acaso cualquiera de nosotros ¿no podría realizarse la serología y luego resignar la búsqueda del resultado?

Estas preguntas nos llevaron a reflexionar, que la decisión

de "no querer saber" no forma parte de la construcción delirante de Carlos, sino que se erige sobre los prejuicios y las representaciones sociales ligadas a las enfermedades infectocontagiosas que circulan en nuestra sociedad. Aunque esta idea no fuera delirante y formara parte del sentido común, no descartábamos que viniera a sumarse a la ideación paranoide y de perjuicio como un nuevo factor desencadenante para intentar suicidarse. Allí residía nuestro miedo y nuestra cautela.

Pero al mismo tiempo, como decidimos darle crédito a su deseo y consideramos que todos tenemos "derecho a no saber", respetamos la autonomía del paciente, dándole valor a su opinión y cuidando que sus acciones no produjeran un perjuicio en el prójimo o en sí mismo.

Respecto de este punto conflictivo, una intensa línea de trabajo consistió en enseñar y enfatizar medidas de psicoeducación en relación a las vías de transmisión del VIH, al carácter infectocontagioso del virus y al derecho de la asistencia médica.³

Por otra parte, Carlos cumplía las indicaciones prescriptas por infectología sin interrogar al respecto: tomaba los antibióticos y realizaba estudios complementarios que arrojaron valores normales por lo que no fue necesario un tratamiento antirretroviral, asegurándonos también que en ningún momento dejamos de cumplir con el deber de la asistencia al paciente.

La existencia de estos elementos nos respaldaban a la hora de introducir un tiempo para repensar la pertinencia de brindarle el resultado a Carlos, pero se nos presentificaba un límite real y concreto, que excedía nuestras consideraciones: La Ley.

Tomamos conocimiento de la responsabilidad del médico tratante de informarle al paciente el resultado reactivo de la serología para VIH⁴. Entonces, hallamos que respetando la decisión de Carlos estábamos por fuera del deber de informar pero amparadas en una excepción conocida como privilegio terapéutico. Dicha figura consiste en evaluar el beneficio de la revelación y las consecuencias de la misma. Es decir, si la información a suministrar podría ocasionar un grave perjuicio en la integridad o salud del paciente, y el daño fuese marcadamente superior al beneficio esperado de la revelación, el profesional debería restringir, dosificar o anular la información⁵. Ese fue nuestro proceder hasta entonces, dosificar la información en pos de respetar el "derecho de no saber", basándonos en que la sintomatología psiquiátrica no había remitido y que el riesgo suicida no había disminuido. A partir de allí ubicamos el objetivo próximo de brindarle la información una vez que evaluáramos la compensación de su cuadro.

A los 6 meses de internación, Carlos evidenció una clara mejoría: ya no hacía referencias al "escrache" sufrido ni se hallaba suspicaz con el entorno. Se encontraba de buen ánimo y aceptaba continuar con el tratamiento por psicopatología e infectología en forma ambulatoria.

Nos propusimos aguardar un tiempo para evaluar la reinscripción sociofamiliar y armar el campo propicio para darle la noticia.

Realizamos una última supervisión con un abogado especialista en la práctica ético-legal en VIH, quien nos orientó sobre la información a brindar en la etapa de comunicación, así como también sobre el modo de abordar el tema en la historia clínica. Si bien las entrevistas psicoterapéuticas y psiquiátricas se desarrollaban independientemente, el día que decidimos informarle el diagnóstico, lo hicimos de manera conjunta. Le planteamos a Carlos que contábamos con el resultado definitivo de los estudios efectuados y que su médica tratante tenía el deber de informárselo, aunque le ofrecimos la posibilidad de sostener su negativa a recibir la información si lo manifestaba de puño y letra en la historia clínica.

Carlos expresó su voluntad de querer saberlo. Al decirle que se hallaba infectado con VIH, no se mostró sorprendido ni conmovido. Realizó preguntas sobre la futura terapéutica y charlamos una vez más sobre las medidas de profilaxis.

Actualmente, el paciente continúa en tratamiento con nosotras. Su cuadro psiquiátrico no se vio modificado por la noticia recibida y esporádicamente menciona ideas delirantes pero con escasa afectividad. Sobre el VIH, no manifiesta particular preocupación, incluso dejó deslizar "...yo ya lo sabía, pero no quería escucharlo...".

Debate abierto

Basándonos en la escasa bibliografía en relación a cuestiones ético-legales en pacientes psiquiátricos con VIH, y en el nulo conocimiento tanto nuestro como el de colegas,

supervisores, jefes y aún abogados, fue menester preguntarnos: Este tipo de casos ¿se pueden resolver apuntándose únicamente en las leyes vigentes o sólo desde una perspectiva que priorice la salud mental? ¿Es correcto pensar que las cuestiones mencionadas "sobrepasan los límites" de la psicopatología o son inherentes a la misma? La cuestión ético-legal es parte de nuestra práctica diaria. Los profesionales de la salud mental, no solo deberíamos tener conocimientos propios a nuestra especialidad, sino también sobre la legislación vigente. Creemos, además, que es clave tener una posición crítica sobre las disciplinas puestas en juego, formular preguntas, contestarse y repreguntarse.

Sin dudas, el caso presentado se polariza en dos puntos esenciales: por un lado la adherencia a la ley, lo cual nos alejaba de la subjetividad del paciente. Por otro, el acercamiento al deseo de Carlos, que por momentos nos apartaba de la ley.

Durante todo el proceso pivoteamos entre ambos extremos, perdiendo de vista la diferencia entre la obligación de informar del médico y el derecho de no saber del paciente, hasta que hallamos un punto de intersección: la opción de que Carlos sostenga la negativa a recibir la información manifestándolo de puño y letra en la historia clínica. Esto, no sólo pone en jaque lo manifestado por infectología y por integrantes del comité de bioética, sino también a nosotras como equipo tratante en el punto de haber dado tantos rodeos intentando hacer coincidir el deseo del paciente, el nuestro y lo establecido por la ley.

Del recorrido, conservamos las huellas que este proceso dejó en nosotras comprendiendo, no sólo las implicancias de la particularidad del "caso por caso", sino también las del "equipo de trabajo por equipo de trabajo".



NOTAS

1 Competencia: capacidad de una persona para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos para tomar, expresar y defender una decisión acorde con su escala de valores. Manual de ética del American College of Physician. Annual Internal Medicine, Dic. 1992.

BIBLIOGRAFÍA

1 Maglio, I.: Guías de buena práctica ético legal en VIH/SIDA. Editorial Arkhetypo. Bs. As. Pág. 35. 2001.

2 Nino, CS.: Introducción al análisis del derecho. Editorial Astrea. Bs. As. 1998.

3 Ley 23798 -Salud Pública- Lucha contra el SIDA. Bs.As. 16/8/1990. Publicación B.O: 20-9-1990. Decreto 1244/91.

4 Ley 23798 -Salud Pública- Lucha contra el SIDA. Bs.As. 16/8/1990. Publicación B.O: 20-9-1990. Art. 8.

5 Maglio, I.: Guías de buena práctica ético legal en VIH/SIDA. Editorial Arkhetypo. Bs. As. Pág. 57. 2001.

El Jefe de Residentes: ni ídolo ni traidor

La supervisión de la función del Jefe de Residentes



Lic. Claudia Greco
Lic. en Psicología (UBA). Psicoanalista.
Ex Jefa de Residentes del Hospital Alvear. Ex docente de la cátedra de Psicología Institucional I (UBA). Docente y Supervisora de Residentes y Jefes de Residentes.

Lic. Alejandro Vainer
Lic. en Psicología (UBA). Psicoanalista.
Ex Jefe de Residentes del Hospital Borda. Docente y Supervisor de actividades grupales de Residentes y Jefes de Residentes. Coordinador General de la Revista Topía, publicación de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. Coautor de Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70. Tomo I: 1957-1969. Tomo II: 1970-1983. Editorial Topía, Bs. As. 2004-5.

Introducción :: Cuando hicimos la Residencia y la Jefatura de Residencia a principios y mediados de la década del 90 no imaginamos que podríamos llegar a trabajar año tras año con sucesivas camadas de Jefes de Residentes y que, además, lo haríamos mediante un dispositivo grupal.⁽¹⁾ En aquel momento nos encontramos, como cualquier Jefe de Residentes (JR), con un cargo para el cual no estábamos preparados. A diferencia de los cuatro años previos en que fuimos Residentes, no contábamos para poder llevar adelante la tarea ni tan siquiera con los sostenes habituales que representan los cursos y las supervisiones. El aporte fundamental del grupo de pares (los otros Residentes) que, en reuniones, encuentros y ateneos, permite ir metabolizando la experiencia de cada momento, no significaba ayuda alguna para encarar la jefatura. A lo sumo –si teníamos afinidad con él/ella- se contaba con el propio compañero de la nueva función y con algunas reuniones que comenzaban a realizarse en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires entre todos los JR.

Durante el año de jefatura nos atravesó una “orfandad” muy diferente y aún más profunda que la padecida los años previos. Por eso, apelando a la experiencia previa, supervisamos nuestra función durante el año que duró la tarea. El problema era con quién supervisar un trabajo que se parecía poco al que habíamos realizado hasta ese momento y que requería habilidades muy diferentes a las desarrolladas con anterioridad. Si bien, entre tantas otras cosas, habíamos adquirido cierta pericia clínica a la hora de atender los pacientes, al presentar un ateneo o para escribir historias clínicas, era muy escaso lo que sabíamos para llevar adelante una jefatura. Los supervisores que conocíamos eran excelentes profesionales pero que no se metían con la Residencia en tanto institución y sistema de capacitación en servicio en el ámbito público. Sí podían ha-

cerlo con la Institución psicoanalítica y/o psiquiátrica. Pero para nosotros las preguntas transitaban otros escenarios que contenían y excedían a la vez al paciente ambulatorio, a la Internación, a Hospital de día o a los grupos en las salas de Atención Primaria. Más bien empezábamos a preguntarnos cosas como éstas: ¿Qué lugar ocupaban los Residentes para el JR? ¿Cuáles eran los fenómenos grupales que se habían dado previo a las elecciones de Jefes? ¿Cómo entender las consecuencias de la elección que habían dejado al grupo dividido en dos sub- grupos que se odiaban de tal manera que no aceptaban encontrarse en un ateneo? ¿Cómo intervenir con aquel Residente que pudiese ser brillante y estudioso pero que tal vez atiende un solo paciente y decide no asistir a los cursos? ¿Cómo comprender las demandas de los Jefes de Servicio? ¿Qué

lugar ocupar en las reuniones con Capacitación/Región? ¿Cómo desarrollar la tarea con un co-jefe y cómo atravesar los difíciles momentos de una relación tan compleja? Eran demasiadas preguntas sin saber muy bien a quién dirigir-las, pero el haber transitado por la multiplicidad de escenarios que ofrece la Residencia nos aclaró una cuestión importante: el supervisor a elegir tendría que conocer de temáticas grupales e institucionales poco frecuentes aún hasta hoy en las Residencias.⁽²⁾ Si el JR tenía que “conducir”, “dirigir”, “liderar”, “coordinar un equipo” o un “grupo” de trabajo en el marco de un entrecruzamiento institucional, alguien tenía que poder leer estas cuestiones.

El inicio de la tarea como JR suele ser abrumador porque rápidamente el jefe se encuentra teniendo que decidir sobre situaciones puntuales en donde se conjugan distintos intereses, diversas condiciones de posibilidad que requieren varios niveles de análisis para entenderlas y poder intervenir. Estas van desde el sistema de Salud; la historia del campo de Salud Mental (SM); las diversas instituciones que atraviesan la Residencia tanto en lo asistencial como en lo formativo; la organización de la formación; la dinámica del grupo de Residentes y, finalmente, las singularidades de cada miembro de la Residencia. Sin duda, esta complejidad está presente desde el inicio pero se la padece al mismo tiempo que se la desconoce a lo largo de los cuatro años previos. Una de las cosas más interesantes de la instancia de JR es que es un lugar en el que se puede tener una visión más amplia de esta complejidad. Pero, al carecer de herramientas conceptuales, el JR se suele ver desbordado y la posibilidad de aprendizaje de la función de JR se ve francamente amenazada.

Es en esta encrucijada que el espacio de supervisión grupal de JR tiene algo que aportar.

Una vez concluida nuestra tarea como JR seguimos ligados a las Residencias de Salud Mental en distintos roles: a través de una investigación⁽³⁾, pero sobre todo como docentes y supervisores de actividades grupales e institucionales. Nos constituimos en un equipo de trabajo y desde hace 10 años que trabajamos con grupos de JR. Año a año nos llaman para supervisar un tiempo antes del inicio de la jefatura. La transmisión es “boca a boca” y así se organiza el grupo.

El dispositivo

El dispositivo de trabajo fue variando a lo largo de estos 10 años, pero nunca fue “individual”. Al principio uno de nosotros trabajó con consultas puntuales de dos JR de un Hospital para poder ayudar a entender y operar en alguna situación problemática puntual en la tarea (malestar entre los dos JR o un problema grupal, para citar dos ejemplos). La idea de armar un dispositivo grupal de supervisión de distintos Hospitales y especialidades surgió a partir de

considerar que: a) todo aprendizaje de un rol es grupal y b) los imaginarios son compartidos para las Residencias de SM tanto de Capital como de provincia y es grupalmente que pueden ser dilucidados.

Nadie aprende a ser médico, psicólogo, psiquiatra o psicoanalista “solo”, sino en contacto con otros que “hacen” la misma tarea, con mayor, igual o menor experiencia que uno. Esto permite el interjuego de identificaciones y aprendizajes necesarios para la asunción del rol. Y, tal como afirmaba Pichon Rivière, cuanta mayor heterogeneidad en los miembros y homogeneidad en la tarea, mayor resulta el aprendizaje.

En este momento funciona de la siguiente manera. Luego de los contactos telefónicos organizamos una primera reunión. Allí se produce el primer encuentro en el que se explicitan motivaciones, intereses y expectativas del espacio. Nosotros dejamos en claro el objetivo, el encuadre y la metodología.

El objetivo es que puedan tener un espacio para traer dificultades que vayan surgiendo en su función como JR para trabajarlas con todo el grupo mediante la metodología del grupo de “libre discusión”. Los coordinadores intervenimos en la medida que veamos trabas en el trabajo grupal o bien aportando otras perspectivas para entender el problema, a veces sugiriendo bibliografía y hasta alguna eventual dramatización de una situación.

El encuadre funciona como un marco de trabajo: reuniones semanales de una hora y media en el consultorio de uno de nosotros desde junio hasta diciembre del año de JR.⁽⁴⁾ También demarcamos ciertas reglas de trabajo grupal que apuntan a generar condiciones de seguridad psicológica de los supervisantes: “cerrar” el ingreso al grupo luego de la cuarta reunión –quedando abierta la posibilidad de inclusión de nuevos miembros sólo con consenso de todo el grupo–; el aviso previo si alguien no puede asistir –como forma de respeto al grupo– y el “secreto grupal” –nada de lo que se habla en el grupo sale del grupo y al hablar de las situaciones se pide que sólo se use nombre de pila de quienes participan en la escena para preservar la identidad de todos los colegas. O sea, se trabajan las situaciones y no las personas involucradas. Cada año se conforma un grupo que va de un mínimo de 6 a un máximo de 14 integrantes de JR médicos, psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos, psicopedagogos, etc. de la ciudad de Bs. As. y de la Provincia de Bs. As.⁽⁵⁾ La frecuencia de trabajo semanal es el marco necesario mínimo para poder contar con un espacio que permita contener y sostener al JR, como así también poder también constituirse como un grupo de trabajo.

La metodología de trabajo es la libre discusión. Esto es, que quien quiere trae una situación problemática –no establecida con anterioridad– y se convoca al resto del grupo a que aporte libremente preguntas, resonancias y sugerencias sobre la problemática. Se trabaja para llegar a algún

diagnóstico de situación que permita delimitar el problema con los distintos niveles de análisis y luego arribar a las posibles intervenciones. Desde la coordinación se promueve la participación de todos, con la mirada puesta en la implicación del JR y las posibles articulaciones conceptuales. Las situaciones problemáticas que traen a la supervisión son de una complejidad tal que para leerlas y poder operar de alguna manera se requiere exceder el marco del aquí y ahora del problema en tal o cual Residencia en particular, como así también, ampliar el campo de análisis. Es en un segundo momento en que, para poder delinear intervenciones, podemos ceñirnos al caso puntual planteado.

Viñetas clínicas del trabajo del JR: los “Clásicos”

A lo largo de estos años nos encontramos con situaciones y preguntas que se repiten sistemáticamente:

“¿Cómo poner un límite sin ser autoritario? Estoy harta/o de arrastrar a los Residentes para que vayan a los cursos. No les interesan, está el docente, llegan tarde, se ponen pacientes en ese horario, o directamente me dicen que no les interesa. Algunos se duermen con el docente y yo no sé qué hacer. Ellos me dicen que no tiene que ser obligatorio, porque la obligación mata al deseo. Y además dicen que no tienen transferencia con los supervisores que tienen.”

“Ahora cuando les digo que los cursos son obligatorios me dicen que cambié, que yo no era así antes de ser JR.”

“No viene al hospital a trabajar hace tres días, ni me avisa ni se pidió parte médico. No es la primera vez que lo hace. Los compañeros que le firmaban esta vez no lo hicieron y me llamaron de personal.”

“Estamos discutiendo entre todos, otra vez, el programa de la Residencia en las asambleas. No nos ponemos de acuerdo. Hay un desgaste enorme y ni siquiera vienen a las reuniones. Ahora quedó el programa a medio terminar...”

“¿Cómo barajar los pedidos de los Residentes? El grupo decide activamente en una asamblea y después el jefe se queda solo y tiene que cumplir lo que piden. Busco docentes y supervisores que me pidieron y al mes no van más. A veces me siento como un mozo en un restorán que tiene que traer todos los pedidos y además transformar el menú si fuera necesario.”

“Me siento como en el jamón del sándwich, entre los intereses de los Residentes y los profesionales de planta; entre capacitación y los Residentes; entre la región y el Jefe de Servicio. Entre los fuegos cruzados no sé qué hacer.”

“Si hablamos con autoridades de las falencias de las sedes que no ayudan a la formación de los Residentes corremos el riesgo de que las cierren, saquen vacantes y se pierdan los cargos. O que las autoridades pongan condiciones que limiten lo que nosotros armamos solos.”

Trabajando los clásicos

Entendemos el dispositivo de supervisión grupal como un analizador para deconstruir la función del JR y desnaturalizar situaciones cotidianas que se presentan corrientemente, se padecen y se sostienen como si esa fuera la única posibilidad. Para ello pensaremos la oscilación entre dos niveles de funcionamiento grupal. Un nivel en el que el grupo se encuentra en la tarea y otro nivel en el que algunas fantasías grupales inconscientes la obturan llevando a la vivencia de que está sucediendo algo “loco”, “infantil”, “irracional” –tal como lo describen los JR año a año-. Esta dualidad, trabajada por varios grupalistas como Bion (grupo de trabajo, grupo de supuesto básico) o Pichon Rivière (pretarea-tarea) nos permite pensar aquello que se repite año a año en todas las sedes.

I- LA LEY DEL DESEO

Muchas de las situaciones descritas muestran por un lado a Residentes que quieren hacer “lo que quieren” y al JR con malestar por no poder cumplir los infinitos pedidos de los Residentes ni hacer cumplir el programa de Residencias, los horarios y mínimas cuestiones atinentes a cualquier trabajo. ¿Cómo podemos entender esto?

Creemos que en muchos casos opera la fantasía grupal que denominaremos “la ley del deseo”⁽⁶⁾. Esta fantasía grupal consiste en que los Residentes, que generalmente desconocen sus derechos y obligaciones proclaman “su libertad” para decidir sobre el rumbo de la formación. Se definen como “autogestivos” en nombre del deseo singular para llevar a cabo la formación y el JR debe procurar por cualquier medio –ya que “para eso fue elegido”- el cumplimiento de los deseos. Cualquier cuestión que coarte esa posibilidad será rechazada y el JR será visto –y se sentirá- como el culpable por fallar al pacto inconsciente por el cual fue elegido. Es que esta es la fantasía que comanda las elecciones de JR. En un nivel racional se cree que se votan proyectos pero, como en cualquier elección, no sólo se votan proyectos sino líderes para las fantasías grupales. El JR “elegido” por sus pares y erigido como “el preferido” tiene que poder cumplir con esta fantasía cuyo motor es “la ley del deseo”.

El mecanismo de elección de jefe está regido por la irracionalidad que caracteriza a todo grupo primario. El desconocimiento del nivel de lectura grupal hace que los problemas grupales sean leídos con herramientas conceptuales de la clínica individual o el sentido común, lo que genera peleas entre “dos” de las que es difícil correrse. Esos dos pueden ser dos Residentes, el Residente y el jefe, los dos jefes, etc. El mecanismo descrito por el cual el jefe es elegido no tiene nada que ver con la tarea que debe desempeñar (los mecanismos que se juegan una vez que ya son jefes). De ser elegido por sus pares pasa a tener que negociar

con autoridades del hospital, centro de salud, Capacitación, Municipalidad, Región. Hay un salto de las relaciones interpersonales en el intragrupo primario a relaciones interpersonales/institucionales secundarias. El JR pasa a tener que articular el “quiero rotar donde yo quiero para formarme en lo que a mi me gusta y creo necesario” con “un programa de Residencia y una política derivados de un programa sostenidos desde Capacitación: las prioridades de las rotaciones son por determinadas áreas y no otras. Irán a donde hayan lugares para rotar”. Allí parece haber un abismo difícil de sortear para el JR.

Por otro lado, así como todo grupo tiene roles la coordinación requiere del manejo de una serie de herramientas cuya adquisición no debiera ser improvisada. Hay herramientas que se pueden aprender y usar. ¿Por qué es tan difícil para el JR coordinar el grupo? La cercanía con los Residentes, la ausencia de referentes de planta, el vacío institucional que no permite vislumbrar a la Residencia dentro de un proyecto del campo de la Salud Mental, no ayuda al JR tener un marco simbólico de terceridad que le permita tomar conciencia y atravesar las fantasías que estamos describiendo para poder operar en las situaciones cotidianas tales como poder sancionar cuando algo lo excede en su función y remitirse a la instancia superior correspondiente. Es decir, que tenga una red que lo sostenga aun a él, para poder así sostener los espacios de trabajo. En el marco de esta fantasía grupal, cuando aparece la terceridad es vivida como autoritaria y destructiva. Sucesivamente, en las supervisiones de los diferentes grupos de Residentes, lo que se repite para el JR es que tiene que ubicarse atravesado por la legalidad institucional que lo excede y sancionar si la tarea no se realiza. Pero esto es vivido como una traición “al grupo que lo eligió”, como si hacerlo los condenase a “dejar de ser JR” o “estuviesen traicionando al grupo”.

II- EL AUTOENGENDRAMIENTO

En el trabajo con JR nos encontramos varias veces con situaciones en que todo debe ser vuelto a discutir: programas, reglamentos, proyectos, cursos, etc. Nunca se da en el marco de una evaluación de lo hecho para ver qué modificar, sino con la vivencia de que todo empieza de nuevo. De nuestro trabajo, deducimos que opera una fantasía del autoengendramiento por la cual no hay historia, reglamentos o programas de Residencia que se reconozcan como precedentes. “La Residencia empieza cuando yo llego.” Se reniega así lo que existió, lo que se votó (a veces hasta meses antes) y los atravesamientos institucionales y legales. Hay que volver a discutir “todo entre todos”. Así asistimos a continuas y fatigosas reformulaciones del programa de Residencia que nunca se plasman en la práctica. Largas reuniones en las cuales se va parte del grupo, “quedamos siempre los mismos” y se abandonan grandes y apasionadas gestas

en las cuales supuestamente se iba la vida del grupo.

La operación de estas fantasías grupales es variable en cada Residencia y en cada momento. Nosotros tenemos la hipótesis que estas fantasías grupales son defensivas. ¿Al servicio de qué están? Creemos que cada una encubre aquello que exalta.

La fantasía de “la ley del deseo” encubre lo contrario. No es que se hace lo que se quiere, sino que no hay programas generales coherentes entre los lineamientos de Salud Mental a nivel general que estén acordes a los propios programas de Residencia. Frente a este desamparo la fantasía prescinde del contexto: “no es que no hay programas coherentes, sino que la Residencia es para hacer lo que uno quiere”.

La fantasía de autoengendramiento es complementaria a que “no es que alguien llega a un lugar que es atravesado por distintos factores, sino que la Residencia se crea a sí misma” (o, lo que es lo mismo, “la hacemos entre todos”). Estas dos fantasías llevan a una tercera cuestión soslayada, que entendemos es el punto central.

III- LA RENEGACIÓN DE LOS ATRAVESAMIENTOS INSTITUCIONALES, SOCIALES Y POLÍTICOS DE LA RESIDENCIA

Lo que suele ocurrir es que durante el año de jefatura se tiene la experiencia de la multiplicidad de atravesamientos que tiene la Residencia como institución. Recién cuando se llega a la jefatura se tiene una noción de la multiplicidad de escenarios que hacen al juego de la Residencia. Esto es, que las mismas están insertas en organizaciones particulares con lógicas propias, que a su vez dependen de Capacitación o del Ministerio, que a su vez responden a políticas de Salud Mental. El campo de SM lejos está de ser inmóvil. Es un campo de autonomía relativa donde se disputan luchas de poder entre los distintos actores para posicionarse de la mejor manera posible dentro del campo. Estas dimensiones, la mayoría de las veces, quedan invisibilizadas para los Residentes, no entran dentro de las cuentas formativas de ellos. Es decir, se desconocen como actores sociales dentro de un campo de lucha que excede tal o cual curso, rotación o supervisión. De esas cosas no se habla, a lo sumo se padecen y promueven incontables escenarios para que las quejas circulen. En ese espacio funcionan las fantasías grupales que son encubridoras de esta complejidad.

Sorprendido y abatido, el JR empieza agotarse y agotar sus recursos para sortearlos, y surgen así las pasiones más encontradas respecto a los que hasta hace pocos días fueron sus compañeros y ahora le hacen el vacío, critican sus decisiones, se transforman en boicoteadores de la tarea, etc.

Entendemos que esto se produce comandado por la fantasía (omnipotente) de satisfacer todos los pedidos del grupo de Residentes y ser reconocido y querido por todo el gru-

po. O sea, ser el "jefe ideal" que puede satisfacer a todos y cada uno en su "ley del deseo" o siendo partero/a del nuevo autoengendramiento.

En la operación de estas fantasías se reniegan varias cuestiones:

- Que los atravesamientos institucionales determinan muchas de las cosas que se hablan y las que no, y hace a la formación profesional de los Residentes.

- Que tanto los Residentes como los jefes tienen derechos y obligaciones en lo que hace a su rol, lo cual los expone a una orfandad que hace estragos en la subjetividad y que es disfrazada como una enorme posibilidad de "autoengendramiento"

- Que todo grupo tiene roles como así también la función de coordinación no es improvisada. Hay herramientas que se pueden aprender y usar.

Conclusiones

En estas líneas intentamos iluminar un dispositivo de trabajo por el cual se intenta ayudar a los JR a tomar su año de trabajo como un año de aprendizaje. Un año en el cual el JR aprende las cuestiones atinentes a coordinar un equipo de trabajo en el marco del entrecruzamiento institucional. El grupo de supervisión ofrece un grupo de pares de JR que permite tomar distancia del rol asignado, ver las fantasías, trabajarlas y poder tomar conciencia de los atravesamientos institucionales para poder desnaturalizarlos. Se torna posible, entonces, salir del padecimiento que conlleva el ejercicio de la función, agruparse y juntarse con otros actores por fuera de estas fantasías que no permiten operar en función de la tarea.

Nuestro trabajo también tiene un objetivo de mayor alcance: ayudar a la desnaturalización de las funciones de coordinación de equipos de trabajo. Quizá opere la ilusión de que al trabajar con la subjetividad ya se conoce del tema, cuando por lo que hemos dicho anteriormente, esta temática es un punto ciego en los trabajadores de SM. No suele tomarse en cuenta que dicha función también se aprende y es necesario contar con elementos de coordinación grupal, dinámica del poder en las instituciones y cuestiones del sistema de Salud y sus políticas. Así, quienes tienen funciones directivas en SM, ya sea en el ámbito público o privado, pocas veces toma en cuenta algo que en cualquier otra organización es básico: formarse para ejercer la función de coordinar equipos de trabajo.

Para finalizar, nos interesa transmitir que durante mucho tiempo pensamos que, paradójicamente, los JR estaban en mejores condiciones de encarar la JR una vez que la estaban terminando y, con cierta desazón, se nos ocurría que nada del aprendizaje volvería a las Residencias. Con el tiempo fuimos entendiendo que las herramientas obtenidas podrían usarlas, al igual que el resto de lo aprendido durante la Residencia, en futuros lugares de trabajo en algún punto de la red de SM. Entonces comenzamos a pensar que algo de la memoria y de la posibilidad de reintroducir lo adquirido nos competía a nosotros, año tras año, colaborando con las sucesivas camadas de JR, mediatizando como una polea de transmisión la experiencia de quienes se van para dejarla a los que entran. Tal vez esta función no sea demasiado diferente de la Clepios misma, generando alguna huella para que otros sepan que no existe el autoengendramiento. Porque, en definitiva, nuestro aporte no es otro que lo que año a año nos enseñan quienes se van para pasarlo a quienes lleguen.

NOTAS

1 Los dos autores fuimos Residentes y Jefes de Residentes (JR) en distintos hospitales con pocos años de diferencia Alejandro Vainer en el Hospital "Borda" (1993-4) y Claudia Greco en el Hospital "Alvear" (1995-6)

2 Estas temáticas siguen siendo materia pendiente en las residencias. En cuatro años, salvo por inquietudes personales o de pequeños grupos, no se encuentra un curso de grupos en la currícula de la residencia. Nosotros dos realizamos cursos pedidos por grupos de residentes a fines de los 90, luego un curso centralizado que duró dos años (2003-2004). Pero siempre son inquietudes que terminan una vez de concluido el curso. Llama la atención que esto sea así, cuando la herramienta básica para lo impulsado en muchos distritos sea la "Atención Primaria de la Salud" o la "re-

habilitación", cuyas herramientas fundamentales son los abordajes grupales. Su periódico descreído o fracaso, ¿no será porque los residentes no cuentan con supervisiones y cursos sobre el trabajo grupal en estos dispositivos? Las cuestiones institucionales siguen siendo lo inconciente en las Residencias. Sólo vemos sus efectos, tal como veremos a lo largo del trabajo.

3 Agrest, Martín; Arin, Claudia; Greco, Claudia; Nemirovsky, Martín y Vainer, Alejandro. Perfil profesional de los ex Residentes de Salud Mental, Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat., 8 (30): 278-288

4 A veces intentamos trabajar de junio a mayo del año siguiente, por pedido de los JR. Pero la experiencia nos mostró que los últimos meses de trabajo el grupo se iba desgranando por nuevas búsquedas laborales. En ese

momento se redefinía el objetivo pasando a ser un grupo de elaboración del duelo por la terminación del ciclo de la residencia, lo cual por su importancia merecería otro espacio que excede a la función del JR y a los límites de este texto.

5 A lo largo de estos años han supervisado JR de Salud Mental de casi todos los hospitales de la ciudad de Bs. As., de muchos Hospitales de la Provincia de Bs. As. como así como residentes de Trabajo Social y de distintas profesiones de Educación para la Salud.

6 Dejamos de lado explícitamente la profundización conceptual del concepto de fantasía grupal (y de tantos otros conceptos que utilizamos a lo largo del trabajo) ya que esto implicaría un nuevo texto de fundamentación teórica que exceden los objetivos de este trabajo.

Jefaturas



Dr. Javier Fabrissin
Lic. Santiago Mazzuca

Jefes de Residentes
Hospital Argerich 2004-2005
Jefes de Residentes
Hospital Rivadavia 2005-2007

El lector -si tenemos el gusto de llegar a él- se encontrará con un escrito firmado por dos individuos pero con un uso algo extraño de la primera persona, que se mueve entre el plural y el singular. Ocurre que, si bien la iniciativa y las ganas fueron compartidas, cada uno escribió una parte de su propio puño, y luego las intercambiamos. Decidimos entonces combinarlas como dos partes de un mismo texto, suscribiéndolo ambos por entero, pero sin intentar suavizar las diferencias de estilo o de enfoque del asunto. No sólo porque cada uno acordaba con lo escrito por el otro, sino por resultar representativo de la tarea misma: donde los jefes nunca hablan los dos juntos al mismo tiempo (¡salvo quizá cuando la cosa ya está realmente mal!), pero donde la mayor parte de lo que se enuncia no podría sostenerse si no es desde una posición conjunta.

La jefatura como paternidad

Hace unos días noté que a mi fiel compañero de ruta “sus residentes” lo nombran, tanto en ausencia como en presencia, sin duda con cariño aunque también pareciera con algo de compasión -seguramente por ser ésta una profesión cada vez más pesada en esta cultura que componemos-: papi.

Hace un tiempo, un amigo que debió encargarse de la enfermedad terminal de su padre me dijo algo así como que sentía que recién a partir de esa experiencia se había convertido en adulto, había verdaderamente “madurado”. En otros casos, ese sentimiento llega junto con la propia paternidad. A mi juicio, extranjero e inocente -pues no tengo todavía quizá otra experiencia de la paternidad que la jefatura-, esa “madurez” refiere al completamiento de un ciclo que lo constituye a uno esencialmente. Ciclo de la cadena

de producción... de humanidad (de ser humano, que no se reduce por supuesto a la reproducción biológica).

A esa cadena la agarramos siempre empezada. No estuvimos al comienzo de nuestra venida al ser. No participamos de la decisión de que existiéramos, ni de otros actos insondables que vinieron después y hacen que seamos lo que somos (o simplemente: que seamos). Pero como ocurre con toda frase y, más importante aún, con todo discurso, el sentido más profundo requiere la participación del conjunto de la cadena. Quizá sea por eso que la creación, y más que ninguna otra la de otro ser, nos da cierto acceso al sentido de la existencia.

Se entiende qué intento decir: con la jefatura pasa algo así. Es una función, un lugar, y entrar ahí es como acceder a una parte de la película que antes ignorábamos -no se sabe si el final o el comienzo, como cuando se llega tarde al cine y uno ve luego en otra oportunidad el comienzo que

le faltó. A veces se capta allí el sentido de algunas cosas que se sufrieron como residente.

Es decir como acto

Sin embargo, lo más filoso del paralelo es la decisión. La jefatura supone seguramente muchas funciones distintas, desde lo académico hasta el ambiente grupal, pasando por lo profesional. Pero todas están atravesadas por la necesidad de sostener una posición, es decir, decisiones. La jefatura es un lugar de concentración, o de soporte, de decisiones. En esencia ser jefe es decidir por otros -con la polisemia que se le pueda dar allí al por. Pero no por usurpación, sino en el punto en que no podría ser de otro modo. (Hay decisiones que no pueden ser grupales, a veces por dificultades prácticas, pero sobre todo por razones de la más estricta lógica, pues a menudo el grupo es efecto de una decisión que lo precede). Y lo más traumático es que, como toda decisión radical, cuanto más trascendental es, más excede sus razones. (Lo cual implica -digámoslo al pasar- que se trata de una decisión inconsciente, y a preguntarse entonces por el peso que haya que dar a la cuestión del deseo del jefe en su función.)

Entiéndase que decidir y actuar son una sola y misma cosa. Por eso la experiencia confronta con lo desgarrante y lo vivificante del acto, y de la responsabilidad creadora que conlleva.

Ejemplos más o menos banales. Recuerdo un jefe que nos precedió un par de años en el Argerich, y que fue el primero en conseguir que la residencia tuviera un dispenser de agua. Obviamente fue decisión votada y lo pagamos entre todos -o casi: siempre puede quedar alguno afuera-, pero fueron necesarios su interés y su iniciativa decidida para hacerlo. Eran momentos muy difíciles a nivel de coexistencia grupal, y estoy seguro de que fue un hecho importante aunque pueda no parecerlo. Todavía las facturas de los bidones llegan a su nombre. (Aunque quienes las reciben a cambio de dinero no tengan ya ni idea acerca de quién es, y vaya en camino de convertirse en un puro significativo sin ningún sentido). Ya durante nuestra propia "gestión" se me ocurren ahora otros dos ejemplos -bien diversos por cierto- de hechos que terminan en grupo pero de los que los jefes son más fundamentalmente responsables (de hecho -más el segundo que el primero- estaban como en suspenso desde hacía años): la instalación de un aire acondicionado y la mudanza de la rotación de guardia a otro hospital (cansados de quedar encargados de sostener la guardia de salud mental sin personal de planta pero sin el reconocimiento correspondiente y aceptación de parte de la guardia general).

La subjetividad

He elegido centrar mi testimonio -humilde como el de cualquiera, espero-, y lo que pueda vehiculizar de "consejo" a los futuros, sobre esta vertiente de la jefatura (paternidad como creación de subjetividad). Tenerla presente desde el

comienzo y en cada aspecto de la función (desde armar actividades hasta escuchar y responder a los palpitantes relatos e invocaciones de los que se sumergen por primeras veces en la dimensión del acto psi): porque el tiempo es breve y no puede volver atrás.

Lo interesante, lo que le da sentido, lo que le da su alcance a su responsabilidad, es que se trata de una cadena de producción de subjetividad: es lo que hacen los padres, los jefes, y la esencia misma del hacer de los residentes en su función de agentes de la "salud mental".

||

El desconocimiento de un jefe. Un buen día ganamos las elecciones y a los pocos meses empezamos a vestirnos con los ropajes de la función. Más allá de las ideas y de los proyectos propios, existe un aprendizaje que se da por imitación, por contacto con los jefes precedentes y su modo de llevar adelante esa tarea. Pero, aún así, la manera de llevar adelante esta función es una experiencia en la que se va improvisando, intuyendo, aplicando modalidades de trabajo sin que exista una instrucción previa, una formación específica respecto de cuestiones pedagógicas, de manejos de grupo, de estrategias de trabajo, de lineamientos docentes, etc. (Vale la siguiente salvedad: algunos pudimos contar con las supervisiones de jefaturas que desde hace varios años llevan adelante Claudia Grecco y Alejandro Vainer, espacio independiente, sin apoyo oficial, pero de reconocimiento genuino por parte de quienes asistimos). Y justo cuando uno empieza a entender, más o menos, de qué se trata ser jefe, el año se termina.

El rol de Jefe. Existe un momento difuso, sutil, impreciso, en el que uno deja de ser reconocido como residente de Cuarto Año, como un par, y pasa a ser ubicado en el rol de jefe. Es verdad que se llega a este lugar por el respaldo de una elección, que uno se posiciona en una función preestablecida; pero también es cierto que la legitimación duradera de ese rol no se sostiene sólo por el mérito ambiguo de una elección sino por la labor diaria. Hay un respeto que nos antecede, que tiene que ver con el respeto a la figura del jefe en un sentido abstracto, pero esa consideración puede perderse muy fácilmente si durante la dinámica de la jefatura no se lo mantiene con el trabajo cotidiano.

Y esto quizás resulte una obviedad excesiva, pero no es en absoluto infrecuente que con el correr de los primeros meses se den fenómenos que tiendan a poner en cuestionamiento la probidad de ese jefe para llevar adelante la función para la que fue elegido. Además, aquel con la intención de ser jefe debe asumir su rol. Asumir el rol quiere decir tomar distancia del lugar de residente, aceptar los desafíos y las ingratitudes, aceptar que tiene que tomar decisiones y soportar las consecuencias de las decisiones tomadas.

El manejo del grupo. Puede fallar todo lo demás, pero la falla en este aspecto, suele ser irreparable. Favorecer un buen clima grupal, en el que el intercambio nunca deje de ser posible por más discusiones o disputas teóricas que se puedan suscitar; que las discrepancias individuales no se expandan en diferencias o divisiones grupales; que los problemas personales sean advertidos y entendidos como inherentes a cualquier residente y que, por lo tanto, podrán

afectar su desempeño, siendo necesario contemplarlos y no dejarlos de lado; que no tiemble la voz al señalar límites al grupo. No se trata de ser el amigo canchero de todo el mundo, pero sí de desarrollar el sentido de la empatía.

La continuidad y la gradualidad. La tentación a estimar que uno está más capacitado que los jefes precedentes; la sensación de tener que demostrar y poner en consideración un proyecto de jefatura novedoso, ambicioso, tentador, convincente, abrumador; la suposición de poder cambiar TODO lo que, supuestamente, no funciona en la residencia, pueden llegar a ser trampas arteras de las que conviene estar advertidos. Siempre que no sea incompatible por alguna razón, puede resultar más prudente, humilde y provechoso, tratar de establecer una continuidad con las jefaturas anteriores. No borrar todo lo hecho y pretender empezar de cero, porque de ese modo no hay un avance grupal sino discontinuidades anuales. Por otra parte, el ímpetu de los inicios del año no siempre logra ser sostenido ni por los residentes ni por el propio jefe. A veces se sobrecarga de clases, cursos, supervisiones, espacios de lectura, admisión de pacientes, tanto que, a los pocos meses, esos espacios sólo pueden ser mantenidos por la insistencia del jefe que tiene que estar corriendo a los residentes para que supervisen, para que lleguen a horario a las clases, que no hagan esperar al invitado, que es una falta de respeto, etc, etc. Eso es un desgaste que no conviene a nadie, porque cansa, porque crea rispideces. A veces, entonces, convendría sosegar el impulso avasallador e ir respondiendo a medida que se genere la demanda. Finalmente, aunque puede ser más dificultoso de poner en práctica, se debería tender a que la formación sea escalonada en función del año de residencia. No tiene sentido un curso de Neuroimágenes al primer mes de Primer Año cuando todavía no puede ser capaz de aprender cómo se define un síndrome psicótico, como tampoco tiene mucho sentido un curso de semiología para un residente de Cuarto Año.

La responsabilidad y la queja. Transmitir, fomentar, desarrollar un sentido de la responsabilidad para con el trabajo, con el estudio, con el Servicio, o, para ser más concreto, con la formación, es esencial. Tanto el jefe de residentes, el Servicio, la Dirección de Capacitación, tienen que brindar lo necesario para la adecuada formación, pero queda bien en claro que, en última instancia, el aprovechamiento de las posibilidades es una elección individual, y, por consiguiente, depende del apropiamiento de los recursos y del uso que se haga de ellos. Todo está disponible para el aprendizaje y la asistencia. Pero en la medida que se asuma una actitud pasiva frente a estos, en la medida en que se pretenda que el mero transitar por la residencia es suficiente para recibirse de especialistas, se estará asistiendo a un engaño. Es importante tratar de insistir en el sentido de la responsabilidad del residente como tal, que se haga cargo de lo que le corresponda, que no espere, que no gire en torno de la queja irremediable y sin respuesta. Muy sencillo es insistir con la protesta a priori, con la descalificación, con el inconformismo, con el depósito del problema en el otro, en el afuera, sin implicarse en lo más mínimo. Muchas de las veces, la razón de la queja es acertada, pero mientras se trate de un regodeo apático o

declamatorio, no se puede pretender llegar muy lejos con aquello que motiva el reclamo. Consideramos que, en parte, el jefe de residentes debe bregar por este sentido de la responsabilidad.

Estar. Es necesario estar. Y estar no quiere decir figurar. Es la disponibilidad para responder a las circunstancias que lo requieran. Ya sea ante un problema clínico, frente a dificultades institucionales o en la situación que lo requiera. El simple acompañamiento es una garantía que, aunque más agotadora, puede ser más sólida que un caudal desbordante de conocimientos teóricos.

La primera y la segunda jefatura. Hemos tenido la suerte, aunque muchos no dudarían en calificarlo como una verdadera locura, de realizar la jefatura en dos sedes distintas. La primera en el Hospital Argerich, donde fuimos residentes; la segunda, en el Hospital Rivadavia. Esta última tenía la particularidad y el desafío de tratarse de una sede que se inauguraría con nuestra gestión. Más arriba dijimos que uno cree aprender algo de la jefatura justo cuando se está terminando, pues bien, aquí teníamos la oportunidad de aplicar todos esos conocimientos. Creo que ese aprendizaje se notó, quizás mucho más para nosotros que para los residentes. La experiencia previa sirvió para poder anticipar algunas dificultades, para saber cómo posicionarse ante ciertas circunstancias, para no sentirse sobrepasado; pero también para poder transmitir más claramente conceptos acerca de la formación. (Lamentablemente, hay algunos vicios que, por más que uno los hubiera querido atribuir al contagio de parte de residentes de años superiores, aún sin ese ejemplo, los residentes aprenden solos. Pareciera tratarse de una adquisición filogenética).

Las personas. Finalmente, el último aspecto, quizás el más importante. Las personas son el grupo de los residentes y es el jefe de residentes con quien uno comparte la tarea. No se podría aseverar en qué medida uno, como jefe, tiene responsabilidad en la dinámica grupal, en el buen o aceptable clima de trabajo. Creemos que es así, pero resulta difícil precisar su total alcance. En todo caso, se trata de una responsabilidad compartida, pero insoslayable a la hora de valorar los factores que tienen incidencia en el grupo.

Y, desde luego, esto mismo debe darse en el vínculo con el jefe de la otra especialidad. No se trata de que haya una conformidad absoluta, ni de tener la misma orientación teórica, pero creemos que es necesario, ante todo, compartir el concepto de la formación y la dirección general que se le quiere dar a la residencia.

III

En el acto hay siempre cierta soledad radical. Lo curioso de nuestra jefatura es que a la vez es una función conjunta. Por eso quiero aprovechar para dejar escrito mi agradecimiento a quien ha sido, como dije, mi fiel compañero, en quien siempre pude confiar y que no faltó nunca a la complejidad de su función.

Nos queda pues como "consejo" que la base de la jefatura es la confianza, la honestidad, el respeto entre los jefes mismos y lo que representan en el grupo. Y a quien no pueda conseguirlo, o se lo niegue el destino... que dios lo ayude.



La jefatura de la residencia: un juego sin fin



Lic. Martín Agrest
Jefe de Residentes Psicólogos del
Hospital Alvear (1994-1995)

Dr. Martín Nemirovsky
Jefe de Residentes Médicos del
Hospital Alvear (1994-1995)



Creemos que la jefatura de la residencia tiene una doble función de coordinación: de la formación de los residentes y de la tarea que éstos desempeñan en un hospital público. En este momento sólo nos vamos a ocupar del problema de la formación, entendiendo que el problema del trabajo en una institución pública requiere al menos otro desarrollo similar.

Al comenzar a trabajar conjuntamente para planificar el año que compartiríamos la jefatura de la residencia del Hospital Alvear, teníamos una pregunta rondando nuestras cabezas: ¿cómo hacer para favorecer la formación que el sistema de la residencia le puede brindar a sus miembros? Pensamos varias maneras de aproximarnos a este interrogante: ¿qué nos podían decir los residentes de la formación que venían recibiendo y procurándose? ¿qué esperaban de sus próximos años de residencia? ¿qué consejos les podían dar a quienes entrasen al año en que ellos estaban? Por otro lado, ¿qué nos podían contar sus super-

visores, sus docentes y los profesionales que compartían tareas con ellos? Finalmente, ¿qué experiencias habían tenido otros jefes, y especialmente quienes sabíamos que lo hacían con el consenso de los residentes?

Habiendo ya transcurrido un año de ese diciembre en el que, entusiasmados, nos dispusimos a buscar algunas respuestas a nuestras preguntas, creemos que es un buen momento para leer los efectos que tuvieron tanto los interrogantes como los caminos emprendidos.

Recordamos que con gran ingenuidad elaboramos una encuesta que esperábamos nos revelase el tipo de formación que creían estar teniendo, su conformidad o su insatisfacción, sus expectativas y los modos de acercarse a ellas. No nos sorprendió mucho que pocos estuviesen satisfechos con la residencia que hacían (nosotros mismos lo habíamos estado muy parcialmente). Algunos hacían hincapié en la importancia de la clínica (escasa, según entendían, por motivos diversos), otros en la superabundancia de cur-

sos o la falta de supervisiones que los contuviesen; otros se quejaban de la falta de espacios donde compartir la práctica. Anotamos sus ideas, las leímos, las discutimos entre nosotros y pensamos sobre ellas extensamente. Nos dijimos: he aquí un malestar del que se quejan (y con justicia, nos animamos a agregar). Ellos quieren aprender (unos ésto, otros aquéllo) y la residencia se los impide. Ya aquí, distinguimos un primer recorrido al cabo del cual nos detuvimos un rato.

Nos fuimos a caminar por los consultorios de algunos supervisores y docentes. Interceptamos por el hospital a algunos compañeros (jefes de salas y unidades incluidos). No era muy difícil hallar las coincidencias: con poca clínica no hay aprendizaje posible, sin supervisiones pautadas las experiencias son menos capitalizadas, con muchos cursos no es posible estudiar ni conectarse con lo más conmovedor del trabajo en un hospital psiquiátrico.

Rápidamente arreglamos encuentros con veteranos de estas problemáticas: siendo nosotros los "jefes entrantes" buscamos a los "jefes actuales" (o "jefes salientes", según el grado de apuro que tuviesen) y a los "ex-jefes" tanto de éste como de otros hospitales. La gran mayoría hablaba con una desesperanza pasmosa, una resignación digna de lástima, cuando no con bronca y franco rechazo por los residentes. Otros nos hablaban sobre cómo los grupos podían alentarnos a tomar posiciones de las que luego difícilmente podríamos rescatarnos. Aún no entendíamos de qué nos estaban avisando.

Creímos necesario centrar nuestro esfuerzo en el sistema en su conjunto, del cual cada residente pudiese recibir y aportar algo que al intercambiarse generase diferencias. Un primer punto importante, entonces, consistía en fomentar que las producciones individuales fuesen volcadas a todo el grupo. Un segundo punto parecía ser que cuando algunas personas transgredían las normas del contrato de la residencia o de la institución, o desplegaban actividades profesionales que en absoluto eran compartidas con los demás, los residentes veían cuestionada la función que estaban desempeñando. Como si dijiesen: "si ellos no cumplen, ¿por qué debo cumplir yo?" Sin duda este ya era un tema interesante: siendo beneficioso aun para sí mismo, si otro no hacía algo, se ponía en cuestión para qué se lo estaba haciendo. "El ateneo que presento sirve al sistema y además me sirve a mí; pero si el otro no lo presenta, ¿por qué lo tengo que presentar yo?" Con estas preguntas nos desconcertábamos...

Igualmente, todavía manteníamos la ilusión que se trataba de un problema de coordinación: si reubicamos las cosas para que todos vean que pueden "tirar para el mismo lado", el colectivo de la formación puede ir más ágilmente con todos arriba del micro. No faltó quien nos advirtiese: "no

pretendan ser su dueño ni que todos se suban; vayan Uds., ayuden a que ande bien, e inviten a subir". La metáfora nos gustó. Claro, "el colectivo de la buena formación". Cuanto mejor ande más van a querer entrar. No obliguemos a nadie a tomarlo. No es un taxi: no va por donde cada pasajero quiere sino que tiene cierta independencia de sus ocupantes circunstanciales. Es menos cómodo pero alberga más gente. Tampoco se trata de una bicicleta: ágil y práctica pero difícil de compartir con otros. Mucho menos, un auto particular que la Municipalidad subvenciona para pagar en cuotas y que cada cual maneja a voluntad (ya sea para el trabajo más arduo o el paseo más alegre). Destino final: trabajar y formarse. ¿Qué debía tener? Bastante clínica, buenas y frecuentes supervisiones donde trabajar personalmente, pocos cursos bien planificados, que respondan a las necesidades e intereses de los residentes ajustándose a un trayecto de trabajo previamente definido.

Pronto empezó un nuevo recorrido: ¿y si alguien hace cosas que no permiten que otros suban? Que uno no suba es una cosa; que no deje subir... ya es otra. ¿Y si alguien tiene por propósito ir en otra dirección que aquella para la que fue contratado? Que uno no quiera ir en colectivo es una cosa; que además quiera ir a otro lado... ya es otra. Pero, ¿quién está autorizado a decir ésto? ¿Y a hacer algo? Tal vez podamos encontrar una respuesta en algún lado. En la historia, nadie: la deriva natural. Cualquier intento, severamente reprochado. En el empolvado reglamento, algunas indicaciones tibias (si es que no se enfriaron del todo). En el hospital, la alternancia entre un murmullo ininteligible y una desconcertante falta de interés. ¿Esperan algo de los residentes? Poco y nada. Al fin y al cabo tampoco nos pidieron desde la institución. La Municipalidad: ellos nos contrataron y nos pagan. Pero son tantas las veces que se los vio ceder que cuando dicen ponerse firmes ya nadie les cree. A alguien que quiere defender a la Municipalidad o respetar los contratos se lo mira raro: "algún interés personal debe tener", "es un legalista", o "un pseudomoralista", cuando no se dice de él algo mucho peor...

Ya no la Municipalidad, el hospital o el reglamento. ¿Entonces qué? Pensamos en la Salud Pública e imaginamos caras desconcertadas, miradas perplejas. ¿Acaso podría ser éste un horizonte que otorgue autoridad?

Volvimos al inicio: la elección de jefes. Los residentes nos pidieron que ocupemos la función de coordinar sus tareas y su formación. ¿Será ésta la autorización para evaluar qué atenta contra el vehículo de la residencia, decirlo, y tomar decisiones para impedirlo? Seguramente. Confiados seguimos con el micro.

Algunos parecían decirnos: "como el micro antes no pasaba (o sólo pasa por un tiempo), me fui a buscar otro" (léase, "prefiero rotar por otro lado"); "yo ya me acostumbré,

como la mayoría, a ir in bicicleta, ¿por qué me acusás si no me subo?” (léase, “Uds. quieren cambiar todo de golpe y nos toman por vagos”); “el micro no anda mal pero en ese horario..., ¿qué esperan?” (léase, “estuvo cerca, sigan intentando”); “en el micro no puedo hacer lo que quiero, ¿por qué no lo cambian?” (léase, “la obligación mata al deseo” o “para venir sin ganas mejor que no venga”). Otros parecían preguntarnos: “¿de quién creen que es el micro?” (léase, “¿por qué no nos dejan hacer con él lo que queremos?”); “¿de dónde sacaron que tenían autoridad para evaluar la marcha del vehículo?” (léase, “Uds. son unos autoritarios”); “¿Uds. piensan que pueden lograr que nos formemos mejor exigiéndonos estar y trabajando más como parte del viaje en micro?” (léase: “mi formación puede ser tan mala como siempre a pesar de todos sus esfuerzos”).

“Autorizado”, “autoridad”, “autoritario”. Empezamos a dudar de nosotros mismos. Fuimos al diccionario. “Autoridad”: potestad de mandar, gobernar, promulgar leyes y hacer que se cumplan. Persona que ostenta esta potestad. Crédito y fe que se da a una persona o cosa en determinada materia. Texto que se cita en apoyo de lo que se dice.

Mandar, no mandábamos. Gobernar tampoco. Promulgar leyes... Bueno, habíamos hecho un reglamento de guardias. ¿Sería eso? Suponemos que no. Fuero de ésto, la ley regía también para nosotros. En cuanto a hacer que se cumplan, si bien en algunas cosas lo intentábamos nos parecía estar lejos. Por lo demás, no estábamos en absoluto por fuera de su cumplimiento nosotros mismos. Tampoco ostentábamos esta potestad. Teníamos que admitir que no éramos la autoridad. ¿Seríamos entonces autoritarios?

“Autoritario”: que se funda en la autoridad. Partidario extremado del principio de autoridad. Dícese de la persona que tiende a imponer su criterio.

No nos convencíamos. Fundados en la autoridad, no estábamos. ¿Seríamos sin saberlo partidarios extremados del principio de autoridad? De los residentes nos parecía escuchar que sí aunque, francamente, no nos reconocíamos allí.

En cuanto a tender a imponer un criterio tal vez debíamos admitirlo: por sobre la formación de cada residente nuestro criterio había sido ubicar el sistema de la residencia. Apostamos, así, que la formación de todos los residentes mejoraría. Si cada residente apostaba a llegar a destino de la manera en que le resultase lo mejor posible, deteniendo el micro y subiendo cuando le fuese más conveniente, nosotros lo hacíamos a que, aun cuando estuviesen incómodos al tomarlo, el recorrido favoreciese el mejor

trabajo posible. Aún entonces, había momentos en que nuestra impresión era que se nos advertía: “cualquier control de Uds. sobre el colectivo que nos moleste es un control sobre nosotros y nos va a impedir formarnos y/o trabajar”. En estos términos, era cierto, estábamos en la puerta del autoritarismo. ¿O ya la habríamos cruzado?

Se nos ocurrió otra definición de autoritario en la cual pudiésemos reconocernos un poco más: que toma una decisión sin tener autoridad.

Pero, ¿la elección no nos había autorizado? El asunto es para qué. Obviamente que para representarlos poniendo un buen curso que ellos propusiesen sobre el colectivo, sí. ¿Y para otras cosas? Tal vez sí, tal vez no.

Buscamos en el diccionario qué quería decir “autorizado”: que tiene autoridad en el asunto o materia de que se trata. Nuevamente debimos confesarlo, no era nuestro caso. Empezamos a comprender las palabras de otros jefes de residentes: “es una tarea imposible”, “te quieren como forro”, “sos el fusible de lo que no pueden hacer”, “no les interesa ni aprender ni trabajar”. Pero cuanto mejor las entendíamos menos podíamos desempeñar nuestra función de coordinación. “Sólo ven lo que no hacemos”, “creen que somos vagos”, “no nos representan”, “nos vigilan todo el tiempo”, “ni siquiera hay confianza para hablar”, o simplemente “hay malestar”. Cada vez con más insistencia estas frases resuenan en los pasillos. El juego suena a encierro: broncas, desencuentros, aislamientos, quejas. Una jefatura casi típica hasta que termina. ¿Y después? Una nueva evaluación realizada por el “jefe entrante”: “los cursos no anduvieron”, “las supervisiones fueron escasas”, “los jefes no facilitaron la tarea”. Una nueva esperanza.

Increiblemente los jefes vuelven a equivocarse, porque después de todo..., las cosas no estaban tan mal antes. ¿No? “Por lo menos las actividades se sostenían”; o “lo hacíamos con ganas cuando nadie nos controlaba”. A nadie le sorprende que estas cosas se digan, y que los olvidos se parezcan más a océanos que a lagunas.

Quizás los testimonios de quienes intentaron hacerse cargo de estos problemas, animándose a jugar este juego, puedan servir como carteles de salida. Nada garantiza que nuestro vehículo vaya a tomarla pero sin ellos, seguramente, esta ruta circular sea un mar por beber y, entonces, nuestra práctica sea tan estéril como infinita. Siempre y cuando, por cierto, no haya alguien que determine que un colectivo semejante es un medio de transporte que, para esta realidad, está completamente obsoleto.



Cuerpo e identificación: Sendas y obstáculos en la dirección de una cura



Lic. Leopoldo Kligmann
Residente de 3er año.
(2005 – 2006)
Htal. J.T. Borda
leopoldokligmann@gmail.com

Trabajo que obtuvo Mención en el Área "Clínica Psicológica de Adultos" en las XII Jornadas de Residentes de Salud Mental del Área Metropolitana, 2005.

Dos interrogantes ordenarán estos intentos de escritura: por un lado, la posición del analista y por otro, en una clínica que implica al padre, ¿cómo no quedar ligado a la voluntad paterna? Dos ejes que articularemos en una cura a partir de las intervenciones y sus efectos en la constitución de un campo. De este modo, iremos desde la urgencia en una guardia hacia el armado de un tratamiento que intentará conmovir diversos puntos de identificación.

La emergencia de un cuerpo

El paciente que llamaré Martín se presenta en la Guardia diciendo que es una persona violenta y que viene a internarse porque tiene miedo de lastimar a alguien ¿Cuándo? "cuando me agarran ataques de ira, en el momento en que me dicen algo que no me gusta". Y relata algunas escenas donde insulta gente por la calle y a su novia Inés. Por otro lado, no sabe si es por lo que le dicen porque ni siquiera lo recuerda: "me miran mal". Hace un tiempo que se siente muy mal, que se está peleando mucho con Inés, y que está tomando algunos medicamentos que le dio un psiquiatra porque le cuesta dormirse. En este punto, indica que tenía ganas de hablar con alguien y que se está relajando. De este modo, le propongo postergar un rato la decisión respecto a la internación para dar lugar a una charla en la que podamos ubicar algo de esta ira frente a lo que le dicen, o cuando "sólo", piensa que lo miran mal. Inmediatamente indica que también le molestan los gritos en las discusiones. Mas bien los tonos de voz, "pareciera que me están gastando. Me miran mal, y me molestan con los tonos de voz, me siento burlado". Le pregunto, de donde viene esta idea de que lo gastan y dice "te cuento un ejemplo de lo que me pasa siempre. El otro día Inés me dice -¿dejaste de ir al correo porque no tenías el código

postal?-. Me calenté, no por lo que dijo, sino por el tono, me sentí un inútil".

A lo largo de la entrevista se suceden una serie de escenas de ese estilo ¿Por qué una serie? Porque uno puede realizar una operación de lectura¹ y articular las escenas a un elemento. De esta manera, sitúo que estas escenas que relata terminan con un sentimiento muy particular de él, el de ser un inútil, o un imbécil, incluso, un tarado. Se sorprende, dice que no lo había pensado, se produce una primer escansión y retorna como efecto lo siguiente: Inés lo amenaza con que lo va a dejar cuando él mejore a raíz de un tratamiento ¿Estábamos en un tratamiento? Me parece interesante situar que, más allá del dispositivo formal de la guardia o consultorios externos, por efecto de una intervención respecto de la cual luego pensaremos su estatuto, algo nos responde. ¿Cómo? Resignificando la entrevista allí donde uno creía que evaluaba realizar o no una internación. Algo que con Lacan podría nombrar situando la anticipación de la intención con la que uno iría al encuentro de un paciente, frente a la que retorna una puntuación de nuestro lugar, desde el Otro. De este modo, no es sin la anticipación y retroacción que leo un lugar en la guardia. Pasamos de un cuerpo en emergencia, a la emergencia de un cuerpo. ¿Cuál? El Otro como cuerpo de significantes, allí donde el Otro emerge puntualmente².

Apuntamos además, que no es sin una operación que algo emerge.

Después de bordear el sentimiento de soledad, dice: “hablar me hace bien, ahora que estoy más tranquilo ¿me puedo ir a mi casa y volver la semana que viene?”. Le digo que sí, si le resulta útil. Realizo una interconsulta con psiquiatría en la que se le retiran 5 de los 6 medicamentos psiquiátricos que traía recetados, sedativos y un ¿antipsicótico? Se le deja un sedativo, en parte por el tema de la agresión y también por la dificultad de conciliar el sueño. Medicación que será retirada pocas semanas después.

Del cuerpo al inconsciente y de allí al reconocimiento

La semana siguiente aparece nuevamente en la guardia agarrándose la panza, y dice: “estoy constipado, además me sentí sólo en la semana, aunque pude dormir bien. También, tuve un sueño y te lo quería contar. Es así: - aparece Inés y me pregunta ¿quién es Leopoldo?-.”. Luego dice: “el otro día me insulté con un tipo por la calle. Yo iba con mi hermana caminando y él la miró a ella como si yo no estuviese ¿qué se cree que soy, un imbécil? Lo quería matar”. Le pregunto: “¿me insulté?”. Se ríe y continúa diciendo que retomó su trabajo después de varios meses (recordemos la irrupción de la risa).

Por otro lado, se quedó pensando en aquello que me había comentado la entrevista anterior respecto a la amenaza de Inés. Dice no entender qué es lo que ella quiere: “¿Quiere que mejore o no? ¿Me quiere así, violento con todo el mundo? Parece que no quiere que haga un tratamiento. Además, desde la vez pasada me quedé pensando que el violentado soy yo con estos sentimientos de ser un inútil, un imbécil”.

En este punto, y con estos vientos de optimismo, uno estaría tentado de embarcarse hacia el horizonte del ya clásico concepto de implicación subjetiva. Y esto no sería incorrecto, a condición de no olvidar, que bastó tan solo una intervención que ordene algunas escenas, además de propiciar un lugar a la palabra, para que allí se reconozca en una imagen. Entendiendo por imbécil o tarado, el uso imaginario del significante. Que sea imaginario, no es menospreciarlo, sino que se trata de situar que el signo a diferencia del significante, representa algo para alguien, no representa un sujeto para otro significante. De este modo, es el uso del significante en tanto imagen, donde el moi se reconoce. En este sentido tomo 3 tiempos propuestos por Lacan³, que van de la rectificación de las relaciones del sujeto con lo real, en este caso producir el artificio de ordenar algunas escenas con un eje que articule un decir entre los dichos, luego la transferencia, y de allí, a la interpretación.

Pienso que la transferencia y el inconsciente hay que producirlos con intervenciones. De este modo, habiendo ubicado la operación de lectura de una serie, ¿no podríamos

situar que el sueño es una respuesta? El inconsciente es en respuesta a una operación, no tiene estatuto ontológico. De este modo, el sueño como formación del inconsciente, hablaría de que allí hubo una intervención, que leemos a partir de sus efectos. Pero además, permitiría pensar el lugar en la economía libidinal de este paciente, que una función, el analista, pasa a ocupar allí. Al mismo tiempo, Freud conceptualiza la función metafórica del sueño en tanto guardián del dormir. Recordemos, que Martín llega con una falla en la función del sueño. Entonces, hay restitución de dicha función, y a la vez, una pregunta formulada en el sueño respecto a un oyente singular.

Al terminar la segunda entrevista dice que se siente mejor y me pregunta si sigue en agudo o si me parece que está para pasar a un tratamiento por consultorios externos. Decido no intervenir por ahora sobre el sentido de lo agudo y acordamos el comienzo por consultorios externos.

El fantasma sádico del obsesivo: una ilusión neurótica

El día que asiste a la primer entrevista, antes de entrar al consultorio pregunta si lo puedo atender en privado. Le respondo que preferiría transitar el camino institucional y después vemos. Recorto esto porque va a devenir en el folklore de este tratamiento, constantes pedidos de asegurarse que lo atienda: “¿Seguro estás la semana que viene?”, “si no tenés tiempo, me hacés un lugarcito a la 1 de la mañana” o “te traje una agenda así no te olvidás de nuestras entrevistas” ¿Cómo leer estos pedidos y regalos? Ubico esto como demanda de amor, demanda al Otro, que luego se articulará más precisamente.

En las entrevistas que siguen empiezan a surgir que estuvo internado 2 días en una clínica privada por “trastornos de la conducta”. “Había fallecido un íntimo amigo, me empecé a sentir muy sólo, bajoneado, aunque hasta hoy no me había dado cuenta de eso. Me peleaba con cualquiera y finalmente me interné. Aguanté dos días, rompí todo y me dejaron irme. También me quedé pensando otra cosa que pasó esta semana. Estaba esperando a que Inés llegue del trabajo, era tarde y me preocupé. Cuando llegó no sé qué le dije pero se puso a llorar y a decirme que la maltrataba. Ahí me acordé lo de mi amigo que se había muerto, donde primero me sentí muy sólo y después me agarró ira, igual que en esta situación”.

Veníamos pensando en una serie y sus efectos. Propongo un articulador para ubicar estas escenas que Martín continúa trayendo: el fantasma sádico del obsesivo⁴, allí donde la imagen está capturada en cierto uso del significante. Dicho fantasma apunta a la destrucción de la imagen del Otro. Tenemos escenas y guiones, del orden de lo imaginario y lo simbólico. Contamos con varias escenas violentas, donde se localiza el valor de algunas miradas, respecto a las cuales el paciente se arma su propio texto. Y no quiero dejar de destacar, que frente a esta figuración del fantasma,

se trata de internar para proteger al otro, semejante, pero también al gran Otro. De este modo, el trabajo de estas entrevistas de ir ubicando los contenidos de esas escenas, pero también los tonos, permitiría sostener el lazo al Otro que no es sin cuerpo, ahora entendido como aquello que excede los significantes. La escena en este sentido, tiene un guión, pero también su soporte pulsional. Frente a los tonos enloquecedores se hace un lugar destruyendo la imagen del semejante, pero a la vez, produciéndose como desecho: “quedé hecho mierda”.

¿Qué función económica tiene el fantasma sádico aquí? Pareciera que es el modo de sostener al sujeto. El sadismo recae sobre el semejante pero la posición es masoquista. Allí dice: “el violentado soy yo”, donde se produce un lugar por la vía del desecho. Adscribo a Freud en la transición conceptual del sadismo al masoquismo ¿Qué pasa cuando no se sostiene por esta vía? Se desvanece. Porque acá el lazo al Otro no es igual que en la histeria. Pareciera que primero hay un obstáculo que es el de la evanescencia del deseo, que Martín nombra con la soledad y el bajón (viñeta anterior), y en un segundo momento, se articula la dependencia del Otro que tiene por efecto la agresividad. Agresividad por reconocerse como deseante en relación al Otro, y el retorno de la culpa o la sanción por poner en juego su deseo.

La cuestión no es sencilla porque creo que la ira surge frente a los tonos y reproches, pero también cuando emerge el deseo. Ira como respuesta a la angustia frente al deseo del Otro, pero también del superyó. Este será nuestro eje. Esto lo sitúo en aquello que Martín quiere que “le saque” y que nombra como “los bajones y la violencia”. De este modo, la soledad se empieza a situar en relación al bajón. Pero además, Martín empieza a ubicar cierta repetición: localiza a alguien deseante y surge la violencia, ahí propongo leer el fantasma sádico, luego todo se calma pero viene el bajón; el deseo se ha desvanecido.

Continuemos. A raíz de puntuar un equívoco, surge una asociación: “El otro día me asusté porque me imaginé dos cosas. Que se podría morir mi papá y yo me quedaría sólo, y lo otro que se me ocurrió, era que un día vos me digas -terminamos el tratamiento, ahora caminará sólo-, como si yo fuese chiquito y me dejás”. ¿Cuál es la respuesta frente al equívoco? ¿Un imperativo? ¿Una demanda de amor?

Prosigamos. Relata que tuvo una pelea con su hermano en la que se sintió un tarado, lo insultó y después se sintió una mierda. Entonces pregunta: “¿es grave esto?”.

¿Cómo romper con esta injuria que retorna siempre igual, sin caer en la intervención de armarle una serie, en donde se ubicaría que él responde siempre igual, pero que como intervención lo dejaría identificado allí? Aclaro, él se lee en esos insultos, por lo tanto intervenir demostrándole dicha cuestión, ¿no tendría efecto superyoico? ¿Cómo ser audible sin ser una voz injuriante? Porque una cosa es la imagen como elemento propio con el que responde, y otra cosa es el elemento del Otro al cual responde. Creería que la idea es puntuar del lado del Otro, no la imagen, aunque

en su momento haya servido como elemento repetitivo para instrumentar la transferencia.

¿Cómo realizar una intervención que no consista en mostrarle algo al paciente, en donde el efecto logrado es el llamado a la voluntad de: “ahora que lo entendés, cambiá”?

Después de su pregunta por la gravedad, le propongo que estos sentimientos que aparecen al final de cada escena, inútil, imbécil, ser un tarado o una mierda, incluso el sentirse burlado (las itálicas ilustran la entonación de mi enunciado); efectivamente como él dice, son todas palabras graves. En este punto Martín se queda pensando, y después de un breve intervalo, se ríe y dice “claro, ninguna es esdrújula”, nueva escansión y pregunta: “¿qué querés decir, que ya no estoy en agudo?” Finalizo la entrevista cuando sanciona el equívoco como un Witz, no sin enigma. Nuevamente la salida es por la vía del inconsciente como respuesta a una intervención. El efecto lo leo la entrevista siguiente cuando dice que se siente mejor porque al no estar en agudo pudo retomar sus estudios universitarios. A partir de ahí, se abre un nuevo tema alrededor de lo que él sitúa como “la incomodidad con el cuerpo”. Dice que se ve gordo y que nunca pensó que iba a hablar con alguien de esto, incluso, indica que le cuesta salir porque se ve mal.

Actualmente, promediando los 4 meses de tratamiento, tomo esta línea de intervención por la vía del equívoco cuando se impone la captación por una imagen, intentando evitar los retornos superyoicos que convocan a la voluntad de cambio. Y al mismo tiempo, mantengo otra línea de trabajo que consiste en sostener una situación deseante allí donde surge la evanescencia del deseo.

Alcances y límites de una clínica sostenida en la identificación

Propongo pensar algunos lugares de presencia subjetiva: primero, en las imágenes donde se reconoce el moi (tarado), sostenidas de un rasgo, el Ideal, aún no situado.

En segundo lugar, tenemos la pregunta por el deseo del Otro que comienza a ser situada cada vez más en el tratamiento, allí donde armaríamos una serie: padre, novia, analista, sostenida en la fantasía de que el padre se podría morir, o que su analista le podría decir que se terminó el tratamiento. Y respecto a la novia, con la pregunta “cuando mejore por el tratamiento me va a dejar ¿Qué espera de mí, me quiere así enfermo?”. Preguntas frente a las que encuentra tranquilidad por la vía de la contemplación, encerrándose en su casa a mirar televisión. Cuestión que a medida que avanza el tratamiento disminuye ya que está articulado que aquello que lo saca de la angustia, la contemplación, lo introduce en la depresión. Leemos entonces la depresión o bajón, allí donde se “destruye el deseo del Otro”⁵ y por ende su deseo se desvanece, ya que el deseo es el deseo del Otro. Como esto se torna insoportable, nos encontramos con un tercer lugar, que es el del maltrato. De

ahí, que la respuesta a este quedarse sólo, sea la de incluir el cuerpo, reconstituir el lazo al Otro. Martín nos dice que estaba esperando a Inés, no sabía que hacer, peligraba el lazo al Otro, y se recupera por la vía del maltrato, más allá de los significantes.

Ahora bien, la ira surge también, al igual que la contemplación, como respuesta al deseo del Otro ya que así evita la angustia, al producirse el cortocircuito en el grafo del deseo y el deseo ser regulado en el fantasma, por la vía de la identificación a un objeto. Con la ira ¿quién queda desecho? En este línea situaba la ilusión del fantasma sádico.

Otro lugar es el de la demanda al Otro. Lacan trabaja en el Seminario 56 la reducción del deseo a la demanda como estrategia del obsesivo. Ahora bien, esos pedidos constantes querría distinguirlos de la demanda del Otro con la cual pienso la instalación del dispositivo verificada entre otras cosas por el sueño ¿A qué me refiero? Lacan toma en el Seminario 8 parafraseando a un autor llamado Bergler el acople en el obsesivo entre la demanda del Otro y la demanda al Otro⁷. La primera funda la relación al Otro, y la segunda sitúa la dependencia respecto al Otro. Dependencia que se presenta como pedidos y ofertas amorosas. Esta idea, creería que también justifica la intervención enigmática ya que abre una brecha en la reducción del deseo a la demanda (al Otro).

Respecto a la demanda del Otro, en el Seminario 10 Lacan la utiliza para pensar la fundación de la estructura por la vía del objeto anal, "el objeto a en tanto que resulta ser el primer soporte en la relación al Otro"⁸. Freud decía que se pasa de arrojar una piedra a insultar y eso funda la civilización.

Lacan separa la propuesta freudiana de unificación de lo sádico-anal⁹, ubicando el objeto excremental en relación a la demanda del Otro y el sadismo y masoquismo en relación a la voz. Respecto a la constitución del sujeto por la demanda del Otro, localizaría aquella constipación que no estaba de entrada sino que surge en la segunda entrevista, y que propongo pensarla como resistencia a la demanda del Otro, la línea de la retención. Y respecto a

la voz, sitúo aquello que se presenta dividiendo al sujeto en las escenas violentas ¿Qué lo dividía? Dice que no se acuerda de lo que le dicen, sino que se trata de los tonos, la forma en que lo miran y los reproches. Recordemos que viene a internarse cuando se cruza con alguien que lo mira mal, donde la voz se encarna y se hace cuerpo, allí donde la voz no es sino una mirada silenciosa. Ahí se hace oír, acalladamente en el cuerpo violentado, luego dirá: "el violentado soy yo". Pensado así, no sorprende el rápido efecto terapéutico de la puesta en palabras.

Una distinción: una cuestión es la interpretación en la línea de la cita y el enigma, articulada al deseo del analista, que está en relación al objeto voz, y permite sostener el "¿qué me quiere?" enmarcado en un tratamiento. Así, se evitaría la reducción del deseo a la demanda y sus retornos superyoicos, o bien, la consistencia de una identificación. Al enigma responde la risa, donde la pulsión es el eco en el cuerpo de un decir. Continuamos de este modo, con la misma lógica, la pulsión también surge respecto a una intervención. En cambio, otra cuestión distinta, es la voz del Otro, la voz de la conciencia moral, el superyó.

Retomamos así nuestro eje: Fuimos de la instalación del dispositivo, a la pregunta por la insistencia y consistencia de una posición. En este punto nos preguntamos respecto a la posibilidad de una brecha en la consistencia del Otro, y nos encontramos con que dicho movimiento, no es sin realizar una lectura de la posición a la que el paciente está sujetado. Ahora bien, al intervenir leyendo y mostrando dicha posición, el efecto es el reconocimiento y la consistencia de la identificación. ¿Cómo producir un corte con la significación que retorna una y otra vez? No sin obstáculos, la propuesta por la vía del equívoco, la apuesta al elemento nuevo que resiste a la significación, se propone como un horizonte posible, que nos conduce a repensar aquellos conceptos en los cuales se funda nuestra praxis. Y en este sentido, estas sendas transitadas, no hacen sino abrir nuevas preguntas que intentan sostener una apuesta: interrogar la posición del analista en la dirección de la cura.

BIBLIOGRAFÍA

Freud, S., "Organización genital infantil (una interpolación en la teoría de la sexualidad)", tomo 19 O.C. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1996.

Lacan, J., La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud, Escritos 1, Siglo XXI, Buenos Aires, 1988.

Lacan, J. "El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica" en: Escritos 1. Siglo XXI, Buenos Aires. 1988.

Lacan, J. "La dirección de la cura y los principios de su poder", Escritos 2. Siglo XXI, Buenos Aires. 1995

Lacan, J., El Seminario II, El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica, Paidós, Bs. As., 1983.

Lacan, J., El Seminario. Libro III. Las Psicosis. Paidós. Bs. As., 1984.

Lacan, J., El Seminario. Libro V. Las Formaciones del Inconsciente, Paidós. Bs. As. 1999

Lacan, J., El Seminario. Libro VIII. La transferencia. Paidós. Bs. As. 2003.

Lacan, J., El Seminario. Libro IX. La Identificación, Clase 22 del 30/5/62. (Inédito).

Lacan, J., El Seminario, Libro X. La Angustia (1962-1963), (Inédito).

Lacan, J., El Seminario. Libro XI. Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis. Paidós. Bs. As. 1984.

(Footnotes)

1 Lacan, J., La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud, Escritos

1, Siglo XXI, 1988, Pág. 490.

2 Lacan, J., El Seminario II, El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica, Paidós, 1983, Clase 19, Pág. 366.

3 Lacan, J. "La dirección de la cura y los principios de su poder", Escritos 2. Siglo XXI, Buenos Aires. 1995, Pág. 578.

4 Lacan, J., Seminario 9, La identificación, Clase 22 del 30/5/62, último punto.

5 Lacan, J., Seminario 5, Las formaciones del inconsciente, Paidós, 1999, Pág. 477.

6 Íbid., clases 23 y 26.

7 Lacan, J., Seminario 8, La transferencia, Paidós, 1999, clases 23 y 24.

8 Lacan, J., Seminario 10, La angustia, Inédito, Pág. 340.

9 Freud, S., La organización genital infantil, 1923, Volumen 19, A.E., Pág. 149.

Comentario de Relatos Clínicos: Cuerpo e identificación: Sendas y obstáculos en la dirección de una cura

Situaré los interrogantes que convocaron al autor a escribir sobre la experiencia de una clínica.

La primer pregunta es sobre la posición del analista y una clínica que implique al padre, dice “¿cómo no quedar ligado a la voluntad paterna?”. Es decir que parte de una interrogación donde supone la posición del analista no por el lado del padre, por lo tanto, no sosteniendo la estructura de representación. O sea, abriendo el tema de la interrogación de las intervenciones como fundadoras de un campo.

Y una segunda interrogación, a mi gusto problemática, donde sitúa esta práctica como un trayecto de “la urgencia en una guardia”, a la fundación de un espacio de análisis.

En la lectura del trabajo queda claro que las preguntas están en relación a la posición del analista como fundador de un campo, campo del análisis. Pero la “urgencia en una guardia” no pertenece al campo del psicoanálisis. Es un término médico. Como de medicina no sé, situaré el comentario por la pregunta de la constitución de un campo analítico desde una determinada posición.

Si bien el autor nos va brindando cuatro subtítulos o articuladores, situaré algunas intervenciones con las preguntas que estas conllevan:

1. Posterga la internación.
2. Articula las escenas a un elemento
3. Intervención por el equívoco

El paciente se presenta en una guardia para internarse. Quien lo escucha decide correrse del lugar donde se lo espera. Le ofrece un lugar otro. No lo interna, lo pospone, le propone charlar desde la ignorancia. Le rechaza ese goce particular jugado en “una internación”. No pone en juego ningún saber.

Es decir que esta apuesta a una estructuración del dispositivo no es por el lado de la respuesta.

Podríamos decir que esta primer intervención permite que se empiece a desplegar una determinada posición subjetiva. Posición subjetiva particular, o también podemos decir, satisfacción propia que tiene cada sujeto y que constituye un fragmento de la vida sexual. Puesta en juego de los contenidos edípicos.

También podríamos decir que esta ignorancia es la que abre la posibilidad de un lazo, que podemos llamar transferencia. Se abre la posibilidad al Otro. Así, constituye al inconsciente en esta intervención, que supone como condición previa, la histerización del discurso.

Y el campo de la significación se empieza a desplegar..., escena, espacio fantasmático que implica la posición del neurótico respecto de su deseo, que sabemos que es respuesta a la demanda del Otro.

Pero aquí la pregunta que aparece en relación al camino que hay que hacer para correrse de la escena, nos la da el autor a través de ciertas pautas.

Intenta aislar aquellos significantes amos que constituyen la

Mónica Cadorini

Psicoanalista. Perteneciente a la Institución Psicoanalítica:
Síntoma Espacio de Psicoanálisis. Supervisora en distintos
Hospitales. [mcadorini@ssdnet.com.ar]

cifra por la cuales el sujeto da cuenta de su ser. Aislado los trazos S_1 , despojándolos de las significaciones que intentan cubrirlos. Dicho de otra manera, ubica ciertos rasgos donde se monta el dispositivo. Un elemento, tal como lo llama, donde este sujeto se nombra, “imbécil, tarado”.

De esta manera, va recorriendo su interrogante aclarando que no se trata de explicar ni comprender el sentido del fantasma. No se trata de comprender ni de brindar más significaciones. No es el ejercicio del saber.

Por esta vía llegamos a la intervención por el lado del equívoco:

“Después de su pregunta por la gravedad, le propongo que estos sentimientos que aparecen al final de cada escena, inútil, imbecil, ser un tarado o una mierda, incluso el sentirse burlado,..., efectivamente como él dice, son palabras graves”.

Intervención por el lado del equívoco, frente a lo cual, responde el inconsciente.

Lacan en “La Tercera” dice “La interpretación, he emitido, no es interpretación del sentido, sino juego sobre el equívoco”. Es decir que el equívoco ya es un corte en relación a la significación.

Algo se desplazó. Y aquí abre el campo de la identificación, ya no el del deseo. No es lo mismo el campo del deseo, que el campo de la identificación. El campo de la identificación, implica la identificación a un rasgo, es lo que sostiene al sujeto en la marca, en el campo del Otro.

La marca no se lee, en tanto supongamos a la lectura como darle significación. Vale como trazo. Es un uno. Tiene su origen como marca en el cuerpo, como efecto del encuentro con el goce. Esto produce un efecto de pérdida del cuerpo propio en tanto objeto.

Es decir, que si el rasgo Unario participa de este valor de letra, de marca, de esta función de ignorancia y de esta función de goce, esto mismo es lo que lo liga con la pulsión, porque la pulsión es precisamente la marca de la relación de ese cuerpo con el goce.

Lacan dice que el rasgo Unario es la memoria de la rayadura primitiva del sujeto. Punto de encuentro con el goce, que barra al sujeto, haciendo que ese cuerpo se pierda como cuerpo gozoso.

Hay un efecto de pérdida. Con lo cual no es lo mismo pensar la posición del analista desde el campo del deseo, que desde el campo de la identificación, en tanto en esta estamos pensando en el sujeto.

Y el psicoanálisis es una clínica del sujeto.



Encuesta acerca de la jefatura de residentes

Introducción :: Año tras año, los residentes de Salud Mental del GCBA pasan por la instancia de elegir a sus futuros jefes. Año tras año, residentes de cuarto año aceptan pasar por el proceso de la candidatura, cuyo desenlace será la elección de un médico y un psicólogo para asumir las funciones que atañen a la coordinación de la residencia. No obstante, sería adoptar una postura muy simplista si se circunscribiera la elección del jefe al mero acto de votar; por el contrario, incluye otras aristas importantes que no suelen tenerse en cuenta. En efecto, podríamos describir diferentes momentos: el preelectoral, el electoral propiamente dicho y el posterior, que refleja los efectos de los resultados obtenidos.

El objetivo del presente estudio es realizar un análisis descriptivo de la percepción de los residentes de salud mental del GCBA acerca del período preelectoral (puntualmente de las llamadas “campañas”) así como de las jefaturas y del proceso de elección de jefes.

Dr. Juan Costa
Dra. Ivana Druetta
Dr. Javier Fabrissin
Lic. María Laura Ormando

Materiales y método

Se entregó un cuestionario (anexo 1) que combina preguntas de tipo cerradas, abiertas con opciones y abiertas. Éste debía completarse de manera autoadministrada y anónima. Se tomaron en cuenta las 11 sedes de residencia que pasaron por el proceso de elección de jefes (Hospitales Álvarez, Alvear, Argerich, Borda, Elizalde, Gutiérrez, Moyano, Piñero, Ramos Mejía, Tobar García y Tornú). Se apuntó a que estuvieran representados residentes de los 4 años y de ambas profesiones.

Resultados

Se completaron 77 cuestionarios de 9 Hospitales (un Hospital no las entregó a tiempo y otro no aceptó participar de la encuesta). De los 77 cuestionarios, 6 debieron ser descartados por haber sido respondidos, cada uno de ellos, por dos personas. Por lo que se procesaron 71 encuestas (39 médicos y 32 psicólogos). Las respuestas fueron analizadas de manera cuantitativa y cualitativa, según correspondiera. Cabe aclarar que la encuesta original incluía un ítem en el que se indagaba acerca del nivel de cumplimiento de expectativas respecto de las jefaturas. A la hora del análisis de los resultados, decidimos no incluir dicho ítem ya que consideramos que no contribuía a la descripción del fenómeno “jefatura de residentes” en general, sino que las opiniones vertidas quedaban ligadas a gestiones de jefatura particulares.

En el Ítem I se pidió que eligieran, de una lista de 9 opcio-

nes, las 3 características que consideraban indispensables en un jefe de residentes. De las 71 encuestas recibidas se procesaron en este ítem 70 ya que un encuestado respondió Ns/Nc.

Se desprende del análisis de los resultados que las 3 características más elegidas, tanto para médicos como para psicólogos son 1º capacidad resolutive / 2º compromiso con el trabajo / 3º capacidad de representar a la residencia (Gráfico 1).

La opción menos elegida fue orientación teórica.

Si se discrimina según el año de residencia, capacidad resolutive y compromiso con el trabajo se mantienen como las características más elegidas (Gráfico 2).

Si se discrimina en base a la profesión encontramos que las 3 opciones más votadas por los médicos fueron 1º capacidad resolutive / 2º solidez teórica / 3º capacidad de representar a la residencia.

Y las 3 opciones más votadas por los psicólogos fueron 1º compromiso con el trabajo / 2º capacidad resolutive / 3º capacidad de representar a la residencia (Gráfico 3).

En el Ítem II se pidió que eligieran, de una lista de 7 opciones, las 3 funciones más importantes que debería cumplir un jefe.

Se desprende del análisis de los resultados que las 3 funciones más elegidas, tanto para médicos como para psicólogos son 1º coordinador de las actividades de la residencia / 2º representante/portavoz en ámbitos externos a la residencia / 3º referente asistencial (Gráfico 4).

Las opciones elegidas no difieren si se las analiza de acuerdo a la profesión y al año de residencia (Gráfico 5 y 6).

En el Ítem III se preguntó si estaban de acuerdo con el sistema de elecciones de jefes y se solicitaba justificación en el caso de que la respuesta fuera negativa.

Los resultados arrojan que, mayoritariamente, los residentes están de acuerdo con el sistema de elección de jefe (SI: 78%/ NO: 18%/ NsNc: 4%) (Gráfico 7).

Quienes adujeron no estar de acuerdo con el sistema, sostuvieron que la elección debería ser por especialidad.

En el Ítem IV se indagó respecto de las campañas electorales.

Se preguntó si consideraban que existían las “campañas preelectorales” por parte de los posibles candidatos y, en caso de contestar afirmativamente, se pidió que explicaran en qué consisten dichas campañas (Ítem IVa) y si consideran legítimo dicho recurso (Ítem IVb).

Del análisis cuantitativo de los resultados surge que el 65% de los residentes considera que existen campañas electorales, mientras que un 28% respondió que las mismas no existen (Ns/Nc: 7%) (Gráfico 8).

Si discriminamos en función del año de residencia, el porcentaje de los que consideran la existencia de campaña aumenta según avance el año de residencia. Respondieron que SI el 50% de 1º año, el 55,5% de 2º año, el 77% de 3º año y el 84 % de 4º año (Gráfico 9).

De la elaboración de las respuestas del grupo que afirmó la existencia de las “campañas electorales” y explicó en qué consiste (ítem IVa), podemos extraer algunas observaciones.

Por una parte, en 1º y 4º Año, predominan descripciones de lo que se entiende por “campaña preelectoral” que pueden considerarse como valoraciones positivas acerca de las mismas.

A su vez, éstas se pueden dividir en dos grupos temáticas:

- 1) las que apuntan a la participación de los candidatos en las actividades de la residencia (“mayor participación”, “cumplir funciones y actividades desde un lugar de mayor compromiso”, disposición a acompañar a los residentes”, etc.) y

Gráfico 01

Características de los jefes, expresado en porcentaje

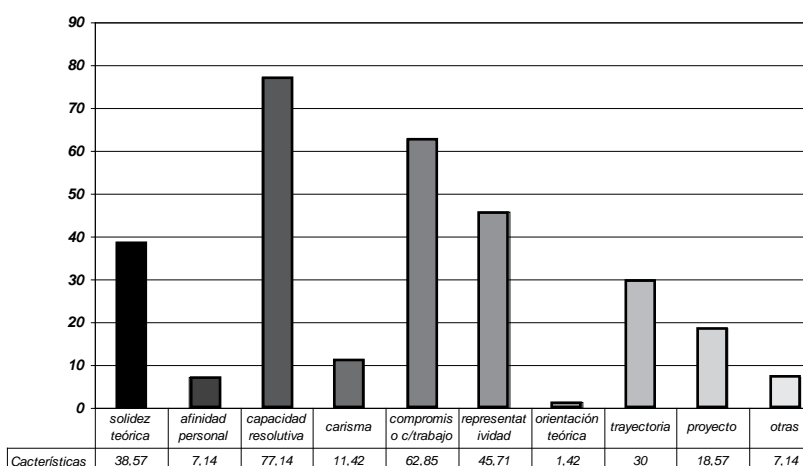
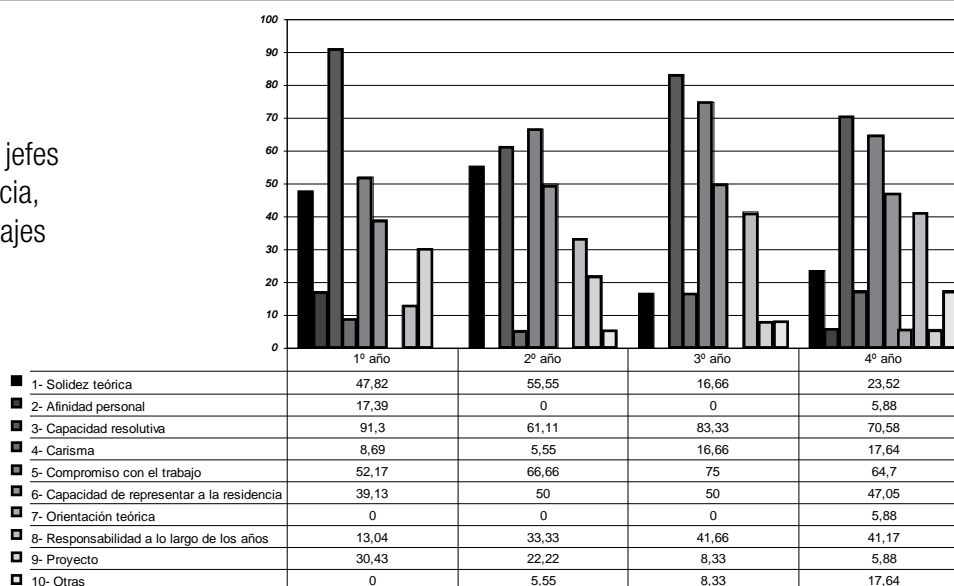


Gráfico 02

Características de los jefes según año de residencia, expresado en porcentajes



2) las que se refieren al acercamiento por parte de los candidatos a los residentes (“indagar acerca de las preferencias de cada uno para el armado de proyectos”, “mejor afinidad personal con los residentes”, etc.).

Por otro lado, si bien nos encontramos con valoraciones negativas de las campañas a lo largo de los cuatro años, se acentúa dicha opinión en los residentes de 2° y 3° Año. Siguiendo las temáticas arriba mencionadas, las respuestas incluyen:

- 1) las que apuntan a la participación de los candidatos en las actividades de la residencia (“preocupación intencionada por las actividades”, “simulación de intereses”, “promesas de proyectos”, “aparentar interés clínico”, etc.).
- 2) las que se refieren al acercamiento por parte de los candidatos a los residentes (“repentino interés hacia los demás residentes”, “amiguismo”, “favoritismos circunstanciales”, “acercamiento interesado a los residentes”, etc.).

En cuanto al ítem IVb, que indagaba sobre la legitimidad como recurso de las “campañas electorales”, en general, y contraponiéndose a la connotación negativa que se detectó en las respuestas al ítem anterior (IV a), las opiniones, en especial las de los residentes de 1° y 4° año, tienden a convalidar la legitimidad de las campañas, siempre y cuando se mantengan en el marco de ciertas características. Esto es, aquellas conductas de participación de los candidatos en las actividades de la residencia y de acercamiento por parte de los candidatos a los residentes, mientras sean coherentes: “con una actitud de compromiso”, “con una trayectoria meritória a lo largo de los años”, “esté en función del armado de un proyecto”, “sirva para mostrar ganas e intenciones”, “ese interés se sostenga en una gestión posterior que lo respalde”, etc., serían percibidas como legítimas, como parte de las reglas del juego.

Aún así, una menor proporción de respuestas que se podrían resumir en la siguiente: “el jefe debe lograr su cargo

Gráfico 03

Características de los jefes según profesión, expresado en porcentajes

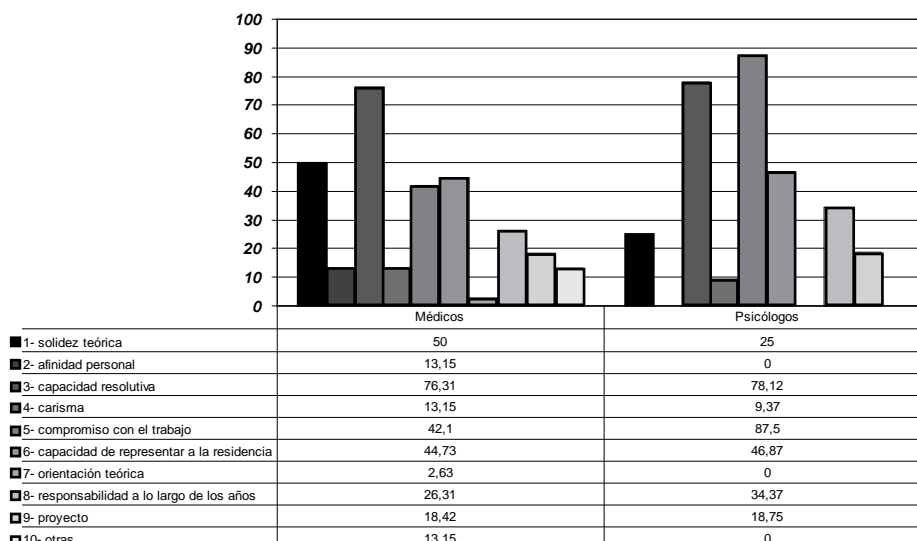
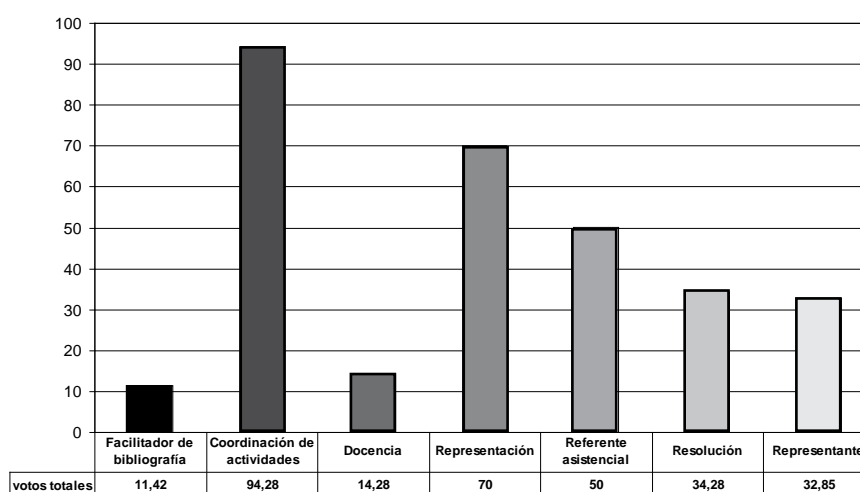


Gráfico 04

Funciones de un jefe, expresadas en porcentajes



por capacidad y mérito propios”, apuntan a lo conflictivas o engañosas que pueden resultar estas campañas.

Discusión

- Si bien tanto médicos como psicólogos coinciden en dos de las características más importantes que debe tener un jefe (capacidad resolutoria y capacidad de representar a la residencia), los psicólogos votaron en su mayoría el compromiso con el trabajo. Por el contrario, en los médicos, la solidez teórica resultó la segunda característica más votada.
- Del análisis cuantitativo se desprende que las opciones responsabilidad en el cumplimiento a lo largo de los años y proyecto no fueron valoradas como las características más importantes. Remarcamos: el proyecto, la propuesta de trabajo fue la sexta opción!
- Llama la atención que la orientación teórica no fue considerada como característica a tener en cuenta por los psicó-

logos. Tal vez esto se deba a que la homogeneidad teórica imperante dé como naturalizada la formación psicoanalítica del jefe de residentes.

- En este sentido, resulta interesante destacar que en la elección realizada por los psicólogos la opción solidez teórica haya quedado en 5º lugar, por debajo de trayectoria.
- En el análisis de las características elegidas según el año de residencia, la variante la aportan los residentes de 1º y 2º año quienes eligieron como tercera opción más importante a la solidez teórica, característica que en el análisis general de los resultados no aparecía. Puede pensarse que se relacionaría con la tendencia en los primeros años a la búsqueda de anclajes teóricos más firmes que les permitan hacer pie en los encuentros iniciales con la clínica.
- La percepción que los residentes tienen de las funciones del jefe de residentes, según esta encuesta, coinciden con aquellas funciones enumeradas por la ordenanza municipal y el programa de formación de residentes.

Gráfico 05

Funciones del jefe según profesión, expresado en porcentajes

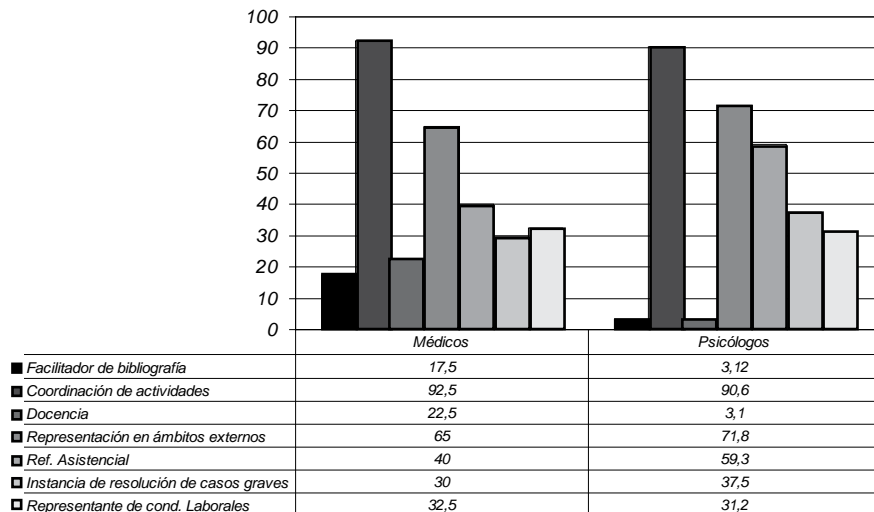
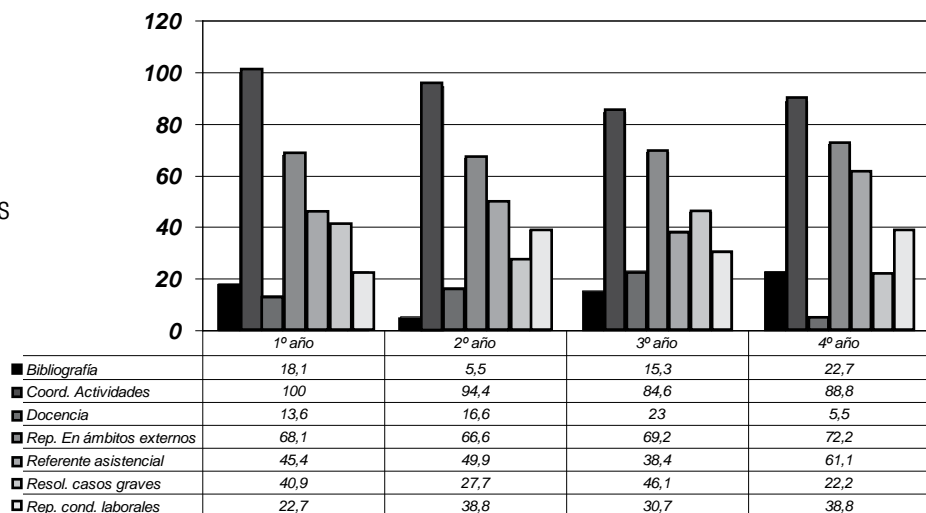


Gráfico 06

Funciones del jefe según año de residencia, expresado en porcentajes



- Tanto en el ítem I como en el ítem II una de las opciones elegida tiene que ver con la capacidad de representatividad del jefe de residentes. La relación del jefe con instancias que exceden a la residencia parece ser valorada.

- La mayoría de los residentes está de acuerdo con el sistema de elección de jefe vigente.

- La mayoría de los residentes coincide en que existe campaña electoral. Pese a que se advierte que este resultado va quedando más en evidencia a medida que se avanza en la residencia, advertimos que existe un porcentaje de residentes que mantiene la opinión de que no existen dichas campañas.

- La presencia efectiva de un proyecto podría incidir en la valoración positiva de la campaña: para los de 4° porque es un paso necesario previo a la elección (si se la toma en cuenta en función del armado de un proyecto de jefatura, por lo demás, uno de los requisitos que la ordenanza municipal estipula como condición para postularse a jefe de residentes); y para 1° año porque la percepción parece ser que para el armado de un proyecto es menester conocer a cada residente en particular, y porque no cuentan con el conocimiento de la trayectoria de quien se postula.

Por el contrario, 2° y 3° año, pueden acreditar experiencia en lo que implica una campaña electoral, en las gestiones de jefatura y, además, no son candidatos. No ven la cam-

paña como parte necesaria para el armado de un proyecto sino como simulación de intereses circunstanciales, con una connotación de deslealtad, en tanto afecta la esfera de las relaciones interpersonales.

- El hecho que se describa el acercamiento a los residentes por parte del candidato como un movimiento individualizado, podría estar hablando de este fenómeno asordinado que tiene lugar durante el período de campaña. Durante el mismo, los candidatos se suelen mostrar renuentes a manifestar abierta y explícitamente su intención de posicionarse como candidatos. Por el contrario, suele tratarse de una manifestación apenas murmurada y sólo en pequeños grupos. Nos preguntamos si este enmascaramiento podría explicar el, a veces, tenso clima que se percibe en las residencias durante los tiempos circundantes a la elección y la valoración negativa que algunos residentes atribuyen a la campaña.

- El concepto de legitimidad con respecto a las campañas se trataría de una construcción grupal. A partir de esta definición, quienes, al hacer campaña, se mantienen dentro de este encuadre, son aceptados como una contingencia necesaria y tolerable propia del período electoral. Ahora bien, según la observación individual de los miembros del grupo, quien no respete ese "pacto", es considerado de ilegítimo y desleal.

Gráfico 07

Sistema de elección de jefes
¿estás de acuerdo?

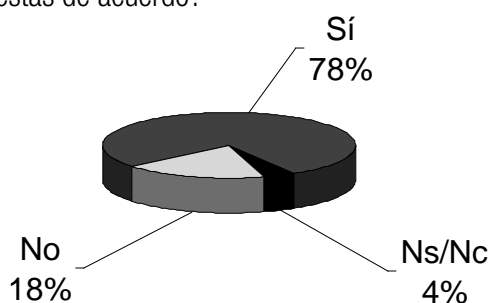


Gráfico 08

¿Existen las campañas electorales?

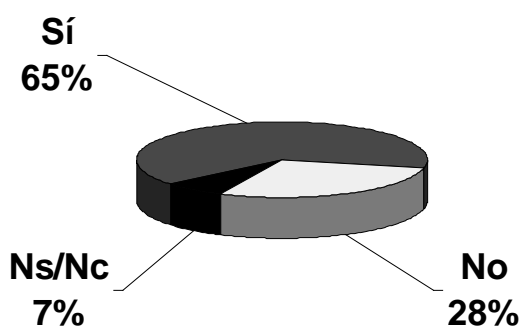
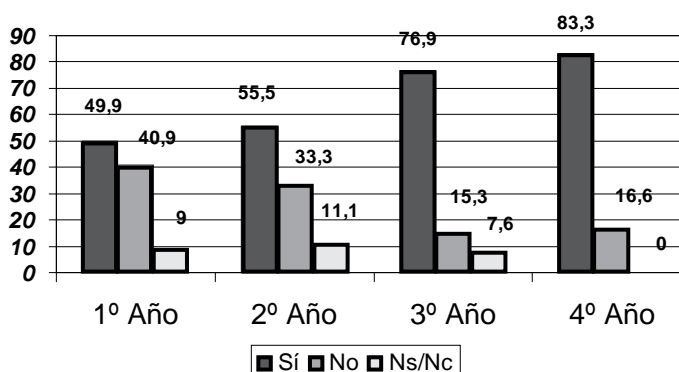


Gráfico 09

¿Existen las campañas electorales?
Resultados por año de residencia





El modelo de Reducción de daños como una alternativa al problema “drogas”



Dr. Andrés Scheingart
Residente de 1º año 2006 - 2007
Hospital Alvear

Introducción

La percepción del concepto droga ha sufrido múltiples modificaciones a lo largo de la historia con una profunda acentuación en la segunda mitad del siglo pasado. Diferentes modelos han tenido lugar: en un inicio estaban más centrados en la sustancia, luego cobraron lugar las dimensiones psicopatológicas para posteriormente hacer hincapié en el contexto sociocultural.¹ Hoy en día se puede decir que ningún modelo anula al otro, más bien, habría una mezcla de discursos, muchas veces teñidos por un cierto componente ideológico.

La abstinencia como un sistema de exclusión

Dentro de los consumidores de drogas y siguiendo un patrón cuantitativo, los usuarios pueden realizar uso, abuso o dependencia². Las adicciones representan un pequeño porcentaje del espectro de consumidores

Según datos aportados por el Observatorio Argentino de Drogas, de un total de 14.342.102 personas que en algún momento de sus vidas consumieron alguna sustancia psicoactiva, legal o ilegal, el 2.4% (alrededor de 330 mil personas) alguna vez buscó ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo.³ Tal estudio no hace distinción de qué tipo de consumo presentaron quienes consultaron (si fue abuso o dependencia) según criterios del DSM IV. El presente estudio muestra cómo no todos los que consumen presentan problemas asociados. Si no se tiene en cuenta este dato, se corre el riesgo de reducir el objeto droga al extremo de su máxima complicación.

Hasta el momento, el centro de la acción ha sido puesto en los drogadependientes (el término drogadicto está empezando a ser dejado de lado por lo despectivo del término) que están dispuestos a someterse a un riguroso plan orientado a la abstinencia.

De esta manera quedan fuera de todo esquema terapéutico aquellos usuarios que no se insertan dentro de esta ca-

tegoría. Allí pueden incluirse a: a) usuarios que no consultan y que hacen uso o abuso leve de sustancias, que pretenden seguir consumiendo de manera responsable, alejados del estereotipo marginado-enfermo-delincente⁴, normalizando su conducta de consumo, especialmente durante los fines de semana⁵ b) usuarios que consumen de manera regular pero que consultan no por su consumo sino por otro problema psiquiátrico c) dependientes severos que no quieren o no pueden dejar de consumir sustancias de alto poder nocivo. Dentro de esta categoría se incluye al usuario de drogas endovenosas (UDI) quien, tras múltiples fracasos en tratamientos intensivos no está dispuesto a aceptar un tratamiento basado en la abstinencia.⁶

Desde la perspectiva de la reducción de daños, estos tres casos, ahora excluidos, podrían ser incorporados al sistema de salud, pudiendo realizar actividades que si bien no lograrían el objetivo de la abstinencia, harían que dañe menos a su organismo y a quienes lo rodean.

Con respecto al caso a), son usuarios que pueden tratar de hacer uso más responsable de la sustancia, informándose sobre las posibles consecuencias nocivas del uso. En este caso se incluye al usuario de marihuana, en el que se practican algunas medidas en relación a cómo fumarla, con qué frecuencia, cuáles son los efectos a tener cuidado, cómo enfrentarse ante un ataque de pánico como con-

secuencia de esta droga, entre otras.⁷ En el caso b) nos encontramos a los pacientes que no son admitidos en los hospitales psiquiátricos por no responder a la especificidad del hospital. De esta manera se deja al paciente excluido, quien quizás consultaba por otro asunto, el cual podría haber actuado como puente para luego abordar el problema relacionado al uso de sustancias.

Por último, en el caso c) lo que queda por hacer es tratar de minimizar el daño y lograr que, al menos, no comparta las jeringas o bien, si decide compartirlas, que las esterilice primero evitando el contagio del VIH/SIDA.

El modelo de reducción de daños

Según Heather et al. la reducción de daños, (de aquí en más, RRDD), es “un intento de mejorar las consecuencias adversas sobre la salud, lo social o económico de las sustancias que alteran el estado de ánimo sin requerir necesariamente la reducción del consumo de tales sustancias”.⁸ Esta definición indica que la RRDD apunta a las consecuencias del uso de drogas más que a sus causas, es decir que no pretende reducir el consumo de las drogas sino los daños que el consumo trae aparejado. Esta estrategia es contraria a la concepción tradicional acerca del consumo de drogas, que pretende lograr la abstinencia del usuario como objetivo único. La concepción abstencionista no contempla la posibilidad de la RRDD y es una concepción idealista (“todo o nada”), puesto que es evidente que no todos los usuarios pueden dejar de consumir de un día para el otro (y quizás no sólo no puedan sino que no quieran). Sin embargo, contempla el abstencionismo como una posibilidad, pero no la única meta a la que hay que aspirar.⁹

Principales aspectos de la RRDD:⁹

El pragmatismo. Esta dimensión manifiesta que el consumo de drogas existe de hecho y va a existir durante mucho tiempo más, con lo cual el intento de erradicar las drogas (como se manifiesta a través del idealismo moral de una política libre de drogas) y prohibir su consumo es una meta imposible de alcanzar. Además, en vez de hablar del enfermo prisionero de la droga y de seres que se automutilan, la RRDD prefiere entender que, pese a los riesgos, las drogas otorgan algún beneficio al usuario, que toma a las mismas como un estilo de vida, algo riesgoso pero no mucho más que la práctica de deportes extremos o prácticas sexuales imprudentes.¹⁰ Desde esta perspectiva es posible pensar el uso recreativo de drogas, algo inaceptable desde el abstencionismo. No se plantea si un tipo de comportamiento está bien o mal, simplemente se preocupa del manejo de las situaciones de todos los días dada por resultados prácticos.¹¹

Jerarquía de objetivos. La RRDD se plantea una serie de objetivos desde los más osados pero menos factibles (abstencionismo) hasta los más factibles pero menos pretenciosos. Una jerarquía posible podría ser la siguiente, para un consumidor de cocaína endovenosa (una de las prácticas endo-

venosas más habituales en nuestro medio)¹²: si comenzó a usar cocaína endovenosa, trate de abandonar o reducir esa práctica, si no puede reducirla sustituya el uso inyectable por el uso no inyectable, si se inyecta, utilice material esterilizado para cada inyección, si no puede usar material esterilizado, no comparta jeringas ni agujas y finalmente, si comparte el material, desinfectelo al menos con lavandina.

Eje en los daños. Esto no implica dejar de lado la cuestión del consumo: muchas veces un primer paso para lograr reducir los daños es la disminución de la cantidad y un paso para llegar a la abstinencia.

Balance entre costos y beneficios. En relación a los costos de una política abstencionista, la RRDD es mucho más económica. Por ejemplo, es mucho más barato para un sistema de salud invertir en jeringas, agujas y preservativos que tratar las infecciones por VIH.

Defensa de los derechos del usuario. Desde las RRDD se afirma que los usuarios de drogas poseen las mismas garantías que cualquier otra persona y sus partidarios centran sus intervenciones en el derecho a la información sobre prácticas de consumo más seguras, a la salud y a una vida digna, generando un mayor acercamiento con los consumidores. En este sentido la RRDD, en su diferencia más radical con el abstencionismo, busca integrarlos en los programas que lleva a cabo y, muchas veces, éstos se sostienen a partir del trabajo que realizan como operadores comunitarios.¹³ Así, ellos son los mismos que adoptan conductas preventivas y aconsejan en el mismo sentido a su grupo de compañeros, algo impensable dentro de la política abstencionista, la cual busca alejarlos de las “malas compañías”. En caso de querer alejarse lo hacen desde una convicción personal, fomentando la autodisciplina, y no como un mandato impuesto desde el equipo terapéutico.¹⁴ El mismo actúa así como un agente de salud que tiene acceso a gente que el cuerpo profesional, hoy por hoy no puede llegar.¹⁵ Ellos son los más comprometidos, cobran nuevos desafíos y luchan por una causa que les da una motivación. Muchos de ellos podrían dejar de consumir al poco tiempo porque, con su actividad participativa encuentran una nueva modalidad de vida y llenar el vacío que en otros momentos los llevó a hacer un uso abusivo de drogas.

Otra de las formas de defensa de sus derechos es la lucha por una legislación más favorable, en la que se destaca el pedido de despenalización de la tenencia para consumo personal como forma de evitar la discriminación, estigmatización y criminalización. Se entiende a esto como una medida de RRDD ya que se considera que muchas veces los daños ocasionados por las políticas de drogas son mucho más dañinas que las drogas en sí. Por ejemplo, en nuestro país más de un 95% de las causas por violaciones a la Ley 23.737 (la ley de estupefacientes) son por tenencia de bajas cantidades (según el Ministerio de Justicia de La Nación en 1996), en individuos que no tienen otros antecedentes y que no están cometiendo ningún otro delito al momento de la detención. Esto genera un elevadísimo costo en el sistema judicial y la prisión de gente que es llevada a un terreno sumamente hostil como es el sistema carcelario.¹⁶

Algunas medidas de reducción de daños llevadas a cabo en nuestro país

La política de RRDD está teniendo cada vez más alcance en todas partes del mundo. Algunos de los países pioneros fueron Gran Bretaña, Holanda, Canadá, Australia y luego se sumaron países como España, Brasil y Argentina, entre otros. En muchos de estos países la RRDD forma parte de las políticas oficiales de gobierno. En nuestro país, el año pasado se inició por primera vez un proyecto regional para el Cono Sur que prevé entregar jeringas y preservativos en Capital y conurbano a UDIs (usuarios de drogas intravenosas). Más allá de esta política oficial, múltiples organizaciones vienen funcionando desde años antes. Una de ellas es ARDA (Asociación de Reducción de Daños de la Argentina), la cual lleva desarrollado desde proyectos de intercambio de jeringas en villas, intervenciones en terreno en recitales y entornos nocturnos, apoyo a grupos de redes de usuarios y programas de RRDD en cárceles.

Algunas de las acciones llevadas a cabo fueron la entrega de preservativos, de manuales y kits de inyección, prevención en relación al alcohol y la mezcla con otras sustancias, RRDD en el consumo de éxtasis y ketamina, teniendo en cuenta que estas últimas han crecido mucho sobre todo dentro del público que asiste a las raves o fiestas de música electrónica.

Cómo aplicar alguna de estas medidas en el hospital público. Algunas ideas

Muchos de los hospitales de la red metropolitana no atienden adicciones por no entrar dentro de su especificidad. Los consultantes que arriban con un trastorno por consumo de sustancias son derivados a otros centros (por lo

general saturados de demanda) para su posterior evaluación y tratamiento, con la posible consecuencia lógica de quedarse sin asistencia. Un ejemplo frecuente de ver en las guardias de los hospitales es el de individuos solicitando asistencia para combatir un síndrome de abstinencia o una demanda a veces poco clara que rápidamente es leída como que vienen a buscar medicación ansiolítica, siendo rotulados como "adictos" y, por ende, no merecedores de una atención. No debería resultar tan difícil entender que si un usuario acude al sistema de salud está solicitando algo que debería ser decodificado. Siguiendo el ejemplo anterior, no brindar la sustancia solicitada puede resultar en una medida de amplificación de riesgos puesto que puede llevar al paciente a acudir a métodos más violentos con tal de conseguir una medicación o desencadenar un cuadro de excitación psicomotriz.

Lo que podemos hacer como profesionales es entender globalmente al usuario, pensar que porque consuma no es necesariamente adicto y, aunque así lo sea, es ante todo una persona, a veces un enfermo, con derechos de ser asistido. Es recomendable correr del eje la sustancia, escuchar a quien consulta, y ver cuán problemático resulta el consumo, pensando además en el posible beneficio que el usuario busca.

El abandono del consumo no debería ser una regla para ingresar en el sistema de salud, condición que varios centros de asistencia actualmente exigen. Muchas veces, el uso de drogas forma parte de un estilo de vida que quizás el profesional no comparte pero no por eso no debe tolerar.

La reducción de daños es un nuevo abordaje frente a los deficientes resultados de otras estrategias y se está convirtiendo poco a poco en el nuevo discurso de los especialistas. Es prioritario interiorizar al personal sanitario sobre este tipo de visión para lograr una reformulación del fenómeno "drogas" y una mayor comprensión de esta problemática.

BIBLIOGRAFIA

1 Nowlis, Helen. "La verdad sobre la droga. La droga y la educación". Editorial de la Unesco. (1975)

2 Lorenzo, P. "Conceptos fundamentales en drogodependencias". En: Lorenzo P "Drogodependencias". Editorial Panamericana. 1998

3 <http://www.sedronar.gov.ar/OAD/encuestas/estudio2004/CapituloVIDemandadetratamiento.pdf>

4 Barriuso Alonso, Martin, "Drogas ilícitas, vida recretativa y gestión de riesgos: Estudio diagnóstico de necesidades de prevención de riesgos en ámbitos lúdico-fetivos de la CAPV". 1ra ed. Vitoria-Gasteiz. España

5 Camarotti, Ana Clara, "Consumos recreativos de drogas en Buenos Aires: una puesta al día", en "Nuevos estudios sobre drogadicción, consumo e identidad", Ana Lia Kornblit, 1ra ed. Buenos Aires. Biblos. 2004. (pag 89-99)

6 Markez, Iñiqui y Póo, Monica.

"Drogodependencias: reducción de daños y riesgos" Vitoria-Gasteiz. España. (2003) ;pag 16

7 Inchaurrega, Silvia. "Marihuana; el argumento más débil de la teoría antiprohibicionista", en "Las drogas: entre el fracaso y los daños de la prohibición". CEADS / ARDA. 2003. Pags 203-229

8 Heather, N. et al "Psychoactive drug and Harm Reduction: From faith to science", Londres, Whurr. (1993)

9 Romero, Francisco. "La política de reducción de daños y su desarrollo en la Argentina", en "Nuevos estudios sobre drogadicción, consumo e identidad", Ana Lia Kornblit, 1ra ed. Buenos Aires. Biblos. 2004. (pag 121-138)

10 Szasz, "Nuestro derecho a las drogas", Editorial Anagrama (1993)

11 Marlatt, Alan. "Harm Reduction. Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors", The Guilford Press (1998)

12 Inchaurrega, Silvia, Siri, Pablo "El uso

de drogas inyectables y el VIH en Rosario". CEADS / ARDA. <http://www.arda.iwarp.com/art21.htm>

13 Inchaurrega, Silvia y cols. "La capacitación de los promotores comunitarios como responsables del trabajo de calle" en "Drogas: haciendo posible lo imposible" CEADS / UNR / ARDA 2002

14 Kornblit A, Bletrami, F. y cols "Las categorías yo-nosotros-ellos en la identidad de consumidores de drogas" en "Nuevos estudios sobre drogadicción, consumo e identidad", Ana Lia Kornblit, 1ra ed. Buenos Aires. Biblos. 2004. (pag 15-25)

15 Inchaurrega, Silvia y cols.

"Implementación de Sub-programas de intervención a cargo de los promotores comunitarios" en "Drogas: haciendo posible lo imposible" CEADS / UNR / ARDA 2002

16 Vazquez Acuña, Martín. "El usuario en la actual política de drogas" en "Las drogas: entre el fracaso y los daños de la prohibición". CEADS / ARDA. 2003. Pags 73-80



Jefatura de Residencia



- 01 Sebastián Cukier
- 02 Omar Alva
- 03 Mónica García Barthe
- 04 Elisabeth Araceli Mazza
- 05 Florencia Surmani

Desde Clepios consultamos a diferentes profesionales que se desempeñaron en la función de Jefe de Residentes, sobre su opinión acerca de la Jefatura de Residencia y propusimos hablar de temas tales como la función del jefe de residentes, los obstáculos de implementación del proyecto, la preparación previa para encarnar dicha tarea, el sistema de elecciones, la capitalización posterior de la experiencia, a partir de la propia experiencia en el ejercicio del rol de Jefe de Residentes.

01

¿Cómo entiende la función del jefe de residentes?

En principio me parece que en los hechos la función no es para nada de jefe. Por lo menos como yo lo entendí. Es a veces de coordinador, otras de representante y a veces de empleado administrativo de los residentes. También puede funcionar como buffer (o en algunos casos, más como un fusible) en las relaciones con cada servicio del hospital.

Después está el tema de organizar los cursos y tratar de contagiarles el interés por algunas cuestiones teóricas y de investigación. En lo personal me interesaba también que postergaran lo más posible su atrincheramiento en alguna escuela teórica hasta conocer la mayor cantidad posible de puntos de vista desde adentro. Pero a lo mejor se trataba de bajar mi propia línea. Si fue así eso no fue a conciencia.

También creo que es importante que el jefe intente favorecer una atmósfera fluida y de confianza entre los residentes. Aunque no dependa del todo de uno, la cohesión interna de la residencia es una herramienta que da mucha tranquilidad y potencia generativa a sus miembros.

También creo que se trata un poco de estar dispuesto a ofertar siempre presencia y ser flexible.

¿Estaba preparado para esa tarea?

No se me ocurre qué tipo de preparación se podría tener para una tarea como esa. A lo mejor la experiencia previa de una jefatura de residentes. Sin embargo cada grupo es una dinámica diferente y estimo que sería difícil aplicar esa experiencia previa positivamente. Además creo que es un rol que debe circular. Esa circulación aporta a la residencia parte de su generatividad, me parece.

Por otro lado, creo que si uno pasa de cuarto año de residente a jefe, lo que más le falta en general es caudal y amplitud en su formación teórica y en su experiencia clínica. Por eso me parece que es importante posicionarse como conexión entre los residentes y los que saben. El jefe de residentes tiene que tener el teléfono de los que saben, porque generalmente no le da para tener un lugar de saber, ni tampoco es necesariamente su función. Está todavía en los comienzos de su formación y el año de jefatura es más una interrupción de la formación específica teórica y asistencial que la culminación de la misma.

¿Qué obstáculos encontró a la hora de llevar a cabo su proyecto de jefatura?

Supongo que lo de siempre. Algunos personajes miserables con ataques de concha periódicos que se apoltronan en el emolumento mensual y usan al hospital para gozar de

su pequeñito espacio de poder. Eso por un lado. Por otro las propias limitaciones y el cansancio (sobre todo en la segunda parte del año).

¿Cuál fue el grado de cumplimiento de los objetivos planteados durante su gestión?

Calculo que un 30% de los objetivos específicos propuestos en el proyecto de jefatura. Pero la mayoría de los objetivos generales. Y no es contradictorio porque los objetivos específicos tenían que ver con los cursos y contenidos que yo consideraba prioritarios y/o interesantes. Y que después cupo adaptar a los modos e intereses de los residentes y de mi compañera en la jefatura. También a lo cambiante de los tiempos y recursos disponibles. Creo que para la mayoría, los objetivos generales se alcanzaron. Y la dolorosa flexibilidad de bajarme de proyectos epistemológicos y abarcativos que me entusiasmban tuvo que ver un algo con eso.

¿Qué opina del sistema de elección de jefes?

En el año de nuestra jefatura ese tema se discutió largamente en las reuniones de jefes y creo que el proyecto que había quedado entonces era bastante coherente dentro de los límites que ponía la reglamentación municipal. No sé cómo estará ahora. Escuché que al año siguiente ya no se cumplió en algunos hospitales lo que se había votado en todas las residencias.

¿En qué instancias posteriores pudo capitalizar la experiencia de haber sido jefe de residentes?

Por ahora en ninguna. Veremos más adelante. En todo caso me dejó una experiencia digamos ... corporal de lo que es la circulación de los roles en una institución. En el caso de la coordinación de los residentes tuve la posibilidad de utilizar mi experiencia como residente para intentar que los otros residentes aprovechen lo más posible una experiencia clínica y teórica que es difícil de comparar con ningún otro sistema de formación; y que si está armado con coherencia puede resultar la base de una posición profesional y humana más o menos sólida para la práctica posterior.

También obtuve alguna práctica en intentar aceitar el funcionamiento de un grupo con características únicas como todos los grupos sosteniendo un equilibrio que permitiera la circulación de roles y posiciones evitando segregaciones, coagulaciones, divisiones y corporativizaciones. Y obtuve después un merecido descanso porque la verdad es que me rompí el orto trabajando ese año así que sepan que lo que no pude hacer fue más por mis limitaciones estructurales que por falta de dedicación.

Dr. Sebastián Cukier
Ex Jefe de Residentes
Período 2004 – 2005
Hospital Infante Juvenil Dra. C. Tobar García

| >

02

Entiendo la función de Jefe de Residentes como una compleja mezcla entre un rol directivo y un rol docente. Rol directivo porque es función del Jefe organizar el Plan para cada uno de los residentes, adecuándolo a los diferentes años. Rol docente porque debe organizar la enseñanza del extensísimo campo de la psiquiatría. Además es fundamental para mí que el Jefe motive a los residentes, transmitiendo lo apasionante que puede resultar la Psiquiatría; obviamente que para ello él debe estar lo suficientemente apasionado.

Creo que nadie está preparado para la Jefatura hasta que no comienza. Para mí fue una experiencia novedosa, con muchos nuevos desafíos, que no había pensado cuando presenté el Proyecto para la Jefatura.

Uno de los desafíos más grandes, que también podría ser visto como un obstáculo, es el hecho que la mayoría de los residentes de los cuales ahora uno es el Jefe fueron pares de uno hasta las 23:59 hs del 31 de mayo. Incluso algunos se han vuelto amigos y ¡¡qué difícil es trabajar con los amigos y/o pares cuando no se puede separar bien el trabajo de la relación afectiva que uno tiene con ellos!!. Tengo que ser sincero, me costó mucho separar adecuadamente y, debido a ello, algunas cosas que quise hacer no las llevé a cabo.

Uno de los objetivos que no pude cumplir fue la sistematización de toda la información para poder realizar trabajos de Investigación. Sin embargo gran parte de los objetivos pudieron ser logrados adecuadamente. Estoy

convencido que uno planea mucho más de lo que luego logra y que este hecho tiene que ver, además de lo mencionado previamente, con lo corto de la Gestión. En mi caso, al seguir en contacto con la Residencia, pude ver cómo otros Jefes posteriores fueron cumpliendo objetivos que yo no pude cumplir en mi Jefatura.

El sistema de elección de Jefes me parece adecuado en un punto e inadecuado en otro. Estoy de acuerdo con que los Residentes elijan democráticamente a su Jefe y en desacuerdo con que la confirmación por parte del Jefe de Servicio sea una condición necesaria. Creo que el Jefe de Servicio podría tener la posibilidad de vetar al Jefe una vez, luego de lo cual se llamaría nuevamente a elecciones y, en caso de volver a ser votado el mismo Jefe, el mismo quedaría confirmado en su cargo. Como alguna vez escuché decir en Capacitación: "Los Residentes y el Jefe de Residentes no pertenecen al Hospital, pertenecen a Capacitación". Sería bueno que esto no sólo fuera teórico en el punto de elección de los futuros Jefes.

La Jefatura de Residentes me dejó a mí muchas enseñanzas, la más importante fue el comenzar a comprender que, si uno se encuentra en un cargo que implica la dirección y organización del trabajo de otros, es fundamental asumir dicho rol, con las dificultades que el mismo trae, sobre todo a la hora de poner límites a los que, como dije previamente, eran amigos y/o habían sido pares poco antes. Aprendizaje que, según creo, recién ahora estoy terminando de completar en el rol que actualmente tengo en el Hospital.

Dr. Omar Alva

Coordinador del Grupo de Trabajo Interdisciplinario de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Argerich.

Psiquiatra del Programa de Obesidad y Cirugía Bariátrica.

Docente de "Neurociencias II" en la Carrera de Especialización de Psiquiatría de la Universidad Católica Argentina.

Ex jefe de Residentes - Período 1998 - 1999

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

03

Ser jefe no es fácil. En realidad, es imposible. Oscilando continuamente entre el maternaje y “el malo de la película”, la función de jefatura también es doble.

Por un lado, la responsabilidad docente de acompañar al residente en su formación, ese camino arduo y angustiante que requiere una buena cuota de contención. El encuentro con un paciente genera, inevitablemente, angustia frente a la cual se abren muchos caminos. Como acompañante de este proceso, el jefe de residentes ha de estar advertido de que señalar los obstáculos, ubicar junto al residente los puntos de dificultad y tratar de pensarlos juntos es su tarea. Cuidar al profesional en formación, su responsabilidad.

Por el otro lado, el jefe ejerce una función inevitablemente normativa y de toma de decisiones que señalice ese recorrido. La residencia es una articulación entre los recorridos personales de cada uno y la inserción en determinado marco institucional. Constituye además un caso particular en el que trabajo y formación se combinan como las dos caras de una moneda.

Garantizar el cumplimiento de los contenidos y objetivos mínimos del programa, monitorear la adecuada atención de los pacientes y conciliar los intereses personales de formación junto al cumplimiento de las normas institucionales no siempre es tarea sencilla. Tarea además, para la cual no hay manuales ni es posible “estar preparado” de antemano, de la misma manera que uno nunca está preparado para el primer encuentro con el paciente.

La jefatura es una función que se construye en el camino. Lo que creo importante es la capacidad personal de poder reflexionar y evaluar permanentemente sobre esa función y su construcción. Se trata de una tarea artesanal, en la que reflexión y creatividad son imprescindibles.

En mi caso particular, me ayudó mucho el hecho de que

la jefatura era una tarea compartida y de que realmente funcionábamos como equipo junto a mi compañero. En el año en que nosotros ejercimos la función, desde la Dirección de Capacitación hubo una oferta de cursos para jefes sobre evaluación y conducción que fueron útiles y nos brindaron un marco para ciertas tareas específicas de la función. El resto lo construimos juntos.

Teníamos además un espacio de “supervisión” de la jefatura que nos ayudaba a pensar y reorientar nuestra tarea, la cual encontró sus obstáculos, pero que yo no diría que fueran obstáculos al proyecto o a la forma en que pensábamos la jefatura, sino aquellos que podríamos llamar “esperables”: fracturas institucionales, fenómenos grupales, disidencias teóricas que se reflejaban en la dinámica de la residencia como grupo, incertidumbre, dudas y angustia en cada caso particular. Obviamente no fue tarea fácil, pero no hablaría de obstáculos, sino de desafíos y características. De hecho puedo decir que finalicé mi jefatura con un alto grado de satisfacción en cuanto al proyecto propuesto, ya que los objetivos planteados se cumplieron ampliamente.

En cuanto al sistema de elección por medio del cual se accede al cargo, me parece adecuado. Considero que la elección democrática permite que el jefe asuma su función y sea reconocido y legitimado en la misma por sus propios compañeros. En la elección de un jefe se juegan muchos elementos, además de su capacidad teórica y su calidad profesional y no me parece que eso sea malo. Reconozco que pueda ser incómodo, pero el ejercicio de la democracia siempre lo es.

En términos generales, pienso que la experiencia de haber ejercido la jefatura de la residencia fue muy enriquecedora, tanto a nivel personal como profesional. No he vuelto a ejercer un cargo jerárquico, pero cada vez que acompaño a un residente como profesional de planta, revivo mi experiencia como jefa.

Lic. Mónica García Barthe
Psicóloga de guardia
Ex jefa de residentes
Período 1995-96
Hospital Gral. de Niños “Dr. R. Gutiérrez”

“El objeto se convierte en Uno a través de la adición de un Ser completamente vacío, autodestructivo, le peu de réalité de un par de sonidos...”, “...como sucede con el monarca, ese imbécil cuerpo contingente de un individuo que no solamente “representa” el Estado qua totalidad racional sino que lo constituye, lo vuelve efectivo”.

Slavoj Žizek: Las Metástasis del Goce – Seis ensayos sobre la mujer y la causalidad – Editorial Paidós (pg. 80)

Como diría Aristóteles (en griego, por supuesto), “la única verdad es la realidad”. (Perón le robó la frase). El doctor Sigmund Freud hubiera objetado “la realidad psíquica” y eso ya nos pone en nuestro tema: la función del Jefe de Residentes es, en su ejercicio efectivo, un resultado del entramado de realidades psíquicas de su residencia y ello relativiza los estatutos oficiales, los buenos propósitos, las aspiraciones de excelencia y las modificaciones y mejoras que un Jefe pretenda realizar.

El día posterior al nombramiento, si el susodicho está vigil, lúcido y orientado, comienza a percibir que la Residencia funciona y funcionará intrínsecamente a través de cada uno de los cargos rentados designados y los profesionales que involucran sus flamantes matrículas en ellos. Dado esto, todas las decisiones se tomarán por equilibrios y desequilibrios de intereses, deseos, simpatías, tal como uno sospechaba cuando era un simple residente, aún cuando ingenuamente sobrevalorara la influencia de la Jefatura.

En el fondo, todos sabemos que el rey está desnudo... Esa influencia es casi nula. Casi. Todo grupo necesita alguien que ocupe el lugar de líder para que los efectos de rivalidad y hostilidad se moderen y se pueda pensar en los bellos ideales unas cuantas horas por día... y tratar de construir discursos distintos del oficial que honren las diferencias.

El poder resolutivo de un Jefe es exiguo. Pero me parece poco digno languidecer en el cargo entregándose al cinismo y la inoperancia. Hay que hacer el intento de buena fe. Hay que rescatarse como sujeto. Es sólo un año, nada más... Bienaventurados los que, como fue en mi caso, hayan anticipado esta cruel realidad... El análisis ayuda mucho. Un divorcio. Algún fracaso. Haber sido víctima de una estafa. Es decir, saberse... un incauto... ¡Pero qué diablos!... Vivir es para los incautos. Los incautos somos la sal de la tierra.

Espero que entiendan mi tono impertinente. En estos casos, la impertinencia puede ser la vía más pertinente.

Repaso la lista de preguntas que me fuera remitida y creo que, a la luz de lo manifestado anteriormente, mucho queda contestado ya. Al menos entre líneas.

En cuanto a los obstáculos, agregaría que no son más que los que cualquier sujeto enfrenta cuando quiere realmente interpretar un rol, una función. Interpretar... piensen en todas las resonancias que esta palabra encierra.

Sólo logré ciertos objetivos en la medida en que fui fiel a aquellas tareas que ya convocaban mi deseo mucho antes de plantearme la jefatura; el trabajo grupal de talleres con los pacientes, el interés por la escritura, la devoción por la clínica por encima de las capillas teóricas, y de esta manera creo haber señalado una orientación de la práctica de mi profesión en el día a día. Por añadidura.

Lo demás fue sostener un ejercicio de lectura permanente sobre el funcionamiento de la Residencia, para sortear de manera al menos digna los señuelos del odio, el amor y la ignorancia...

En cuanto al sistema de elección de jefes... ¡Qué puedo decir, yo, que opino que deberíamos abandonar la democracia en favor de un sistema monárquico parlamentario! (... al menos sabríamos qué familias poderosas nos perjudican y expolían a través de los siglos...).

Rememorando las muchas vicisitudes posteriores a mi egreso de la Residencia, rastreando esas “instancias posteriores” donde hubiera podido “capitalizar la experiencia de haber sido Jefe de Residentes”... realmente... no encuentro ninguna.

Para todos los que tienen la responsabilidad, hasta nuevo aviso, de votar año tras año Jefe de Residentes; voten como sujetos, no como miembros de un lobby o una secta fundamentalista.

Como los pueblos tendrán el gobierno que se merecen, ustedes tendrán la Jefatura que su inconciente les permita...

Y aquí va mi última cita: “mira de lejos la masa moverse y nada puede ser tan perspicaz como no ser parte de ella”. Es un graffitti... ¡para que vean lo ecléctico de mis lecturas! Ahora, que me dedico a mis pacientes y a mi vida de particular. Ahora, que tengo la dicha de no ser jefa de nada.

Éxitos. Aquí van mis 666 palabras.

Lic. Elisabeth Araceli Mazza
Ex-Jefa de Residentes Psicóloga
Periodo 1996-1997
Hospital Gral. Dr. T. Álvarez

05

La jefatura de residentes, algunas palabras.

¿Qué escribir sobre la jefatura? ¿Me limitaré a decir que es una tarea imposible haciendo uso de la cita freudiana, equiparándola con el gobernar, educar y psicoanalizar? No me contenta.

Cuando pienso en escribir sobre la jefatura de residentes me doy cuenta de que es muy difícil hacerlo sin hacer referencia a la propia experiencia. Trataré de no hacerlo solamente desde ahí aunque poco se puede decir sin haber pasado por ahí. Quizás pueda hacerlo desde el saldo de ese pasaje (saldo hasta el momento, ya que no sé si seguiré pensando lo mismo mañana). Quizás no sea muy simpática con lo que escriba. No encuentro otra manera.

Por un lado está la función de jefe (funciones, mejor dicho), las cuales están enumeradas en el reglamento, las cuales escribimos en el proyecto de jefatura, las cuales intentamos realizar.

A esas funciones se suman los intereses propios de cada jefe en su propuesta y en su intención de cumplir esa función. Mejor dicho, se trata de las intenciones. Cada uno tendrá las suyas: hacer algo por la residencia, aportar el propio trabajo para resolver aquello de lo que siendo residentes nos quejábamos, intentar mejorar las condiciones de trabajo y formación, etc.

Con eso llegamos y nos encontramos con la realidad tal cual es: las dificultades, las inercias institucionales (tanto del propio servicio, del sistema de residencias, de Capacitación, como de la residencia misma), las quejas. Con eso llegamos y son esas cosas las que se comienzan a jugar en la jefatura.

¿Cómo no hacer referencia a las quejas? ¿Quién no oyó a un jefe de residentes quejarse de las quejas de los residentes? Es verdad que hay que soportar esas quejas (soportarlas en tanto aguantarlas y sostenerlas). Está bien ser los destinatarios de esas quejas para poder vehicularlas y hacerlas operativas. Pero ahí hay un problema que yo encuentro (ahora, luego de haberme ido) y es el punto donde los jefes de residentes o bien se quejan de esas quejas (como mencioné anteriormente), o bien se quejan de sus propias actividades (reunión de jefes, armado de jornadas) desvalorizándolas y burlándose de aquellos que se ocupan de ellas, o bien se burlan de las actividades o cursos que organizan otros jefes¹.

Y en esos puntos creo que está la gran tarea a afrontar: ¿Cómo no reproducir la queja, aquella de la cual nos damos cuenta que es la posición (no siempre -por suerte) de la masa residencial? Y digo masa residencial porque los residentes se quejan en masa, no cuando se los toma uno por uno. No digo que las otras partes en cuestión (las que no son la jefatura) no tengan participación en esto (la residencia, el Servicio y Capacitación), pero eso llevaría escribir sobre otra cosa.

El otro punto que me parece tarea a sortear en la jefatura es cómo cumplir y sostener las funciones sin que aquellos intereses e intenciones personales del jefe (arriba mencionados) surjan como reproches o frustraciones en

el momento en que las cosas no funcionan. Cómo no reprochar a los residentes y compañía el esfuerzo que uno hace para que luego ellos no “aprovechen” las actividades. Cómo sostener la función desde la función misma.

Jean Genet en su obra “El balcón” le hace decir a uno de sus personajes (un obispo): “Una función es una función, no una manera de ser”. Y ahí está la paradoja. La forma de ser de cada uno no es tan fácil de separar y, además, es lo que hace la diferencia de cada jefatura, pero el problema es cuando la función se ve tomada por esa forma de ser y todo se desvirtúa. Y ocupar una función puede llevar a eso (quizás por la misma dificultad de ocuparla). Y en esa obra citada, Genet lo sitúa bien a mi modo de ver. Luego de esas palabras mencionadas anteriormente escribe: “Ahora bien: ser obispo es una manera de ser. Es un cargo. Una carga². Mitras, encajes, telas de oro y de pacotilla, genuflexiones...¡Que la función se vaya a cagar!”.

Quizás a veces pase eso. Dije que no iba a ser simpática. Se tratará entonces de estar advertido de esas intenciones y de poder vehicularlas sin impotenzarse cuando el cargo se vuelve una carga.

Ahora bien, cumplir con la función nunca es cumplirla sin excepciones, sin las particularidades, sin la forma de ser. La cuestión será entonces mantener esa tensión.

Porque tampoco se trata de hacer ‘cumplir cosas’ a los residentes. Quizás sea más bien poder vehicular sus malestares, volverlos operativos (sin quedar tomado uno como jefe), e incentivarlos para que sean ellos los que ‘armen’ su residencia. Pero sobre todo, poder transmitir que, a pesar de los malestares que puedan surgir como la centralización de las residencias³, la residencia es un lugar que permite hacerse un lugar (valga la redundancia) en la propia profesión.

En la última asamblea del año lectivo pasado una residente dijo que la jefatura de ese año le había enseñado que la residencia se hace entre todos. Ojalá hayamos logrado eso. Y en este punto señalo, sin desarrollarla, otra cuestión a resolver en la jefatura: cómo armar una línea de continuidad a lo largo de los años entre los jefes salientes y los entrantes.

Me detengo por una cuestión de espacio. No creo que haya aportado mucho, quizás esto no sea más que una manera de ponerle palabras a la experiencia.

1 Con lo cual la pregunta que se plantea es cómo podemos invitar a alguien a que cumpla con sus actividades si los jefes tienen una posición de desvalorización hacia las mismas.

2 El subrayado es mío.

3 Podría agregar más pero eso sería hablar o de la centralización y sus consecuencias, o de lo que implica el dispositivo de las residencias en sí, y eso excede al propósito de estas palabras.

Lic. Florencia Surmani
Ex Jefe de Residentes 2005 – 2006
Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich



Ser el elegido....

Reportaje a **Javier Serrano**

Javier Serrano, Sociólogo.
Docente Universitario y Titular de
Serrano Consultores (Especialista en
Desarrollo y Capacitación)



Cuando Neo quiso saber lo era que la Matrix, aceptó la pastillita roja que le ofreció Morfeo y su vida cambió: para mal, porque descubrió que la vida era un engaño cibernético y ya no podría comer bifés y para bien porque conoce a Trinity y asume su posición de “elegido”. Terrible tarea que le lleva casi tres horas de esquivar balas y angustiarse casi llegando a la despersonalización, casi al borde de decir: “Hubiera elegido la azul”. Pero Neo pudo. Y si Neo pudo...

Las comparaciones pueden resultar odiosas, pero esta vez haremos una excepción. Tanto es así, que descubrimos que existen otros personajes que han reflexionado sobre el tema y es por eso que también los ponemos a su disposición en nuestras citas.

A todo jefe de residentes le llega su momento “Matrix” y debe comprobar si ser “El elegido” vale la pena o sigue su camino por la vida disfrutando de comerse un bife.

Cuando Neo y Morfeo dudaron, fueron al oráculo. Nosotros no tenemos oráculo, sino a alguien que sabe mucho del tema, sin pastillas azules ni rojas.

Clepios decidió entrevistar para esta ocasión al Licenciado en sociología Javier Serrano, para que nos ayude a desentrañar la matriz por la que un jefe de residentes debe transitar, luego de haber aceptado el cargo para el que fue designado.

El tema de la jefatura ha sido desde siempre un tema complejo y a la vez poco explorado, aún nos preguntamos por qué...

Una de las razones por las que te convocamos fue para intentar desentrañar este fenómeno que año a año se da en nuestras residencias; algo así como un cruce de discursos y de experiencias. Yo creo que los sociólogos sabemos de algo que los psicólogos y los psiquiatras ignoran, y es el aspecto estructural del fenómeno en el que está metido el jefe de los residentes. El jefe de residentes es un tipo macanudo al que podemos analizar desde sus características de personalidad y hacerlo chocar contra la pared 5 veces y decir “es el jefe ideal”, pero sólo un sociólogo va a poder decir “este muchacho se está metiendo en una estructura donde hay 4 niveles, y al haber 4 niveles hay 2 generaciones distintas, etc., etc.”. El sociólogo tiene una capacidad muy particular para el análisis de aquellos factores del grupo que influyen en la persona, y ustedes obviamente nos superan en lo de la persona hacia el grupo. El mundo de la organización les es un poco ajeno.

Por María Laura Ormando
 Ivana Druetta
 Colaboración: Javier Fabrisin

01
 “Libera tu mente”
 (Morfeo a Neo en
 “Matrix 1”)



02

“Voy a hacerte una oferta que no podrás rechazar”
(Don Corleone en “El padrino”)

Bueno, existen los psicólogos institucionales...

Si la Argentina fuera un país serio, no debería existir una psicología institucional distinta de la sociología, y por ahí debería haber un sociólogo enseñando psicología institucional o laboral en la carrera de grado. Sintetizando, un sociólogo tiene una gran capacidad para captar el dilema organizacional como tal. A veces cuando uno escucha a algún psicólogo hablar del fenómeno organizacional siente que esa vocación que tienen los psicólogos para el uso del símbolo y la metáfora termina entrampándolos. ¿Cómo voy a entender el drama del jefe de residencia si no entiendo que está en una organización hospitalaria? Si no, terminaría diciendo que al jefe de residencia le pasa lo mismo que al jefe de control de calidad del laboratorio. La organización es distinta, aunque sus personalidades sean exactamente iguales.

Tal vez sea un punto muy teórico para la charla, pero creo que la disociación que se produjo en la Argentina (que no sé si es rescatable) entre psicología y sociología es uno de los factores que dificulta estas cosas. El único ejemplo clarísimo para mí, porque es psicoanalista pero hace además trabajo de intervenciones, es Aldo Schlemenson.

¿Cómo podría entenderse entonces desde la sociología el fenómeno de las jefaturas?

Creo que es un fenómeno muy nuevo, por la transformación que están sufriendo los liderazgos, y entiendo que debe ser un fenómeno muy complejo en el mundo profesional médico.

Mi principal hipótesis al pensar sobre el tema jefatura de residentes fue que, quien es jefe entre ustedes es jefe proviniendo de una profesión individual, y esto es complicado.

El supervisor de una fábrica dirigió siempre 20 obreros y él no puede hacer el trabajo de todos ellos, así que tiene que exigirles. En el caso de los médicos y los psicólogos, están muy habituados a su tarea con el paciente. Por esto creo que debe costarles bastante la idea de dirigir el rol de otros. Y creo además que les debe costar porque no sé si ser jefe es vocacional en la vida de alguno de los jefes de residentes. No sé cuántos de los que hoy son jefes están diciendo “yo quiero ser jefe porque me quiero quedar como profesional de planta y, quedándome en el hospital voy a ser jefe de distintas cosas, y ese es mi proyecto profesional”.

Me parece que a muchos, el hecho de ser jefe, es una cosa que les está pasando ahora pero que el objetivo dentro de 4 años es hacer clínica, solos en sus consultorios y a lo sumo hacer supervisiones o grupos de estudio.

El jefe de residentes tiene, entre otras cosas, la tarea de entrenar a un residente. Y si ese jefe tiene que elegir entre analizar un caso interesante y entrenar al residente de 1º año va a tener un dilema, ante el cual yo no tengo tan claro qué va a elegir.

El aprendizaje de ser jefes es muy valioso porque, a mi entender, aquel que se postula denota de por sí una vocación que seguramente es de servicio; en algún caso podrá ser más o menos ambición pero tampoco está tan mal.

Las residencias de salud mental son muy particulares respecto a otras residencias, en donde las jerarquías están mucho más definidas. Diría que a veces, en las residencias de Salud Mental, hay bastante horizontalidad en relación a lo grupal y eso puede ser una dificultad.

Yo creo que esa horizontalidad es una ventaja, es una señal de modernidad. Las empresas modernas, externas a la salud, se dicen horizontales, aunque casi nunca lo logran.

Todo lo moderno va hacia la autonomía. Hoy, un operario de una fábrica que no sea autónomo fracasa, porque hay muchas acciones que tiene que hacer por sí mismo. Y en la Argentina hay un drama tremendo, ya que todo el perfil argentino va para la dependencia. Nosotros hemos nacido para obedecer. El argentino se queja pero acepta la autoridad mala con una tranquilidad llamativa. Y esto no es una ironía, es así. Yo he escuchado decir más de una vez “es más fácil obedecer”.

Entonces si algo es horizontal está a un punto de ser autónomo. El tema es cómo gestiono la autonomía. Para gestionar la autonomía debo descentralizar. De lo poco que conozco de residencias de salud mental la descentralización ya tiene una dificultad, y es que hay un señor que sí tiene autoridad jerárquica, que puede ser el jefe de docencia o quien asuma esa posición, que toma decisiones que impactan en la vida de los residentes.

La gente joven y profesional en Bs. As. y en los grandes centros urbanos es la gente preparada para ser autónoma. Lamentablemente los que tienen otro perfil están preparados, por ahora, para la dependencia. ¿Cuál es el único desvío para que una persona joven y profesional no sea autónoma? Aquellos que se sobreadaptan. Sobreadaptarse es hacer todo lo que el hospital espera de uno. Yo tiendo a pensar que un profesional de las ciencias de la salud por definición es un profesional crítico. Sin embargo, para el residente de 4º año que es elegido, el salto cualitativo es relativamente importante, ya que por cuatro años fue parte de un grupo al que ahora pasa a dirigir y para esto no hay entrenamiento previo.

Decía que la horizontalidad es una ventaja, pero sucede que, para ser jefe de residentes tenés que aprender a ser jefe de pares, de los que vos sos parte. Ojo, ser jefe de pares no es ni más fácil ni más difícil (aunque si me dieran a elegir diría que es más difícil) salvo que tus pares fueran sobreadaptados, pero en ese caso no te aportan.

Se puede aprender a ser jefe aunque, a la altura de la vida en la que están ustedes no se aprendería en un curso

Me parece que si yo me hubiera postulado con un proyecto y mis compañeros me hubieran votado, sentiría una carga pesada si no puedo hacer nada de lo que prometí; entonces creo que ustedes se merecen el apoyo que se merece cualquier persona que se postuló, y además se puede; hay técnicas comprobadas y trabajadas.

¿Se puede pensar que un jefe posee determinados atributos o es una condición innata que se perfecciona con el tiempo?

A mí me parece que un jefe de residentes fundamentalmente tiene la tarea de ser un enseñador, un facilitador de cosas; se enseña enseñando y se enseña facilitando. Facilitar puede ser cambiar el horario de trabajo, crear mejores condiciones, dar más vuelo a alguna actividad, facilitar condiciones para que la gente aprenda. Sin ninguna duda que no es innato. Rotundamente no es innato; sólo quedan afuera de la historia aquellas personas que son las mismas que no aprenden a andar en bicicleta. Se puede aprender. Los americanos, abordaron intensamente el tema del liderazgo. Estudiaron todos los rasgos que tenían los líderes en la universidad, en la residencia, en la pandilla del barrio, etc. y fracasaron en encontrar los rasgos en común.

Sólo discriminaron tres: un nivel intelectual superior al promedio, capacidad de comunicación (sólo alguien extremadamente medroso, tímido no podría ser jefe) y cierta agresividad, en el sentido de energía, impulso. Si alguna vez tuvieron un jefe depresivo pueden entender esto último; la realidad cambia y el tipo está en pleno análisis.

No puede desconocerse el papel cada vez más preponderante que ha tenido la mujer en el mundo laboral. Lo vemos en las residencias: la mitad más uno son mujeres. Pero ¿por qué para las mujeres llegar a ocupar cargos de conducción sigue siendo tan complicado?

A la mujer le cuesta mucho más llegar a ser jefa. Ese desbalance de género existe en todas las profesiones. La mujer está ocupando un esfuerzo formativo que es digno de aplauso, ojalá que sea digno de resultados. Lo que yo creo es que la mujer tiene un defecto y que quiere seguir siendo la mejor ama de casa, y se revienta.

Como jefa, la mujer tiene la misma ventaja/desventaja que en otros órdenes de su vida: es muy obsesiva en el cumplimiento de su trabajo, muy perfeccionista. Esto, según qué empleados tenga, puede generar retención. Y además creo que la mujer personaliza más la relación laboral. Tiene una capacidad muy fuerte de hacerse de amigos y enemigos, y eso en una empresa se nota. Yo creo que en la Argentina y en el mundo va a pasar mucho tiempo para la jefatura femenina.

¿Cómo es el proceso de la legitimación de un rol?

Hay una legitimación de origen que es el sistema de elecciones. Se vota y el que ganó lo hizo legítimamente, salvo en una elección en la que salieran todos casi empatados, lo cual la hace menos legítima y va a dar más trabajo después. Esta es la legitimación de lo estatuido.

Pero el jefe trabaja en un hospital en el cual sus jerarquías formales le pueden dar más o menos espacio. También lo legitima un jefe de línea que lo convoca para consultarle un tema, y queda claro para los residentes que fue consultado. La legitimidad vertical siempre ha existido.

Si las cosas funcionaran como debieran, la legitimidad de abajo hacia arriba debería provenir del cumplimiento del proyecto presentado. Lo que yo no sé (eso lo saben ustedes) es hasta dónde se hace carne el proyecto; si la gente lo leyó esa semana pero se viene el verano y todo el mundo se olvidó del proyecto.

Y por supuesto que lo más difícil, y es lo más difícil en la vida en realidad, es cómo hace uno para asumir su propio rol. Uno tiene que asumir muchísimos roles y legitimarlos uno mismo; sucede que el rol profesional en algún sentido es más comprometedor porque es imposible que no tenga contradicciones. Encima tenés un rol en el cual sos jefe y representante al mismo tiempo.

Está bien, tenemos un sistema de elección definido, legitimidad, pero en los meses previos a la elección se percibe cierto clima de “campana” que no está tan bien visto entre el electorado

Alguien decidió alguna vez, lo estatuyó, que la elección del jefe de residentes fuera por votación. En cualquier organización salvo la sindical, nada es por votación; te promueven. La primera pregunta entonces no es si me molesta la campaña sino si me molesta la votación. Si yo acepto la votación, la campaña es una señal de respeto, yo te quiero hacer sentir qué es lo que pienso para que me votes racionalmente.

Es cierto que la idea de que alguien me está diciendo “teneme en cuenta” genera un cierto desagrado; pero yo quisiera preguntarles a los votantes si les gustaría votar nada más que por las percepciones que tienen de los que se postulan o prefieren votar por su proyecto. Si no me cuentan su proyecto estoy votando por una percepción y eso es una falta de respeto.

03

“El 80% del éxito se basa simplemente en insistir”.

Woody Allen



04

“Trabajaremos las 24 horas del día y si es necesario de la noche también”.

(Herminio Iglesias)
¿Cómo es el proceso de legitimación de un rol?

05

“¡Puede fallar...
puede fallar!”
(Tusam)



¿Existe alguna manera de medir o calificar la gestión?

Yo voy a tomar 2 momentos; el primero es aquel antes de que alguien sea jefe de residentes; como si frente a la postulación de diez candidatos yo pudiera decir que hay cuatro claramente descartables y para evitar el riesgo de voto les digo que no se postulen. Sin duda que hay herramientas para descartarlos pero sigo pensando que el voto no es mal sistema, y, en todo caso, serán castigados los que votaron mal.

El segundo momento es aquel en que ya es jefe de residentes.

Hay indicadores de gestión, pero el primero, aunque suene burocrático, es la delimitación de autoridad. Yo, por intuición, no creo que sea tan claro que la responsabilidad del éxito de tal o cual año sea del jefe de residentes; pienso que hay personas en el servicio que tienen más autoridad que el jefe de residentes, que la pueden hacer valer. ¿Por qué lo digo? porque en una situación de conflicto de un residente cualquiera, seguramente el jefe de residentes va a ser su referente porque, y ahí demostrará el mérito que tiene, ese residente sabe que le conviene hablar con su jefe de residentes y para buscar el consejo (me peleo, no me peleo, voy al frente); y yo tengo la impresión que el jefe va a aconsejar una política no conflictiva. Si tuviera poder y es buen tipo iría él a generar el conflicto; por ahí lo hace y el residente no se entera.

A veces los indicadores de gestión suelen ser más bien emocionales, intuitivos...

Creo que el principal indicador de gestión sería que el jefe abriera una hoja cada mes y anotara cuántos residentes fueron a plantearle una duda, a pedirle un curso, a analizar un caso; cuántos lo usaron como paño de lágrimas.

Algunos autores, básicamente chilenos, dicen que la empresa es una red de conversaciones, que no hay nada que no se decida sin conversación.

Yo les digo a los jefes, ¿saben lo que es dirigir?, que te encuentren fácil. ¿Ustedes no tuvieron alguna vez un jefe al que no encontraban nunca? Los hospitales son grandes, tienen muchos pasillos... Si el jefe te delega algo, lo hace porque te tiene confianza, y lo que tiene que garantizarte es que lo encuentres ante cualquier situación que se te escape de las manos.

Por eso digo, cuántas conversaciones genera, qué grado de apertura hay.

Y por ahí el otro registro que se debería abrir es cuánta interacción tiene como jefe de residentes con los jefes de las distintas áreas del servicio, porque si quiere tener poder e influencia en el mejor sentido del término y no tiene una fluida relación con los otros jefes dicha influencia es escasa.

Para mí el jefe de residentes básicamente es un facilitador de procesos de aprendizaje y es un facilitador sin el cual dichos procesos se empobrecen. Ese facilitador es par de las personas a las que les facilita, porque los procesos son naturalmente horizontales; por más que el especializarse cada año de la residencia en un servicio suene a vertical, sigue siendo horizontal. Para ser un buen facilitador debería tener una clara registración de lo que le piden sus residentes, qué demandas hay. Me da la impresión que esa modalidad existe, que el residente va a su jefe a decirle cosas. Creo que no se puede desaprovechar. Si existe poco hay que hacer que exista más.

06

“Todo consume
más tiempo y más
recursos de lo que
usted piensa”
(Ley nº2 de Murphy)

A veces pasa al revés, hay una demanda excesiva y es muy difícil acotarla porque no todos quedan satisfechos.

Si me permitís un consejo, lo peor que le puede pasar a un jefe, incluido el de residentes, es perder la confiabilidad de su gente.

No hay nada más respetable en un jefe que el hecho de que diga “no puedo”, siempre que alguna vez diga que puede.

Pregúntese cómo va la confianza recíproca entre jefe y residente. La gente siente si no se le tiene confianza, porque inconcientemente el jefe reparte el juego entre los que sí confía.

Es la profecía autocumplida: si yo decido que fulano es bueno va a ser óptimo. Voy a generarle condiciones para que sea óptimo y no voy a ver los errores que cometa.

¿Y cuándo la demanda desmedida se mimetiza con la queja?

Me parece que pagando un cierto costo de tiempo y anímico, si el jefe siente que es el único camino de salida para esa queja, si evalúa que el residente no tiene otro espacio para quejarse, tiene que seguir receptándola.

La segunda evaluación es ver si es simplemente un quejoso; hay gente que tiene una profesión muy acendrada en la queja.

De todas maneras, para el jefe de residentes queda la sensación de que las decisiones que se toman generan enojos, incluyendo los cuestionamientos y otras yerbas...

Si yo insistí en los conceptos de autonomía, horizontalidad, delegación y descentralización, tengo que reiterar que no empezás a tomar decisiones cuando sos jefe de residentes sino que cambia la calidad y complejidad de tus decisiones.

El tema de por qué la gente se enoja y sigue enojada nos remite a un punto valioso de esta charla y es cómo construyo indicadores de gestión.

Estoy seguro que van a molestar las decisiones del jefe de residentes porque no hay ningún indicador de gestión en donde conste la efectividad de esas decisiones.

Sería un trabajo monstruo sentarse y decir qué indicadores de gestión demostrarían que este año el hospital anduvo mejor. Aunque deberíamos pensar si es posible construir esos indicadores ya que no es propio de la profesión de ustedes.

El enojo por las decisiones es universal, lo que sí hay son buenas y muy sencillas metodologías para análisis de decisiones.

En estos últimos tres años se han ido generando movimientos interesantes de las residencias hacia el afuera, por poner algún término simpático digamos “exogámico”, como si hubiera una tendencia a querer salir y encontrarse más allá de los hospitales, generando los Encuentros Nacionales de Residentes, las Jornadas en el Interior...

Existe una relación horizontal con tus pares, otra relación horizontal con los co-jefes y ojala, porque yo creo que no la tienen porque el sistema de salud no se los permite, una relación con el afuera. Lo que pasa es que cuando me relaciono con el residente de otro hospital sigue siendo una relación entre pares, valiosísima pero entre pares. El punto que uno quisiera imaginarse es cómo repercute esta fuerza sobre el sistema de salud mental. Los médicos pertenecen a una profesión que, aunque hoy haya cambiado con la medicina socializada sigue siendo una profesión individual. Yo creo que las profesiones individuales, sin vocación gregaria están muy signadas.

¿Se puede distinguir entre jefe y líder? ¿Son dos figuras claramente reconocibles?

La bibliografía reconocida no distinguiría ya entre jefe y líder sino entre administrador y líder. Hay excelentes administradores que no son líderes, y viceversa. El administrador me asegura orden, resultados, precisión, etc. El líder me asegura visión, motivación grupal, dinámica.

Aclaro, yo no creo que en la residencia, salvo excepciones, haya un líder resonante. Un líder no nace de una manera tan brusca. Estoy hablando de un líder en una fábrica que está hace 20 años y que todos dicen “fulano se va a jubilar acá, nos apoya”.

Actualmente se está tratando de elaborar el concepto de liderazgo distribuido, concepto muy relacionado con el de horizontalidad. En los grupos no hay más un líder en el sentido de que todas las decisiones las toma él.

El liderazgo distribuido es aquel mediante el cual, ante determinadas situaciones, el grupo hace emerger al que es más eficiente para actuar. Esto se ve mucho en la facultad: fulano era un genio resumiendo y todos esperaban que llegara su apunte; otro era muy bueno consiguiendo libros difíciles y el otro cebaba mate, esa era su principal virtud porque tenía un departamento donde vivía solo.

El liderazgo distribuido es una fórmula sin duda útil porque además es la que hemos utilizado toda la vida.

¿Qué hay acerca de los diferentes tipos de liderazgo?

Si alguien efectivamente contraviene al liderazgo distribuido porque no se lo banca va a pasar a tener el antiguo modelo del líder autoritario.

Ahora bien, ¿puede funcionar un liderazgo autocrático? ¿Puede ser eficaz? Sí, porque a veces el miedo funciona como resorte en las relaciones humanas, porque vivimos en un país en donde hay temor de perder el trabajo, porque somos chupamedias o porque por ahí el líder autocrático es respetado en algún costado. Puede ser que el autocrático sea el que más sabe de la ciencia en la que trabaja, y su autocracia se basará en la técnica. Esto es lo más peligroso porque es lo más firme. Si es duro, conductor y yo sé que su última respuesta es mejor que la de los demás, tiendo a respetarlo. Los estudiosos dicen que si se dividen 3 grupos para hacer por lo menos una tarea matemática y a uno le pongo un líder autocrático llegan, terminan la tarea y la terminan bien; con un líder participativo por lo general la terminan un poco mejor; el que va al fracaso es el líder *laissez faire*. No me extrañaría que en el ámbito hospitalario haya *laissez faire*.

Ahora si me permiten, aprovechando la prevalencia de la horizontalidad y la posibilidad de elaborar un liderazgo distribuido en el ámbito de las residencias, diría que el cómo ser jefe implica no imponerse, ser facilitador, respetar la estructura horizontal, confiar en la gente y conversar con ella en un esfuerzo serio por conocerla. Conocerlos te ahorra costos.

Y entender además que las metas inalcanzables son para no alcanzar; las metas realistas son las que te van a satisfacer.

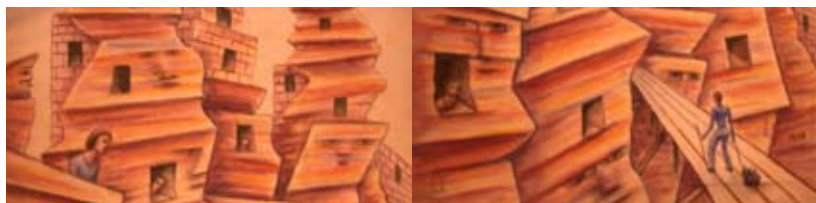
Y bien, llegamos al fin del viaje por la Matriz. No sabemos si elegir la pastilla que te hace despertar de varias verdades es lo más indicado, pero vale la pena probar. Para todos aquellos que deciden iniciar este viaje de ida, citamos al viejo y enigmático Yoda: “Puedes hacerlo...o no”.

07

“Que la fuerza te acompañe”
(Obi Wan Kenobi en “La guerra de las galaxias”)



Córdoba “Cuidados intensivos pediátricos y Salud Mental: una experiencia de trabajo.”



Dra. María Capriotti
Residente de 4º año de Psiquiatría-RISaM
Hospital Neuropsiquiátrico Provincial.
Córdoba

Introducción :: Este trabajo fue realizado como culminación de una rotación de seis meses (junio a noviembre de 2005) en el equipo de Salud Mental que brinda atención en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) y en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, institución pediátrica de tercera complejidad. Se trata de una revisión bibliográfica que, desde distintas miradas, aportan un marco sobre el tipo de abordaje realizado, e incluye fragmentos de un caso paradigmático del perfil de la demanda de atención en este período.

Características de UCI y de UTI

En las salas de máximos cuidados permanentemente se efectúan procedimientos riesgosos, con una alta tasa de mortalidad, pero también con mejorías impensables en otras épocas. Por eso, en estas unidades recaen expectativas desmedidas, con un incremento de la carga de responsabilidad de los profesionales. La familia corporiza estas expectativas, y las exigencias que de ella se derivan.¹ En UTI se agudiza durante el momento del informe médico, que se brinda dos veces por día; y en UCI, donde se exige la presencia de un familiar las 24 horas, la demanda es permanente.

Es un área que fluctúa siempre entre la vida y la muerte; la vida se mide, se pesa, se controla en su aspecto físico-biológico¹, de allí la imperiosa necesidad de pensar la dimensión subjetiva desde nuestra intervención.

El Servicio de Salud Mental interviene en estas salas cuando es requerido por alguno de los profesionales del equipo médico.

Durante esta rotación la asistencia estuvo ocupada en la mayoría de los casos a la familia, en relación al pedido de interconsulta por parte del equipo asistencial.

La familia

La internación de un niño en estas salas implica un sufrimiento que alcanza niveles insostenibles y la conmoción familiar es desbordante... En algunas, la conmoción, así como el carácter repentino, actúan bajando la capacidad de discernimiento e impide entender el accionar médico. El

médico al dar el informe comprueba la dificultad con que son vividos esos momentos.¹

El proceso de enfermar se instala sobre modos de funcionamiento y características familiares preexistentes, al que se agregan los efectos movilizados propios de la internación.

Dos emociones destacadas son ansiedad y culpa. Es frecuente la proyección de sentimientos inaceptables sobre el personal de salud, manifestándose como reacciones hostiles.

R., un bebé de un mes, fue internado por una patología respiratoria (bronquiolitis) en sala común. Sufre un paro cardiorrespiratorio prolongado (45 minutos aproximadamente), lo llevan a UTI y luego a UCI. Los papás de R. reaccionan agresivamente y con amenazas a cada intervención de los profesionales, reclamando no haber sido atendidos adecuadamente.

Otro de los mecanismos que más se observan es la negación, definida por Freud como el rechazo de la percepción de un hecho que se impone en el mundo exterior.² Se trata de una defensa contra la angustia que tiene por objeto proteger al yo contra un exceso de estímulos emocionales que podrían ahogarlo. La negación es necesaria para el paciente y su familia, quienes, si la instrumentan plásticamente, podrán seguir una vida digna a pesar del padecimiento. Por supuesto que la rigidez, la utilización exagerada de la misma es peligrosa, ya que no contribuye a reubicar al enfermo y su familia frente al drama, no permite una adecuada alerta para el cuidado.³ He aquí uno de los puntos más complejos de nuestra tarea, ya que los médicos se alarman, generando una situación de difícil valoración y abordaje.

A causa del daño neurológico, R. tendrá secuelas que aparecerán a lo largo de su desarrollo.

Los médicos solicitan una interconsulta con Salud Mental ya que los padres “no entienden los daños”. Los papás refieren “nosotros lo vemos bien”.

Lo urgente surgía ante la situación de convivencia cotidiana entre los papás que debían permanecer y confiar en este equipo, y el nivel de malestar generado que dificultaba aún más este momento de contacto imprescindible: el informe médico.

El equipo médico envió un informe al juzgado solicitando la exclusión de los papás, del cual no participamos.

Nuestra intervención consistió en entrevistas individuales y vinculares con los padres, así como estar presentes en el momento del informe. Luego de algunos días el padre manifiesta: “si no va a caminar, eso nadie lo sabe”. La negación aún persistía, pero esto no interfería en el cuidado ni en las intervenciones que R. necesitaba.

En este tipo de abordajes es imprescindible tener en cuenta el duelo por las pérdidas que se suscitan: la de la salud es la principal, pero también ocurren otras: de un empleo, de un lugar en la familia, separaciones, etc. Freud describe este movimiento: “El examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto... Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y energía de investidura, y entretanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico”.⁴

La cercanía de la muerte de un hijo está presente; muchas veces no ocurre, pero los daños irreversibles, las secuelas se presentan como la posibilidad de que el niño quede con alguna discapacidad. En este caso comienza el duelo por la pérdida del hijo ideal.

Rundell y Wise plantean una mirada singular en relación a esta clase de procesos: “...Aunque el equipo terapéutico puede tender a buscar modelos organizados de elaboración del duelo en su afán por encontrar intervenciones específicas para manejar las situaciones difíciles, la aplicación de unas supuestas etapas del duelo en el contexto de la incapacidad puede conducir a una conclusión prematura y a una incapacidad para apreciar de forma global el curso de cada persona (Bishop, 1980, pág 7).”⁵

Este aporte posibilita pensar en la cautela que implica nuestra tarea: el respeto por los procesos particulares, la atención frente a quienes estemos escuchando y, fundamentalmente, poder estar a la altura del tiempo subjetivo: una de las aristas más difíciles de sostener y de llevar a cabo en un ámbito donde lo urgente tiñe a la tarea cotidiana.

El equipo de salud

El motivo de interconsulta más frecuente fue: “los papás no entienden que está mal, que se va a morir”. De allí derivaron dificultades especialmente en el momento del informe médico, y también en la articulación para las distintas intervenciones. La descripción de algunas de las características del equipo que desempeña funciones en esta área del

hospital permitirá profundizar las nociones sobre esta problemática. La Dra. V. Spehrs en un trabajo acerca del Síndrome de Burn Out en pediatras intensivistas explica: “El término intensivo no sólo es atribuible a la naturaleza de los cuidados que se brindan, sino también a los sentimientos manifiestos o encubiertos que suscita la índole propia de esta tarea... Nos rebelamos ante el hecho inexplicable, ante la vivencia fatalmente abrumadora que representa la muerte, especialmente de un niño... En el caso de los médicos, la falta de conciencia sobre sus reales posibilidades, su negativa a reconocer la propia falibilidad los conduce a una situación dramática... En 1995 se publicó un estudio: el 50% de los intensivistas padecía el Burn Out o estaba en riesgo de hacerlo. Entre los síntomas se manifiesta el modo despersonalizado con que se relacionan con los demás, caracterizado por la insensibilidad y la respuesta impersonal... Esta circunstancia se manifiesta a través de actitudes tales como nombrar a los pacientes no por su nombre sino por su patología de base o por el número de su cama, discutir acerca de la enfermedad en términos de parámetros de ARM o valores de laboratorio, etc. Este tipo de actitudes reflejan la intención del pediatra intensivista de disociar el ser humano de su enfermedad...”⁶ Encontramos frecuentemente un intento de silenciamiento frente al niño internado y a su familia. Este “no escuchar” será instrumentado como defensa, como intento de evitar la reproducción del desvalimiento que experimenta cada uno de los integrantes del equipo ante la impotencia para impedir la reiteración de la situación de peligro por cada pérdida que acontece.⁷

En estas salas confluyen muchos especialistas, cada uno para trabajar sobre su órgano, su función, y las múltiples intervenciones “partidas” desintegran aún más a este ser y a su familia en situación de desamparo. Las tendencias reduccionistas de cada especialidad obligan al terapeuta a intervenir con el objetivo de poder reformular el accionar del equipo de salud en la práctica con niños en grave estado de salud. Evitar la iatrogenia de la multidisciplinariedad, en oposición al abordaje interdisciplinario. Alfredo Jerusalinsky dice al respecto: “Se trata, muy por el contrario, de que un terapeuta, en tanto único agente operativo frente al niño y la familia... se revele apoyado en saberes que no le pertenecen pero, al mismo tiempo, preocupado incesantemente en traducir los recursos y pasos necesarios a la lengua que el niño y sus padres son capaces de comprender y en los términos que la transferencia en juego les permita registrar... reconociendo a cada paso los límites de su saber, tanto del lado del saber clínico como del lado de la subjetividad en juego... De esto último, él solo podrá ofrecer los lugares vacíos de una escucha.”⁸

La asistencia psiquiátrica en el ámbito de la salud: dos modelos

Algunos autores proponen dos modelos de inserción del psiquiatra dentro de las instituciones de salud: el modelo

de consulta y la psiquiatría de enlace. El modelo de consulta, en el cual el psiquiatra forma parte de un servicio de Salud Mental que funciona de manera independiente al resto del equipo de salud, y es llamado a través de la interconsulta, constituyendo esta el elemento esencial. La interconsulta se puede definir como la solicitud de intervención de un profesional, ya sea por su experiencia, porque asiste o asistió al paciente, o porque considera la necesidad de diagnóstico, manejo y/o tratamiento del mismo desde el Área de Salud Mental. Consta de la comunicación con el profesional que demanda la interconsulta, el conocimiento del material registrado referido al paciente, la entrevista con el paciente, una entrevista de información al profesional consultante, así como el registro escrito de las indicaciones y conclusiones en la historia clínica.⁹ La psiquiatría de enlace no solo incluye la consulta psiquiátrica tradicional, sino que el profesional se integra como un miembro más del equipo médico-quirúrgico. Enlazar significa establecer una relación en la que el psiquiatra estará en contacto con toda la comorbilidad médica y psiquiátrica que pueda presentarse en una unidad.⁵ La Psiquiatría de Enlace se origina como una necesidad en el hospital general y extendió su campo de acción a toda la práctica médica institucional.¹⁰

Volviendo al primer modelo, es importante destacar que la interconsulta requiere que una disciplina distinga cuándo existen necesidades en la otra. Los datos demuestran que, al menos en lo que respecta a la Psiquiatría, las especialidades médico-quirúrgicas son capaces de reconocer a relativamente pocos pacientes con comorbilidad psiquiátrica, y cuando lo hacen, se derivan también muy pocos (Fulop y Strain, 1985; Strain et al., 1991; Wallen et al., 1987). J. Strain sostiene que el servicio de consulta es una "brigada de rescate" con formato de "apaga-fuegos" y propone la psiquiatría de enlace como modelo de intervención más adecuada.⁵ Esto también fue observado en el equipo de atención pediátrica de UCI y UTI, donde los motivos de interconsulta, si bien fueron variables, se tornaron imprescindibles y urgentes en situaciones donde se presentaba algún conflicto entre el equipo de salud, la familia y el paciente.

El modelo asistencial: una perspectiva psicoanalítica

Hellman y Villavella escriben: "La inclusión de un psicoanalista en el equipo médico se acompaña muchas veces de un sentimiento de frustración para las expectativas del equipo, frente a la imposibilidad de respuesta inmediata, intolerancia frente al aumento o persistencia de la queja, allí donde fuimos llamados para disminuirla... El psicoanalista está ahí para tomar aquello que queda fuera, que cae fuera de la escena esperada... Da lugar al decir de lo otro, lo que se sale de lo biológico"¹¹

La mente, lo psíquico, lo emocional, es la vía natural para preservarse y la trama familiar, si es auxiliada, en cada uno de sus miembros, se transforma quizás en una de las mejores medicinas para sobrevivir.¹²

Luego de dos meses de internación, R se va de alta. Al día siguiente nos informan que fue reinternado debido a que la cánula se le salió cuando llegaron a su casa.

En la entrevista la mamá llora. El padre, más tranquilo, relata lo sucedido: "...pude poner la cánula como me enseñaron...". Expresan que cuando llegaron a la guardia los trataron mal "cuando leyeron que estábamos por el juzgado". La madre manifiesta temor y preocupación de que vuelva a suceder lo mismo.

Los médicos de la sala aducen no comprender por qué el juzgado no excluye a estos papás de los cuidados de R.

El psicoanálisis puede tener un lugar en la institución allí donde se dan los imposibles, siempre que hay un imposible a tratar... En el vasto ámbito de la práctica médica se interroga al sujeto y a sus particularidades de otro modo. El sujeto se sitúa por su cuerpo, sus límites, sus pertenencias, lo que puede perder y por lo que debe responder... Se necesitan instituciones particulares para darle lugar al inconsciente; esto puede ser no bien tolerado pues se prefiere reducir la palabra al mensaje (¿el informe médico?), sin pasar por el código particular que permite descifrarlo.¹³

Pensando en R., en los papás de R., me pareció revelador algo escrito también por Eric Laurent: "...la cronicidad no es un problema de duración... la cronicidad se produce cuando ya no quedan objetivos terapéuticos..."¹³

BIBLIOGRAFÍA

1. Cartañá de del Marmol O. Un modelo de asistencia psicológica en terapia intensiva. En: Trauma, duelo, cuerpo. Tomo I. XVI Jornadas de Niños y Adolescentes. Asociación Psicoanalítica Argentina. 30 de junio y 1º de julio de 2000.
2. Laplanche J, Pontalis JB. Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor, Barcelona, 1983.
3. Lancelotti M, Ortiz Frágola A. Estructura y dinámica de la Personalidad. En: Temas de Psicología Médica dirigido por Rodolfo D. Fahrner y Andrés Magaz. CTM Servicios Bibliográficos, Buenos Aires, 1987.
4. Freud S. Duelo y melancolía (1915). En: Obras Completas. Vol. XIV Amorrortu editores, Buenos Aires, 1986.
5. Rundell JR, Wise MG. Fundamentos de

la Psiquiatría de enlace. Ed. Ars Medica, Barcelona, 2002.

6. Spehrs V. Síndrome de Burn Out en los pediatras intensivistas. Arch Arg Pediatr 1997; 95: 413-421.
7. Portela G, Schmitz B, Sciaky D, Viñoly Becerro AM. Situación de muerte en la sala de pediatría. En: Trauma, duelo, cuerpo. Tomo II. XVI Jornadas de Niños y Adolescentes. Asociación Psicoanalítica Argentina. 30 de junio y 1º de julio de 2000.
8. Jerusalinsky A. ¿Cuántos terapeutas para cada niño? En: Escritos de la infancia N° 8. Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia (FEPI). 1997.
9. "Red de Salud Mental de la Provincia de Córdoba. Conceptualizaciones tendientes a unificar criterios". Dirección de Salud

Mental. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. 2000.

10. Fahrner RD. Psicología médica y salud mental. En: Temas de Psicología Médica dirigido por Rodolfo D. Fahrner y Andrés Magaz. CTM Servicios Bibliográficos, Buenos Aires, 1987.
11. Helman V, Villavella M. El trabajo del psicoanalista en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. En: Niños prematuros, la clínica de lo perentorio. De la Medicina al Psicoanálisis. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2000.
12. Pérez A. Prólogo. En: Niños prematuros, la clínica de lo perentorio. De la Medicina al Psicoanálisis. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2000.
13. Laurent E. Psicoanálisis y Salud Mental. Editorial Tres Haches, Buenos Aires, 2000.



Título: “Este tiempo que no pasa”.

Autor: J.-B. Pontalis.

Editorial: Topía. Colección

Psicoanálisis, Sociedad y Cultura.

Bs. As; 2005.

159 pág.

“En tren de...”

La aventura del análisis, escribe Pontalis, nos ha dejado como enseñanza principal que el tiempo no pasa, embistiendo todas nuestras concepciones de tiempo.

¿De qué está hecho entonces nuestro encuentro con un tiempo sin medida? Pontalis se revela no sólo en la función –ya conocida por nosotros- de arquitecto de conceptos, sino también en la de alguien preocupado por el desgaste que sufren las palabras, por seguir buscando formas de nombrar lo que aún no tiene nombre, por explorar los límites y posibilidades del lenguaje. La aventura del análisis irá siendo ligada por el autor con la idea de travesía, de “quinta estación”, de extranjería. Tomando como coordenadas las nociones de tiempo y movimiento volverá sobre conceptos centrales del psicoanálisis: inconciente, transferencia, repetición, ello, huella mnémica.

Pontalis revisa y revisita definiciones, para fundar otras, sosteniendo su primera preocupación: ¿qué es el análisis?, ¿qué es ese encuentro entre dos desconocidos?, y dirá, por ejemplo, que el análisis “es un derecho de asilo para lo que nos viene de una tierra extranjera, de un continente lejano, para todo lo que migre.”

En la última parte del libro, titulada “El compartimiento de ferrocarril”, encuentros de todo género servirán para proponer en dicho escenario metáforas del análisis.

Su mirada sobre la clínica y la teoría está impregnada de referencias a la literatura, a la pintura, porque ese tiempo que no pasa, sin medida, en el análisis y fuera de él, es para Pontalis una forma de transitar el enigma de lo breve y duradero, lo perecedero, la fragilidad y la perdurabilidad del tiempo humano.

Título: “La subjetividad en riesgo”.

Autor: Silvia Bleichmar.

Editorial: Topía. Colección

Psicoanálisis, Sociedad y Cultura.

Bs. As; 2005.

127 pág.

“La metapsicología más allá”

Entre 1994 y 2004 se escribieron el conjunto de textos que componen este libro. Aquel tiempo y sus acontecimientos están presentes en el libro, y en toda una actividad de pensamiento desarrollada a lo largo de clases, seminarios, conferencias, escritos, por una psicoanalista argentina tan preocupada por el inconciente como por la realidad, entendiéndola a ésta última como parte constitutiva de una comprensión metapsicológica del psiquismo. En este sentido, veremos que la metapsicología puede ser trabajada y pensada no sólo dentro de los límites de la clínica. Interrogar la libertad y la sumisión, la legalidad, la ética, lo histórico y la subjetividad para el psicoanálisis, es más para Bleichmar un trabajo en el que se desarrollan preguntas y el curso que toma su pensamiento, que una proposición de respuestas.

Este libro vehiculiza un pensamiento que considera central saber formular problemas y temas de trabajo a partir de las preguntas, incertidumbres y enigmas que nuestro tiempo despierta en todos nosotros, no sólo en los psicoanalistas.

No es frecuente encontrar una autora argentina capaz de pensar, conjuntamente y en sus particularidades, lo que representa un riesgo para la subjetividad tanto por la realidad –muchas veces brutal- de algunas prácticas sociales, psiquiátricas y psicoanalíticas. Es especialmente recomendable el capítulo titulado: “Las hiperkinéticas certezas del ser”, por ejemplo para un debate pendiente en las Residencias de Psicopatología en los Hospitales Infante Juveniles.

El libro todo merece un lugar en nuestras bibliotecas, donde seguramente no descansará, constituyendo un riesgo para nuestras certezas.

Título: “Ventanas”.

Autor: J.-B. Pontalis.

Editorial: Topía. Colección

Psicoanálisis, Sociedad y Cultura.

Bs. As; 2005.

113 pág.

“Un vocabulario hecho de ventanas”

En este libro Pontalis continúa demostrando que la belleza y el lenguaje poético pueden formar parte de nuestra práctica como psicoanalistas. Su formación rigurosa es pareja con su comodidad en la forma de pensar-transmitir conceptos, provocándonos a seguir pensando qué nos define en nuestro lugar, la materialidad de los encuentros que son nuestra clínica, tan difícil de asir, tan escurridiza. Pocos son los maestros que han sido y son tan generosos, como para permitirnos ingresar y mirar en su práctica teórico-clínica, y mucho menos en su pensamiento íntimo dentro del quehacer psicoanalítico.

Aquí Pontalis enseña que hay otro modo, que le es igualmente propio, de construir un diccionario de psicoanálisis, lo que él denomina un “vocabulario”, un “léxico de uso personal”, un libro que además es anti-viñetas y anti-inventario. Este libro es un recorrido no formal, más íntimo, honesto, un diccionario que se piensa en voz alta, y que hilvana palabras, conceptos, vivencias que no se ordenan de la A a la Z, ni llevan trajes protocolares o “a la letra”, sino más bien esa ropa de uso cotidiano en el ejercicio de nuestro trabajo, seguramente una ropa que no se ciñe a las modas.

Tiene razón el autor cuando anticipa que este libro se emparenta con la antigua prescripción médica: “Ud. debería cambiar de aire, le hará bien”. Este libro ventila las hojas ya amarillas en nuestra cabeza, los modos obedientes y polvorientos de ejercer y relatar nuestra clínica. Si alguien se asomara a nuestras propias ventanas luego de leer este libro, seguramente no vería lo mismo. Si este libro tuviera ventanas-hojas en blanco (como muchas veces tienen los libros para niños) nos encontraríamos escribiendo con Pontalis otras ventanas, tan de uso personal como de vocación compartible. Es como niños que al llegar al final tal vez diremos: “que no se termine!”. Este libro, también autobiográfico, como “El amor a los comienzos”, también un viaje en ferrocarril, nos detiene en distintas estaciones, una y otra vez, hasta encontrarnos en un nuevo mapa, más real y fiel a los territorios que habitamos.

Lic. Lila M. Feldman

Ex residente y jefa de residentes del Hospital Infante Juvenil Dra. C. Tobar García.

Buenos AiresBahía Blanca

-Hospital Interzonal Dr. J. Penna; Lic. Luciana Rocchietti (irocchietti@hotmail.com)

General Rodríguez

-Hospital Vicente López y Planes; Dra. María Noel Fernández (maria_noel@hotmail.com).

Junín

-Hospital Dr. A. Piñeyro; Lic. Adriana Sautu (02362-420762).

La Matanza

-Hospital Paroissien; Dra. Amalia Feldman (afeldman@intranet.net).

Lanús

-Hospital Evita; Lic. Selman Franco Salonia Amin (franco.saloniam@gmail.com).

Mercedes

-Hospital Dubarry; Lic. Guillermo Francisco del Valle (guillermofran@yahoo.com.ar).

La Plata

-Hospital Rossi; Lic. Celina San Juan (celina_san_juan@yahoo.com.ar).

-Hospital Alejandro Korn; Lic. Mariella Lorenzi (mariellalorenzi@yahoo.com.ar).

-Hospital Sor M. Ludovica; Lic. Luciana Lagioiosa (lucianalagioiosa@hotmail.com).

-Hospital Interzonal de Berisso; Lic. Natalia Cejas (natcej@yahoo.com.ar)

-Hospital San Martín; Lic. Paola Cano (paolamcano@hotmail.com).

Luján

-Colonia Montes de Oca; Lic. Emilse Pérez (licenciadaperez@yahoo.com.ar).

Mar del Plata

-Hospital Privado de Comunidad; Dr. Gustavo Lix Klett (gusliix@hotmail.com).

Pergamino

-HIGA San José; Dra. María Mercedes Río (02477-429791 int.136).

Región VII B

Dr. Esteban José Domingo (edomingo@psi.uba.ar).

San Martín

-Hospital Belgrano; Lic. Juan Andrés Mitre (mitrejuan@hotmail.com).

T.S. María Fernanda Preste (ferpreste@hotmail.com).

Temperley

-Hospital Estévez; Lic. Mara Yañez (marayañez@speedy.com.ar).

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

-Hospital Álvarez; Dr. Juan Ignacio Bilbao (juan_ignacio_bilbao@yahoo.com.ar).

-Hospital Alvear; Lic. Darío Gigena (dargigena@gmail.com).

-Hospital Ameghino C.S.M.N°3; Lic. Leonor Suárez (suarezleonor@yahoo.com).

-Hospital Argerich; Dr. Mariana Sorsaburu (maqui6@hotmail.com).

-Hospital Borda; Dr. Alejandro Gueudet (alegueudet@hotmail.com).

-Hospital de Clínicas; Dr. Alejandro Oberlander (aleoberlander@gmail.com).

-Hospital Durand; Dra. Sabrina Paravagna (sabinaparavagna@yahoo.com.ar).

-Hospital Elizalde; Lic. María Laura Ormando (laurapsiar@hotmail.com).

-Hospital Gutiérrez; Dr. Juan Costa (jujocosta@yahoo.com.ar).

-Hospital Italiano; Dr. Fernando Bertolani (fernandobertolani@hotmail.com).

-Hospital Moyano; Dra. Virginia S. Cañete Fornasier (virginia_fornasier@yahoo.com.ar)

-Hospital Penna; Lic. Mariana Gilbert (licmgilbert@yahoo.com.ar).

-Hospital Piñero; Dr. Marcelo Cano (canomarcelo@gmail.com).

-Hospital Ramos Mejía; Lic. Cecilia Parrillo (cep_psi@hotmail.com).

-Hospital Rawson (CESAC 10); Lic. Cecilia Monti (cecimonti@hotmail.com).

-Hospital Rivadavia; Dra. Florencia Cantilo (florenciacantilo@yahoo.com.ar).

-Hospital Tobar García; Dr. Marco Anibal Arduini (marcoanibal79@yahoo.com.ar).

-Hospital Tornú; Dra. Ana Izaguirre (anaizaguirre@hotmail.com).

Chubut

-Hospital Zonal de Trelew; Dra. Jessica Dikgolz (jessicadikgolz@yahoo.com.ar).

Córdoba

-Hospital Neuropsiquiátrico Provincial; Lic. Mercedes Rodríguez Corral (mercorral@yahoo.com.ar).

-Hospital de Niños; Lic. María Capriotti (maricapri@yahoo.com.ar).

Corrientes

-Hospital Psiquiátrico San Francisco de Asís; Lic. Graciela Andrea Pianalto (cheli772000@yahoo.com).

Entre Ríos

-Hospital Luis Antonio Roballos; Paraná; Dr. Andrés Taboas (andrestaboas@yahoo.com.ar).

Jujuy

-Hospital Néstor Sequeiros; Lic. Andrés Federico Jaramillo (androlamirko@hotmail.com).

La Rioja

-Hospital Enrique Vera Barrios; Dr. Germán Ubillos (germanubillos@hotmail.com).

Mendoza

-Hospital Pereyra; Dra. Silvina Riera (riera.silvina@fcm.uncu.edu.ar).

Misiones

-Hospital Ramón Carrillo; Lic. María Cristina Lesik (cris_lesik@hotmail.com).

Neuquén

-Hospital Castro Rendón; Dr. Fernando Méndez (ferchimendez@hotmail.com).

Río Negro

-Área Programática Cinco Saltos, Cinco Saltos; Lic. Juan José Zelarayan (juanjoz@hotmail.com).

Salta

-Centro de Salud N° 10; Residencia de Psicología Comunitaria; Lic. Eugenia Sáiz (valeriasaiz@yahoo.com.ar)).

-Hospital Chistofredo Jacob; Lic. María Virginia Albarracín (viralbarracin@hotmail.com).

-Hospital Dr. Miguel Ragone; RISAM; Lic. Laura Magadán; (laumagadan@hotmail.com).

San Luis

-Hospital Escuela de Salud Mental; RISAM con orientación en procesos de transformación institucional; Lic. Paula Mallea (paulamallea@gmail.com).

Santa Fe

-Hospital Escuela Eva Perón, Rosario; Dr. Fernando Bilbao (ferbilbao@hotmail.com).

-Hospital del Centenario, Rosario; Dra. Julieta Fernández (0341-4403710).

-Hospital San Martín, Rosario; Lic. Adriana Cavacini (adricavacini@hotmail.com).

-Sanatorio de la Merced, Santa Fe; Dr. Ignacio Francia (naf_salud@yahoo.com.ar).

Tucumán

-Hospital J.M. Obarrio; Lic. Mariana Aban (marianaban@gmail.com).

-Hospital Padilla; Lic. Ana Schkolnik (anaschkolnik@hotmail.com).

**ANTE CUALQUIER MODIFICACIÓN,
ERROR U OMISIÓN COMUNICARSE CON:
> Juliana Espert
[mariajuliana@hotmail.com]**

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- Los artículos pueden ser enviados:
 1. Por correo: Editorial Polemos S.A., Moreno 1785 5° piso, Cap. Fed.
 2. Mediante e-mail: clepios@hotmail.com.
 3. Entregados personalmente a algún miembro de la redacción.
- Cada artículo debe constar de cuatro o cinco palabras claves y un resumen en castellano. Debe

ser inédito. El total del artículo no debe tener más de 10 páginas, tamaño A4, con texto a doble espacio y tamaño de letra 10.

- El artículo será leído en forma anónima por, al menos, un miembro del Comité de Lectura. Ellos informarán a la redacción sobre eventuales modificaciones para su publicación.

El artículo se puede publicar sin ser evaluado por un miembro del Comité de Lectura, si fue premiado

o mencionado en jornadas científicas y/o ámbitos académicos.

- La revista no se responsabiliza de sobre los artículos que aparecen firmados, ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas. Los artículos aceptados no serán devueltos. Todo artículo aceptado por la redacción no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo con la redacción.