

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

Sobre la historización en un caso de traumatismo severo en un dispositivo de internación en Salud Mental.

Zaiatz, Paola.

Cita:

Zaiatz, Paola (2024). *Sobre la historización en un caso de traumatismo severo en un dispositivo de internación en Salud Mental. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/815>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/RhT>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

SOBRE LA HISTORIZACIÓN EN UN CASO DE TRAUMATISMO SEVERO EN UN DISPOSITIVO DE INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL

Zaiatz, Paola

Ministerio de Salud de la Nación. Hospital Nacional en Red "Lic. L. Bonaparte". Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El trabajo se enmarca en la rotación en el dispositivo de internación de la residencia de un hospital nacional monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y tiene como objetivo general realizar una articulación clínico-teórica respecto al valor de la historización en los procesos de internación por salud mental, orientado bajo las preguntas: ¿Qué es contar una historia? ¿Qué lugar ocupa la historia en los procesos de salud? A partir de pensar el trabajo en dispositivos de internación desde una ética desmanicomializante (Rotelli, 2014) se partirá de un caso clínico caracterizado por el incesto y su estrago como consecuencia, configurando lo que algunas autoras denominan traumatismo severo o extremo (Toporosi, 2020; Wikinski, 2016). A lo largo del escrito se trabajan desde una perspectiva psicoanalítica los conceptos de: trauma, acontecimiento, vivencia y experiencia. Se propone a la función del equipo de salud como cuarto, voz de la ley, testigo y propiciador de un trabajo tendiente a una posible narración de la experiencia traumática, una re-subjetivación posible al permitir al paciente apropiarse de aquello vivido, insertándolo en una trama ficcional soportable.

Palabras clave

Historización - Incesto - Traumatismo severo - Narración

ABSTRACT

ABOUT HISTORICIZING IN A CASE OF SEVERE TRAUMA IN AN IN-PATIENT DISPOSITIVE IN MENTAL HEALTH

The framework of this paper is a clinical psychology residency rotation in an in-patient dispositive of a national public mental health hospital in the Autonomous City of Buenos Aires. Its general objective is the clinical and theoretical articulation of the value of historicization in mental health hospitalization processes, guided by the following questions: What is a historical narrative? What is the importance of a historical narrative in mental health care treatment processes? By considering professional practice in an in-patient mental health dispositive from a deinstitutionalizing mental care ethics (Rotelli, 2014), a clinical case characterized by incest and its consequent mental damages will be analysed, configuring what some authors describe as severe or acute trauma (Toporosi, 2020; Wikinski, 2026). Throughout this paper, the concepts of trauma, event, feeling state and ex-

perience are worked from a psychoanalytical view. Proposing the function of the mental care team as the "fourth", the voice of the law and the witness. Favoring a practice intended to arise a possible historical narrative of the traumatic experience, a possible re-subjection, by helping the patient appropriate that traumatic experience and insert it into a bearable fictional narrative.

Keywords

Historicizing - Incest - Trauma - Narrative

En mi tránsito por los distintos dispositivos por los que curricularmente se debe rotar en el segundo año de la residencia interdisciplinaria en salud mental (RISaM) del Hospital Nacional en Red Laura Bonaparte (Ex CeNaReSo) fui notando que cuando uno se inserta en una forma de practicar la salud mental, tiene que adaptarse a ciertos modos pre-establecidos que lo moldean. Creo que la perspectiva crítica constante permite que lo instituido no haga carne, por lo menos no del todo. Es una lucha diaria, pero a veces la ola de lo instituido puede arrasarlo. Considero que recordar los tránsitos y experiencias es lo que permite que esa ola no deje sus efectos de destrucción, de esperanzas y deseos sobre lo que pienso y anhelo y aprendo día a día acerca de lo que es la salud (mental). Pero ¿cómo recordar lo que a veces por el dolor tajante de lo real se mantiene en el olvido en forma de marca?, ¿Cómo se recuerda lo que a veces no tiene palabras, lo que irrumpe, lo que desde el psicoanálisis francés se denomina real, como aquello fuera de significación, que deja un agujero que a veces simula un abismo?

Estas preguntas sobre mí misma las traslado a la práctica con los pacientes. ¿Qué es contar una historia? ¿Qué lugar ocupa la historia en los procesos de salud? Mi deseo en este trabajo de articulación clínico-teórica es pensar el rol de la historia, o eso que ligeramente escribimos como "*historiza*" en las historias clínicas. Personalmente es algo que desde mis primeros aprendizajes sobre la escritura de las mismas me resultó práctico, lógico, casi natural. Parecía ser algo completamente dado: "en salud mental tenemos que conocer la historia de los pacientes". La *institución de la historización* podríamos llamar quizá. Algo que no siempre sucede si vamos a un médico (no psiquiatra) -¿dónde duele? Acá. Bueno tomá esto- ahistoricidad propia del modelo médico hegemónico que tanto moldea las prácticas en salud.

La historia parece ser algo que da coordenadas de lo que duele, pero ¿a quién?, ¿al terapeuta o al paciente? Una primera respuesta que me atrevo a articular es *a ambos*. Lo cual me lleva a una crítica personal, cuando esas coordenadas que brinda la historia comienzan a tomar la forma de una sensación de estabilidad, de orden dentro del caos, momento en el que toman la forma de la indagatoria; como si buscaran establecer una línea de tiempo perfecta y estable que me permita entender en dónde estoy parada. Crítico esta tendencia a la indagatoria en mi práctica, y espero que a lo largo de esta escritura construir otras formas de pensar al historizar, que lejos de brindarme una aparente sensación de estabilidad, tiendan a un proceso de cura.

En el contexto de la rotación por internación del hospital, en el marco de una supervisión con Tomasa San Miguel, tomo una idea práctica que dio lugar a la formulación de las preguntas que orientan el escrito: “En la internación buscamos reconstruir la historia, luego viene un momento para su reelaboración”. De esta forma, a fines de delimitar un eje temático, buscaré pensar la historización en los procesos de internación por salud mental, a pesar de que lo aquí expuesto se pueda extrapolar a dispositivos ambulatorios, partiendo de la siguiente hipótesis: favorecer un proceso de historización es un trabajo posible en una internación por salud mental, tendiente a un ideal de curación que en los términos de Rotelli (2013) implica “... ocuparse, aquí y ahora, de hacer que se transformen los modos de vivir y sentir el sufrimiento del paciente y que se transforme globalmente la vida concreta y cotidiana, que alimenta ese sufrimiento” (p. 36). A lo largo del trabajo se buscará responder a estos interrogantes a partir de un caso clínico cuya característica principal es el incesto y el estrago como consecuencia, un arrasamiento que linda lo indecible.

Internación en tiempos del paradigma de la salud mental comunitaria y la tendencia a la desmanicomialización

La salud mental y sus instituciones atraviesan un cambio de paradigma y los dispositivos de internación se encuentran en el foco del incendio. Por eso, me parece relevante dedicar este breve apartado para establecer una postura respecto de lo que implica un dispositivo de internación en un hospital monovalente en nuestro país.

La ley Nacional de Salud Mental (N°26.657), dedica un capítulo entero a las Internaciones. Me resulta tedioso volver sobre esta ley, ya que asumo que todo trabajador de la salud mental la habrá leído hasta el cansancio, especialmente este capítulo. Pero teniendo en cuenta los peligros a los que se ve expuesta desde la opinión pública impulsada por los medios de comunicación y por leyes que intentan avanzar sobre el terreno ya ganado en materia de derechos y salud pública, me parece importante no perder de vista lo logrado y todavía por lograr en la materia. La internación según esta ley funciona como una última alternativa terapéutica, cuando otros abordajes comunitarios y ambulatorios no son posibles; y es involuntaria cuando hay riesgo cierto

e inminente para sí o para terceros. Es indudable, y en su artículo 27¹ se ve plasmado, su carácter desmanicomializante. Lo dudoso es su implementación, considerando que estos *abordajes comunitarios y ambulatorios* no sólo no *son posibles* (por lo general), sino que no hay políticas públicas tendientes a garantizar su financiación, la accesibilidad a los mismos (y básicamente su existencia). De todos modos, creo necesario aclarar que no por eso pienso que el problema sea la ley, ni que haya que insertarla en la papelera esperando a su autodestrucción, olvidando las diversas luchas que le abrieron un lugar en el recinto.

En su aplicación (y también quizá en su texto), desgraciadamente el ideal desmanicomializante se transforma en deshospitalización, es decir como plantea Rotelli (2014), una política de altas, una reducción más o menos gradual de camas, es decir, básicamente una reducción económica y administrativa. La política de deshospitalización produce abandono, a la vez que nueva cronicidad, lo cual, según el autor constituye el “...signo más macroscópico y dramático de su fracaso...” (p.29).

Un espíritu desmanicomializante entonces, no implica *per sé* un rotundo NO a la internación, a habilitar camas. No implica externaciones rápidas. Sino que implica, una transformación de las relaciones de poder entre la institución y los sujetos, trabajo terapéutico dirigido a reconstruir la persona que sufre en un *sujeto*. Por lo tanto, la eliminación de la internación sería una “... consecuencia de un proceso más amplio de transformación, que exige de esa necesidad de internación porque transforma las necesidades sociales y las respuestas institucionales.” (Rotelli, 2014, p. 52).

Con esta base epistemológica, creo que es posible pensar a la internación como alternativa terapéutica posible, desde una práctica motorizada por una ética de trabajo tendiente a pensar la desmanicomialización en términos no mercantilistas, considerando a nosotros (los trabajadores de la salud mental) como uno de los actores principales en el proceso continuo que ello implica. Entonces sí, ahora, ¿cómo pensar nuestra labor con pacientes internados? ¿Qué trabajo clínico es posible y cómo lograr un balance ético con las exigencias institucionales que a veces tienden hacia un objetivo de externación rápida de dudosa causa y que no parece tener en cuenta *per sé* las necesidades y deseos de los pacientes?

Parto del supuesto que cuando una persona decide internarse (o debe ser internada) su vida llegó a un punto de no retorno, algo así como un quiebre de la existencia (psíquica y a veces incluso material), en donde hay una experiencia subjetiva (por parte de pacientes y/o familiares) de que no hay posibilidad de vuelta atrás². Parece que algo de nuestro trabajo posible en el acompañamiento de procesos de internación va en *pos* de, como plantea Bleichmar (1994), limitar esa irreversibilidad “...no para tornar reversible lo acaecido sino para dominar sus efectos cuando se inclinan del lado de la destrucción y la muerte.” (p. 79). Esto puede sonar trágico, pero sí, una persona se interna cuando algo de la finitud de la vida o de su destrucción

se acerca. La vida física y la vida psíquica también, si es que puede hacerse tal distinción. No veo necesario a los fines de este trabajo ahondar en las conceptualizaciones de la salud, solo ubicar la premisa que sostiene mi práctica: no hay salud sin salud mental. Búsqueda constante y fluctuante de un corrimiento del binarismo salud física-mental propio de la sociedad occidental en la que vivimos. Una ética que creo debería orientar cualquier trabajo posible en el campo de la salud.

Narrativas y relatos de lo radicalmente traumático

Ofelia (Mujer cis de 31 años) fue derivada desde el servicio de guardia. Vivía en la calle, consumía compulsivamente PBC (Pasta base). Lo que motivó su ingreso por guardia fue la sintomatología psicótica reactiva al consumo que presentaba, pero su ingreso al dispositivo de internación fue lo que denominaron en el pase como “vulnerabilidad psicosocial”. Éste es un motivo de ingreso inusual en las derivaciones de internación del hospital. Una pregunta (que denotaba cierta ilusión) resonaba en mí: ¿será que comienzan a circular prácticas tendientes a pensar la posibilidad de la internación que funcione como una medida de cuidado en subjetividades arrasadas?

En su discurso, Ofelia ubicaba algo de la causa de su padecer: reiterados abusos durante su infancia por familiares de segundo grado (tío y primo). Ofelia encontró su propia solución: de un lugar que representaba un peligro como su casa familiar, encontró en la calle y en el consumo una puerta de salida. Para ese entonces era tan solo una pre-adolescente. En este sentido parece pertinente incluir el marco teórico desde el cual propongo pensar el abuso infanto-juvenil. Saubidet (2020), en sus estudios sobre el incesto, en uso de las categorías estructuralistas de Lévi Strauss sobre la Ley de Prohibición del incesto, nos recuerda que la misma es *La intervención*, ya que implica el pasaje de la naturaleza a la cultura, es decir, inaugura cultura. Al decir de Wikinski (2016), Incluyendo la dimensión del trauma, “...es en las experiencias traumáticas extremas en donde ya no rigen las reglas de la humanidad” (p.44). En este sentido, la autora se pregunta sobre qué modos de narración pueden construirse a partir de experiencias traumáticas extremas.

Partamos de una distinción de la autora: no es lo mismo el relato de lo acontecido que la narración de lo traumático. El primero no es más que una “...oleada de palabras que pretenden relatar lo traumático, plagadas de descripciones minuciosas de hechos, en muchos casos obscenamente, y que no conducen ni al narrador ni a su interlocutor a ningún lugar de significación respecto de lo que ha verdaderamente fracturado al aparato psíquico, al sujeto, a la identidad o al yo de quien narra.” (Wikinski, 2016, p. 57)⁴. Esto se veía en las primeras entrevistas; el relato de Ofelia, al decir de Susana Toporosi (2020), era catártico y compulsivo. El relato catártico tiene la función de la descarga de una cantidad excesiva que inunda al Yo, suele ser un relato con un afecto comprometido. El relato en su forma compulsiva “...se trata de un modo de contar repetitivo, como si una pieza de la

experiencia traumática se escenificará sin transformación entre el momento inicial y el actual” (p. 129)⁵.

La descripción detallada se reiteraba encuentro tras encuentro, una repetición cuya expectativa era la de procesarlo. Como plantea Toporosi (2020), ahí radica la importancia de la posibilidad del encuentro con un equipo de salud capaz de soportar lo repetitivo y a veces doloroso del relato en vistas de una posible elaboración.

Por otro lado, Ofelia no sólo relataba, sino que demostraba las pruebas de lo ocurrido, pruebas que tomaban la forma de marcas en el real del cuerpo: cortaduras, quemaduras o a veces ataques convulsivos y asmáticos: “... la narratividad de un suceso que ingresó abruptamente al psiquismo y lo desestructuró, no necesariamente se producirá a través de palabras. Es el cuerpo todo aquí el protagonista principal del relato” (Toporosi, 2020, p. 123). Cuerpo que habla, que narra, que cuenta una historia.

Trauma, vivencia y acontecimiento

A lo largo de este apartado se diferenciarán los conceptos de traumatismo, vivencia y acontecimiento, los cuales sirven a la hora de realizar una lectura clínica. El traumatismo distorsiona las formas de recordar y olvidar. Éstos son logros a los que se accede luego de múltiples procesos que suceden en la constitución psíquica, operando mecanismos como el de la represión, entre otros. La situación traumatogénica no logra entrar en el circuito de la represión secundaria, que permite que algo vivido pueda ser archivado y luego recuperado bajo la forma de un recuerdo para luego ser nuevamente olvidado (Toporosi, 2020). En este sentido, en el relato de Ofelia, no se evocaban recuerdos sino presencias que aparecían permanentemente; reminiscencias que no se pueden ligar, solo evacuar. Al decir de Laplanche (1986), la reminiscencia es una especie de recuerdo sin sus orígenes, que proviene del pasado, pero que no está ligado al pasado, sino que está allí actualmente y hace sufrir en el presente. En este punto resulta relevante establecer distinciones respecto de los conceptos de vivencia y experiencia. Diferencia establecida por Kant en la que la experiencia implica una asunción de aquello vivido por parte del sujeto, es decir acontecimientos a los que atendió la conciencia; mientras que la vivencia ocurre al margen del sujeto, sin intervención de la conciencia, *experiencia en bruto* (Wikinski, 2016; Bleichmar, 2000). Otra diferenciación necesaria es entre traumatismo y acontecimiento. Como plantea Bleichmar (2000) el acontecimiento da lugar a la historia, y en ese sentido, se opone a planteos estructuralistas ya que implica la idea de un aparato psíquico abierto, receptivo; implica la posibilidad de que algo de esa estructura se conmueva.

Podríamos pensar diversos hechos en nuestra vida que adquieren la forma de acontecimiento, pero *No todo lo acontecido es traumático* diría Bleichmar (2000). El traumatismo es aquel acontecimiento capaz de producir un “...aflujo de excitación no domeñable por las vías habituales y que produce trastornos duraderos en la economía energética” (Bleichmar, 2000) y

esto porque el aparato no tendría a disposición los significantes necesarios para que lo acontecido se ponga en palabras, cosa de poder ingresar como archivo a la papelería de lo reprimido y salir si quiere.

Por otro lado, hay traumatismos que el psicoanálisis denomina “originarios”, constituyentes del aparato, pero también hay traumatismos severos como el relatado, que en cierto punto se le parecen, en el sentido de la falta de significantes. Como plantea Toporosi (2016), “...en lo traumático (...) el acontecimiento no se puede recuperar al modo de un recuerdo o una evocación. Viene, invade y se instala sin que el Yo pueda hacer algo para evitarlo” (p. 124).

El panorama parece desolador, entonces ¿cómo es el trabajo clínico con estos casos atravesados por traumatismos tan severos? ¿Qué sentido teórico práctico tiene el propiciar un proceso de historización?

Las vías para una posible narración

¿Qué hay en esas primeras entrevistas con los pacientes? Creo que algo que caracteriza las preguntas que realiza un trabajador de la salud mental es que se orientan a buscar recuerdos, de ahí la categoría de “historiza” tan comúnmente usada en las historias clínicas. Laplanche (1981), respecto de la tendencia del psicoanálisis de viajar hacia el pasado, dice que no tiene por qué ser necesariamente una actividad nostálgica, sino que lo piensa como “...tejer sin cesar nuevos vínculos; tejer una nueva trama, una nueva unidad” (p. 145). Pero a fin de que las intervenciones no sean una especie de indagatoria autobiográfica del paciente, la pregunta por los objetivos de nuestras intervenciones es la que debería orientar nuestra práctica. Al respecto, Bleichmar (1999) dice que “...no se pide al paciente que cuente todo desde el momento en que nació, sino que se recurre a la historia a partir de la repetición en la cual el inconsciente evidencia su insistencia (...) desde lo que insiste sin resolución, vamos a buscar la historia” (p. 35).

Trabajando los comienzos de un análisis, Laplanche (1981) ubica dos vías: la vía arqueológica que implica “...la exhumación y el conocimiento de los vestigios materiales dejados por el pasado (...) recuerdos más o menos lacunares más o menos fragmentarios, recuerdos de escenas y personajes” (p. 154); y la vía histórica que es la “... de la reconstrucción, de la síntesis del pasado, del establecimiento de conexiones significativas” (p. 154). No es una sin la otra; si se extrae sin un objetivo que tienda a la construcción de una ficción del acontecimiento sólo se provocará un afloro a la conciencia de vivencias inconexas que no tendrán otro destino que su autodestrucción es decir, retornarán a los rincones de la memoria. Traigo aquí, en relación a la vía histórica, un deseo de Wikinski (2016), que creo puede orientar nuestra práctica: “Si la ficcionalización pudiera transformar el horror vivido en recuerdo integrable a la propia historia, quizás ese sea también el recurso con el que se puede en el “mientras tanto” de lo insoportable, sobrevivir” (p. 47).

Pero volvamos a Ofelia. Creo que algo de lo que buscaban mis intervenciones por la vía arqueológica era alguna figura que denuncie lo ocurrido, que ocupe el lugar de la ley de nuestra cultura, que le dé a lo ocurrido la categoría de acontecimiento en su vida, corriendo el hecho traumático de la mera vivencia. Saubidet (2020) en sus estudios de las consecuencias del incesto en mujeres adultas, ve cómo en estos casos “... la función de cuarto como representante de alguna ley, está fallada, y con suerte se encarna en miembros no directos de la familia, algún vecino, algún tío, tía, abuela, etc.” (p. 118) personajes que comúnmente hacen la denuncia y a dónde los niños/adolescentes suelen recurrir. La autora considera esencial la ubicación de estos personajes: “...el analista debe ser una suerte de arqueólogo en busca del cuarto perdido; buscar las marcas, las huellas de esa función o al menos, en principio, suponer que la hubo para, a partir de allí, ir armando ese cuarto” (pg. 118). Pero, por lo menos en las primeras entrevistas que tuve con Ofelia, lo que se podía evidenciar era una suerte de desmentida por parte de su familia; particularmente su madre, quien si bien no negaba lo sucedido lo desmerecía, no le daba el carácter de acontecimiento en su historia, de un hecho denunciado y arrasador.

En consecuencia, en la presentación de Ofelia, lo que se dejaba ver era una suerte de denuncia en acto, como forma de hacer lazo, de dirigirse al otro de la cultura, a ese *cuarto* que parece en principio, que no estuvo. Su demanda era constante e insaciable: ropa, un celular, comida, pufs de broncodilatador, cambio de habitación y un largo etc. Este tipo de presentaciones requieren de un equipo que pueda alojar/soportar esa demanda y esto solo es posible a través de una lectura clínica que sostenga las intervenciones. En este caso, pensar a su demanda como una forma particular de dirigirse a un otro, de hacer lazo, y no como un simple capricho.

La función de testigo y testimonial de un equipo de salud

El equipo de salud en un dispositivo de internación puede, en este caso, funcionar como *cuarto*, como puerta de entrada de la ley, es decir, de ese vecino, primo, tío, madrina, que no hubo para que una denuncia sea posible, no solamente en el término jurídico.

Bleichmar (1994) en un intento de recuperación de la dimensión de *lo histórico* en el psicoanálisis, parte de la premisa de pensar al aparato psíquico como un sistema abierto “...capaz de sufrir transformaciones no solo como efecto del análisis sino de las recomposiciones a las cuales nuevos procesos histórico vivenciales lo obligan” (p. 52). Sea por las razones que fueren, el encuentro con la posibilidad de una pausa que implica una internación y con un equipo de salud mental debería abrir un nuevo campo de posibilidades frente a aquello que al sujeto se le repite sin cesar.

Creo necesario retomar las teorizaciones de Janine Puget (2015) en relación a la función de Testigo como uno de los componentes de la función analítica: “Se trata, a veces, de testimoniar,

y otras de intentar ayudar a transformar testigos impotentes o victimizados en testigos capaces de testimoniar y tejer nuevas historias” (p. 159). El trabajador de la salud mental es un Testigo que, por el mero hecho de haber presenciado ese discurso, esas marcas, “...adquiere el compromiso inesperado de testimoniar. Debe certificar para otros que algo ocurrió, hacerse responsable para que otros (...) puedan conocer la información y decidir cómo metabolizarla” (Puget, 2015, p. 161). Y creo que aquí radica la función y el objetivo esencial de un equipo de salud mental en un tratamiento, en este caso en un dispositivo de internación. Coincido con Bleichmar (1994) al rehusar la idea de que el sentido del análisis sea la “...construcción de una historia, sino que debe dedicarse a la *deconstrucción de lo fijado*, de la “historia oficial” del sujeto, absteniéndose de ofrecer construcciones totalizantes.” (p. 70).

El trabajo de historización debe tender hacia la posibilidad de generar las condiciones propicias para tomar posición activa; correrse de la posición pasiva, pero necesaria de testigo, para poder dar testimonio, que es el primer paso hacia la posibilidad de inscripción de lo acontecido como experiencia, de apropiarse de la vivencia, incluirla en una trama en la que aquello pueda comenzar a ponerse en palabras, en lugar de ponerse en acto. Trabajo tendiente a una posible narración de la experiencia traumática, a la re-subjetivación al poder apropiarse de aquello vivido, para ponerlo en una trama ficcional soportable. Ficción que al decir de Lorenzetti (2021), en su medio decir “...humaniza y entreabre el encuentro con esa porción de *real* que despierta sin ahogar” (p. 18). Posible forma de apropiarse de eso que irrumpió, que dejó a Ofelia en la inermidad de ser objeto de goce del otro. Pensar el trabajo en internación desde una ética desmanicomizante implica, como plantea Rotelli (2014) “... un trabajo terapéutico dirigido a reconstruir la persona en tanto que sufriente, como sujeto” (p. 49).

Conclusiones de una internación revocada

¿Será posible concluir lo que en los tiempos cronológicos todavía no terminó? Me entristece que lo que me parecía una promesa, una posibilidad en la vida de Ofelia de empezar un tratamiento haya concluido tan pronto. No ahondaré en este escrito en las razones de su revocación ya que lo exceden. Quienes deben cursar una internación por su salud mental requieren de abordajes interdisciplinarios y complejos. Las aristas y ejes de trabajo son múltiples, lo mismo que las preguntas que disparan. Lo importante es poder efectivamente hacer esas preguntas, articularlas para que la complejidad del arrasamiento de las vidas con las que nos cruzamos en la práctica no nos deje en la inermidad o en la parálisis. Bleichmar (1994) define al historizar como “...estructurar de modo significativo los efectos de lo acontecido-traumático, inscripto a partir de una descomposición y una recomposición que liga de un modo diverso las representaciones vigentes.” (p. 73).

Actualmente me pregunto qué otra historia podría haber sido po-

sible para Ofelia, y cómo la suya podría haber modificado mi propio histórico-vivencial. En este sentido me resultan revitalizantes las teorizaciones de Aulagnier (1986) respecto del papel que desempeña la transferencia en la experiencia analítica: “papel catalizador que permite a dos discursos, dos historias, dos experiencias, dar cima a una tercera y nueva construcción...” (p.22). Al decir de Bleichmar (1994), “... el proceso de la cura puede ser concebido como espacio privilegiado de la resimbolización...”, quizá algo del trabajo que pudo realizarse dio los primeros pasos en ese sentido. Su abrupta interrupción dejó en mí una especie de “vacío”, quizá la escritura y esta narración ayude a no dejar lo sucedido en el olvido de aquello que no tuvo posibilidades de inscripción y ligazón. De todos modos, sin caer en un *furor curandis*, me recuerdo a mí misma teorizaciones con las cuales coincido: “...en el encaminamiento de la cura los procesos de historización son siempre parciales” (Bleichmar, 1994, p. 73). El decir es siempre a medias, siempre algo queda por fuera, sería iluso esperar lo contrario; iluso como mis indagatorias buscando la línea del tiempo de los libros de historia, buscando un piso y brújula con la cual orientarme. Entiendo que la práctica a veces debe sostenerse en la incertidumbre, sin la cual nuestro trabajo tranquilamente podría ser reemplazado por inteligencias artificiales. Esa incertidumbre es la que mantiene al trabajo vivo, situado y en acto.

NOTAS

¹LEY N° 26.657, ARTICULO 27 — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

²Al respecto resultan interesantes las teorizaciones de Inés Sotelo (2015) “A la consulta llegan sujetos angustiados, desbordados, atravesados por una urgencia. En estos sujetos, por los “accidentes de la vida”, por la contingencia, se ha producido un quiebre en su existencia y claman por un retorno al estado anterior, retorno que por lógica es imposible” (p. 96).

³Bleichmar (1994) hace una distinción similar entre “historia problema” y “historia relato”: “El relato es en todo caso, el modo con el cual el sujeto tematiza y significa la historia problema” (p. 74).

⁴Toporosi (2020) relata diversos modos de relatar, contar y decir lo traumático del abuso sexual: catarsis, realizando una ligazón con algo actual, modo compulsivo, desafectivizado. Para más información al respecto consultar Capítulo 5 del texto.

BIBLIOGRAFÍA

- Aulagnier, P. (1986). El aprendiz de historiador y el maestro-brujo. Editorial Amorrortu. Buenos Aires-Madrid.
- Bleichmar, S. (1994). Repetición y temporalidad: una historia bifronte. En *Temporalidad, Determinación, Azar. Lo reversible y lo irreversible*. (Compiladora). Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Bleichmar, S. (1999). Clínica psicoanalítica y neogénesis. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.
- Bleichmar, S. (2000). Traumatismo y simbolización: los modos del sufrimiento infantil. Seminario. Clase del 8 de mayo del 2000. Hospital de niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/03/seminario_traumatismo_silvia_bleichmar_ano_2000_clase_1.pdf Fecha: 05/05/2024
- Laplanche, J. (1981). Psicoanálisis: ¿historia o arqueología?. Conferencia llevada a cabo en Centro Beaunois d'Études Historiques, Beaune, Francia.
- Lorenzetti, C. (2021). Una estética para el psicoanálisis y el arte: Fragmentos, intervalos, interrupciones. Ediciones Del Dock.
- Puget, J. (2015). *El testigo*. En *Subjetivación discontinua y psicoanálisis. Incertidumbre y certezas*. Editorial Lugar. Buenos Aires.
- Rotelli, F. (2014). "Desinstitucionalización: otra vía". En *Vivir sin manicomios*. Editorial Topía. Buenos Aires.
- Saubidet, A. B. (2020). "Consecuencias clínicas del incesto en mujeres adultas". En *Alzar la voz: Incidencias clínicas del incesto*. Luale, L., Minaudo, J., Saubidet, A. B. Editorial La docta ignorancia. Buenos Aires.
- Sotelo, I. (2015). "DATUS: Dispositivo analítico para tratamiento de urgencias subjetivas". Editorial Grama Ediciones. Buenos Aires.
- Toporosi, S. (2020). *En carne viva: abuso sexual infantojuvenil*. Editorial Topía. Buenos Aires.
- Wikinski, M. (2016). *El trabajo del testigo*. Editorial La cebra. Buenos Aires.