

El trabajo en red y la subjetividad

Presentación en la UOC - 17 de octubre de 2015

Ponente: Rut Sonnabend

Dividiré esta presentación en tres apartados:

- 1- Que es el trabajo en red.
- 2- La atención en los CRAES, centros residenciales de acción educativa.
- 3- El síntoma social.

La coyuntura actual, marcada por una fuerte crisis del sistema, económica, pero sobre todo crisis de confianza que abarca todos los ámbitos (la política, finanzas, convivencia social) ha exacerbado la emergencia de nuevos paradigmas, es decir nuevos modelos en la relación asistencial. La transformación de la relación asistencial en los diferentes ámbitos (clínico, social y educativo) viene de antiguo, pero la crisis actual lo ha desvelado de una manera más cruda.

El modelo tradicional, podríamos decir, pasaba por la relación privilegiada entre el paciente y el médico, clínico definido como especialista de la salud: médico, psiquiatra, psicólogo. Basado en la autoridad absoluta del profesional en lo referente al tratamiento del malestar, se basaba en el total saber del profesional al que el paciente le suponía sin cuestionamientos. Diálogo privado e íntimo, basado en el secreto profesional y en la total confianza.

Con la postmodernidad se inicia la consideración, ya no del paciente, sino del usuario, el cambio de terminología no es un mero cambio de significantes, esto conlleva a una modificación radical de la modalidad de vínculo asistencial, comienzan a contemplarse los derechos de los usuarios, y cambia la mirada del paciente hacia el profesional, lo cual mina la autoridad, hasta entonces absoluta del profesional, autoridad que pasa de ser absoluta a ser relativizada con la inclusión de otros.

Su saber se relativiza, y se pone en juego otros saberes: la psicología, la educación y lo social y surge lo que en una época se llamaba la atención biopsicosocial.

Hoy esta idea se cuestiona, pues pareciera más un multiculturalismo profesional que un enfoque suficientemente fundamentado según la reflexión de Gabbard y Kay.

Nos encontramos así, en nuestra época con una desconfianza cada vez mayor del paciente, usuario, desconfianza que se extiende a otros ámbitos, como el alumno hacia el profesor o maestro, cuestión que se materializa en la búsqueda de la segunda opinión, falta de adherencia al tratamiento, reclamaciones de los usuarios, rechazo de lo prescripto, abandonos del tratamiento, y los episodios de violencia en centros sanitarios y sociales, son un claro signo de la pérdida de confianza en la relación asistencial. Sin explayarme en el fraude o engaño. Surge el miedo en los profesionales por las posibles denuncias o amenazas y el establecimiento de medidas preventivas ante dichas circunstancias.

Por otro lado asistimos como efecto de la crisis económica, y no solo por esta causa a la pérdida de calidad y cantidad en el vínculo clínico-paciente. Este encuentro que requiere la escucha, el diálogo, basado en la singularidad de cada caso, encuentros con cierta constancia y regularidad, se ha transformado en encuentros de corta duración, mediados por el ordenador y la burocracia exigida en la cumplimentación de ciertos protocolos.

En fin, no me extenderé más en estos aspectos, que todos ustedes conocen bien, ya que todos somos usuarios de la red asistencial, estas características configuran una nueva realidad: mala praxis, bajas profesionales, burn-out.

Esta nueva realidad es efecto de un ilusionismo reduccionista que trata la complejidad del real que abordamos mediante respuestas simplificadoras. Si bien el ideal de optimizar los recursos, enmascara y disfraza la realidad que nos enfrentamos en la red asistencial: concepción determinista del saber y del sujeto humano, interacción entre las disciplinas que borra las diferencias y un supuesto organizativo que responde cada vez más a operaciones de vigilancia y control.

Qué podemos decir de las prácticas de red, muchas de ellas muestran las características de la sociedad actual en relación a la información y nuevas tecnologías, su ciclo de existencia es efímero. Es así que se ponen en marcha con gran entusiasmo y con la voluntad de trascender, pero en muchos casos estos proyectos no pasan de su etapa de puesta en marcha y permanecen en stand by.

Una práctica en red, tal como hoy se ha puesto en práctica en muchos servicios asistenciales, educativos, sociales y clínicos tiene claro un axioma: todos deben obtener un beneficio: los destinatarios: familias y sujetos y también los profesionales. El trabajo en red permite evitar un internamiento, o la buena ejecución de una estrategia, en fin favorecer al sujeto y a las familias y el beneficio es para los profesionales en la cooperación mutua y entre los servicios que participan. Es la posibilidad de la implementación de programas asistenciales transversales.

Permite el aumento del conocimiento, sea del caso o de la situación donde se interviene o bien de la propia metodología del trabajo en red, es un beneficio que incide en el profesional, disminuyendo la angustia que a veces produce el trabajo en solitario y en hipótesis de trabajo compartidas. Se trata de un beneficio por la metodología, la organización y la ética.

Objetivo: ya no es la búsqueda de La verdad entendida como última y definitiva, se trata de una conversación entre varios. Ya no hay el oráculo que pronuncia la sanción definitiva y es por eso que proliferan los comités de ética.

Los aspectos básicos del trabajo en red incluyen la organización, frente a la improvisación.

Interdisciplinariedad como patrón de relación entre los profesionales.

Orientación: como finalidad primordial del trabajo compartido. Debe haber un consenso entre los participantes en querer trabajar bajo esta modalidad.

Sostenibilidad: en la orientación y que cada uno sostenga en su acto, sea educativo, clínico o social, sin verse empujado por la urgencia o presión institucional, evitando el pasaje al acto de los profesionales y de los mismos sujetos o familias.

El trabajo en red plantea dificultades en la implementación de estas prácticas colaborativas, en especial en un colectivo vulnerable que es la infancia en riesgo. Las principales tienen que ver con las resistencias de los profesionales, el traspaso de la información, y con las cargas de trabajo propias del modelo actual.

Para ir finalizando este apartado diría que las prácticas en red no son procedimientos a idealizar, no resuelven todo ni deben ser pensadas en esa lógica. Más bien parten de una lógica del no todo. Cómo captar ese real que está en juego en nuestra práctica y que no puede ser captado por la estadística, ni por la homogeneización del malestar. Lo mismo con las evidencias científicas que entre otras cuestiones plantean el tratamiento único para determinadas dolencias o malestares.

Se trata de que cada uno, profesionales y usuarios asuman su responsabilidad, el trabajo en red es una práctica que pone de manifiesto que además de ser eficaces, eficientes, son favorables para la prevención para la estigmatización y la enfermedad.

¿Y específicamente en la red de salud mental, de qué se trata? Apostamos por un trabajo en Red en el que cada caso encuentre un recorrido singular en una serie de ofertas asistenciales.

Implica acuerdos, estrategias, puesta en común del caso. Implica posibilidades y limitaciones del sujeto y de cada ámbito. La red como tal, es algo ficticio y contiene diferentes sentidos según quién pronuncie el término. Es necesario hacerlo funcionar.

2. CRAES

La atención en Salud Mental de los niños y adolescentes desamparados y tutelados bajo la guarda y custodia en acogida en familia extensa o centros residenciales dependientes de la DGAI se hacía en régimen privado o sin soporte económico regulado, hasta 1997. En ese año se firma el convenio entre la red de salud mental infanto-juvenil de asistencia clínica a los niños tutelados por la DGAI. Antes existía una colaboración entre el departamento de Sanidad y Bienestar Social.

Los tres ejes de colaboración: atención en salud mental de los niños que lo requerían, diagnóstico, y tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico.

Asesoramiento a los profesionales de los centros residenciales y análisis de los conflictos.

Formación a los educadores y personal de los Craes.

Es imposible una atención clínica que no contemple un verdadero trabajo en red con los profesionales de los dispositivos que intervendrán en el entorno de cada caso.

Los pacientes presentan graves problemas de aprendizaje y/o fracaso escolar, problemas conductuales, estar afectados por situaciones traumáticas, y luego el sentimiento de muchos

de los niños y adolescentes en el vínculo con los dispositivos EAIA, ya que no es una relación aceptada, por regular la modalidad del vínculo familiar, las vacaciones, el retorno o no a la familia por lo que dicha relación es conflictiva y vivida como persecutoria e injusta.

Entonces qué puede aportar el psicoanálisis frente a ese real que desborda al sujeto y a los mismos profesionales, ya sea que se trate de adicciones, violencia, infancia en riesgo, fracasos, rupturas, exclusiones. Y con esta pregunta introduzco el tercer punto acerca del síntoma social, pero antes me permitiréis hacer un breve recorrido sobre la consideración de la infancia en la historia y luego poder hablar de la cuestión social y psicoanálisis.

La infancia adquiere un lugar valorado en el siglo XX, lugar que no está desligado de la nueva estructura familiar.

Familia es un constructo social, no es algo natural, es en cada momento histórico y en cada cultura una construcción social que cobra distintas formas.

Es una institución social, resistente a las transformaciones que cobra formas y valores particulares.

Haciendo algo de historia: es en el siglo XVI que se produce el pasaje de la familia medieval a la familia moderna.

En la edad moderna se construye el ámbito doméstico, y el control social.

Y comienza una progresiva individualización del niño y su consideración como persona.

Y en otro orden de cuestiones pero ligado al niño, hasta hace algunas décadas en nuestra sociedad occidental, lo social, biológico y legal parecían indisociables, ya que aquél a quien se consideraba socialmente como padre era al mismo tiempo genitor, el que se ocupa del niño en su casa y designado por la ley como tal.

Ahora estos tres componentes se independizan.

El psicoanálisis no descuida el valor de la familia biológica ya que no le es indiferente el lugar que ha ocupado el ser que viene al mundo para aquellos que lo concibieron. A veces es tratado como puro ser biológico, para ser explotado, etc.

El psicoanálisis explica y rompe el mito del instinto materno, no siempre se quiere el bien para los hijos.

“Como sostener una hipótesis como la del inconsciente, leemos en J. Lacan, sino se ve que es la manera que tuvo el sujeto de estar impregnado por el lenguaje. El psicoanálisis nos enseña la importancia que tiene para el sujeto, aquello que en ese entonces no era nada, la manera en que fue deseado. Hay gente que vive bajo el efecto, que durará largo tiempo en sus vidas, bajo el efecto del hecho de que uno de los padres, no preciso cuál de ellos, no lo deseó. Este es el verdadero texto de nuestra experiencia cotidiana”.

“Los padres, sigue la cita, modelan al sujeto en esa función que titulé como simbolismo. Lo que quiere decir, estrictamente, no que el niño es el principio del símbolo, sino que la manera en que sido instilado un modo de hablar, no puede sino llevar la marca del modo bajo el cual lo aceptaron sus padres. Esto presenta toda una suerte de variaciones y de aventuras. Incluso un niño no deseado, en nombre de no se qué que surge de sus primeros bullicios, puede ser mejor acogido más tarde. Esto no impide que algo conserve la marca del hecho de que el deseo no existía antes de cierta fecha”.

Para el psicoanálisis la historia del sujeto no es ajena a la historia de sus padres. Cabe aquí hacer una precisión pues hablar de historia no es lo mismo que hablar de biografía.

Biografía es el relato de los acontecimientos. El autor de la biografía no necesariamente coincide con el autor de esa vida. La biografía va del nacimiento a la muerte.

Historia, en el sentido que aquí lo tomamos, implica una construcción individual ordenada no desde la exactitud de los hechos o acontecimientos, no desde la exactitud, no desde lo verdadero del acontecimiento, sino desde lo que es verdad para quien construye la historia, y trasciende así los límites de la vida. Cada uno construye su propia historia desde su realidad psíquica. La historia se reconstruye cuando se re-significa el hecho histórico.

Y es en este punto donde el psicoanálisis entra en acción siempre y cuando el sujeto consienta.

Desamparo a diferencia de abandono significa que la desprotección puede encontrarse en el mismo seno de la familia. El desamparo puede encontrarse por ejemplo con una presencia masiva de los padres.

El estado ofrece frente a esta situación de desamparo asistencia, protección y educación.

¿Pero qué ocurre frente a este ofrecimiento?

Que choca, en lugar de converger, con los significantes propios de cada niño y con las significaciones también particulares que ha dado a su historia. De ahí surge el conflicto entre los educadores portadores de una demanda de normalización y el niño con su particularidad. El conflicto es el lugar privilegiado y estructural para el trabajo.

Se trata de abrir el enigma, el enigma de lo que sucede en un determinado sujeto, en esta ocasión un niño determinado, que a través de su desobediencia manifiesta su malestar, tendríamos que construir junto a él el significado de su conducta. En el trabajo con otros esto implica abrir una pregunta y soportar cierta ignorancia.

Una mala conducta esconde una palabra que no se dice y la respuesta a tratar de hacer cumplir la norma puede comportar dos posibilidades: tratar de hacerla cumplir a toda costa o bien convertir la conducta en llamado. Darle valor de mensaje es hacer existir otro que escuche, que quiera recibir el mensaje para que pueda ser transformado en demanda. El trabajo educativo no es domesticar.

4- ¿Y por último, que puede aportar el psicoanálisis a la comprensión de los fenómenos colectivos y sociales?

Si el tratamiento es caso por caso que podría aportar entonces el psicoanálisis-
¿Puede ir más allá de una clínica de lo particular?

Aplicar el psicoanálisis en el campo de lo social es lo contrario de promover una
reducción de lo social a lo individual.

No se trata de imponer una disciplina al análisis de lo social, ni de promover el
imperialismo de una disciplina sobre otra.

El psicoanálisis es el conocimiento de las leyes del inconsciente, no le da derecho ni le
autoriza a una revisión del mundo.

Pero con qué hipótesis nos manejamos: Existe una dimensión social del síntoma.

Es decir que esta hipótesis permite establecer un puente entre el saber del síntoma y
el saber de la cultura. Permite articular la relación del saber del síntoma y del saber de
la cultura.

Freud ya planteaba que las psiconeurosis son la respuesta a un imposible de vida
inscripto en lo imposible mismo de la cultura. La empresa civilizadora intenta aplacar y
erradicar la vertiente destructiva de la pulsión, propia de la naturaleza humana y así
regular las relaciones de los hombres entre sí perturbadas a menudo por este aspecto
mortífero que les es propio.

Desde sus inicios Freud estudia la problemática del campo social, cuando intenta
aclarar el hecho cultural por sus síntomas y cuando intenta encontrar el origen del
malestar en la renuncia pulsional impuesta por la cultura.

Y para comprender el aporte del psicoanálisis, tenemos que abordar los efectos
inconscientes a través de la vía simbólica.

El lugar de la pulsión de muerte es el espacio privilegiado para entender esa
satisfacción paradójica que da cuenta de todos aquellos actos que van en contra de la
regla, la lógica de la muerte y del goce destructivo. El síntoma reúne esos dos aspectos
por un lado satisfacción y por otro goce destructivo.

El psicoanálisis no se reducía para Freud al tratamiento terapéutico, ampliaba su
campo a un procedimiento de investigación, un método de tratamiento, y una nueva
disciplina científica.

