

Alojamiento de la subjetividad en escenarios de catástrofe

Discursos institucionales y función analista

Accommodation of Subjectivity in Catastrophe Scenarios Institutional Discourses and the Analytic Function

Por Agustín Federico Fernándezⁱ

RESUMEN

La experiencia de la pandemia COVID19 permitió resaltar que los escenarios de catástrofe comunitaria son lugares a los que estamos llamados a intervenir quienes nos vinculamos, de una u otra forma, al campo de la salud mental. Por mi parte, propongo que, en el escenario de catástrofes, el analista puede tener algo para hacer ahí. Ahora bien, que esté la apuesta, no quiere decir que la cuestión quede saldada, sino más bien lo contrario: ¿Qué hace el psicoanalista en un escenario de catástrofe? ¿Cómo operar? ¿Cómo posicionarse de un modo que habilite la circulación de la palabra y alojar algo de la emergencia del sujeto, en un escenario donde los tiempos y las lógicas se plantean de un modo tan heterogéneo, donde la vida y la muerte, la interrupción de la cotidianeidad y las mínimas condiciones, son quienes abren la partida y marcan el pulso?

Palabras clave: Psicoanálisis, Catástrofe, Función, Interdiscursividad

ABSTRACT

The experience of the COVID-19 pandemic has highlighted that community disaster scenarios are places where those of us connected, in one way or another, to the field of mental health are called to intervene. For my part, I propose that, in disaster scenarios, the analyst may have something to do there. Now, the fact that the stakes are high doesn't mean the question is settled, but rather the opposite: What does the psychoanalyst do in a disaster scenario? How do they operate? How do they position themselves in a way that enables the circulation of speech and accommodates some of the subject's emergence, in a scenario where time and logic are posed in such a heterogeneous way, where life and death, the interruption of everyday life and minimal conditions, are what open the game and set the tone?

Keywords: Psychoanalysis, Catastrophe, Function, Interdiscursivity.

ⁱUniversidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Licenciado en Psicología, y Especialista en clínica con orientación psicoanalítica, UBA.

Universidad de Buenos Aires (UBA). Secretaría de Ciencia y Técnica (UBACyT). Investigador. Buenos Aires, Argentina.
E-mail agustin.fernandez83@gmail.com

Introducción

La experiencia de la pandemia COVID19 permitió resaltar que los escenarios de catástrofe comunitaria son lugares a los que estamos llamados a intervenir quienes nos vinculamos, de una u otra forma, al campo de la salud mental. Por mi parte, propongo que, en el escenario de catástrofes, el analista puede tener algo para hacer ahí.

Ahora bien, que esté la apuesta, no quiere decir que la cuestión quede saldada, sino más bien lo contrario: ¿Qué hace el psicoanalista en un escenario de catástrofe? ¿Cómo operar? ¿Cómo posicionarse de un modo que habilite la circulación de la palabra y alojar algo de la emergencia del sujeto, en un escenario donde los tiempos y las lógicas se plantean de un modo tan heterogéneo, donde la vida y la muerte, la interrupción de la cotidianidad y las mínimas condiciones, son quienes abren la partida y marcan el pulso?

A continuación presentaré un recorte de relato de experiencia de intervención en salud con articulación teórica que buscará situar las posibilidades de alojar la subjetividad desde el marco del psicoanálisis en escenarios de catástrofe y emergencia comunitaria a partir de distinguir lo propio de la dimensión de cuidado de la salud y sus discursos institucionales en tanto demarcan un rol para el psicólogo, de la función analista (Salomone, 2006) en tanto posición en la escucha y los movimientos necesarios que dicha función requiere.

1. Relato de experiencia: Escuela bomba

A partir de una convocatoria del Director de Salud Mental del municipio, quienes pertenecemos a la red de trabajadores de salud mental somos convocados, al mismo tiempo que anoticiados del evento, a intervenir en una situación de emergencia socio sanitaria: por motivos que se desconocían al momento, explota la caldera de una escuela de la zona socio-sanitaria en la que me encontraba trabajando. Hay destrucción de parte del edificio, algunos heridos, dos personas fallecidas y toda una comunidad conmocionada.

Acordamos con el director de la Dirección de Salud Mental que me acercara al velorio del día siguiente. Sin embargo, tomando en cuenta que los coches fúnebres pasarían por la escuela a modo de “último adiós” y entendí que era importante acompañar rituales y simplemente hacer saber de mi presencia y oferta de escucha¹ (Freud, 1913).

Mucha gente se hallaba presente y se había armado un altar en el frente de la escuela: velas, fotos, algunos mensajes pidiendo justicia.

Una niña con la que converso me hace observar la destrucción de su salón y entiendo que no había respuesta que pudiera estar a la altura más que un silencio que fuera capaz de alojar.

Ante mi presentación como psicólogo, ofreciendo ayuda en lo que fuera posible, otro niño me plantea que le gustaría organizar un rezo conjunto y le ayudo a convo-

car algunos interesados.

El segundo día se hizo presente el Portal Saludable Móvil, que daba otro marco a la escena. Había mucha gente que hacía fila para el consultorio de enfermería, pediatría y clínica. No necesariamente vinculados al hecho, pero sí vecinos e integrantes de la comunidad de la escuela. Fuimos con una concurrente y nos recibió una funcionaria de salud: “acá les reservamos un consultorio para que puedan recibir a la gente. Ya se acercó esta señora que está muy angustiada. Los que vayan llegando les voy a decir que hagan fila”.

Esta última declaración resulta propicia para interrumpir el relato de experiencia e introducir algunos interrogantes que surgieron entonces y desarrollar algunas conceptualizaciones pertinentes para producir una relectura de esta.

Derechos y subjetividad: lógicas heterogéneas

Para comenzar, se destaca con Salomone (2011) la importancia de considerar que las tareas asignadas para nuestra intervención, nuestro rol designado institucionalmente, se inscribe en un marco de interdiscursividad e interdisciplinariedad, con lógicas diversas y heterogéneas.

El campo más general de la salud mental se encuentra atravesado por la lógica del paradigma de derechos, con una fuerte impronta del discurso jurídico. Así, aparecen niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos en términos jurídicos. Salomone sostiene que se trata de un entramado discursivo pensado desde la lógica de lo general, del para todos, distinto a lo que ocurre en el discurso de la subjetividad, cuyo padecimiento es singular. Asimismo, ese sujeto está planteado en dos lógicas distintas: la de lo general, como un marco común de intervención desde donde nos convocan, y la de lo singular, donde alguien puede ponerse a hablar y, eventualmente, sostener una demanda singular.

Salomone ubica así la importancia de que las intervenciones articulen ambas dimensiones, la normativa (en términos del derecho y sus discursos institucionales) y la del padecimiento singular. Así como desde el paradigma actual se plantea que será necesario resguardar y garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes, en tanto sujetos de derecho, como un marco de intervención general, si esta intervención no es enlazada con la lógica del padecimiento singular –a veces contradictoria y paradójica–, se vulneran los mismos derechos que se quería resguardar, u otros de igual importancia. De esta manera, entendemos que trabajar con la subjetividad en salud pública requiere de una lectura suplementaria y algunos movimientos que le hagan lugar, con sus tiempos y sus lógicas de lo singular en ese campo de lo general (Ídem).

Tomemos como ejemplo las situaciones de testimonios en cámara Gesell.

Se entiende que es por el bien del sujeto. Se tiene en cuenta su derecho a ser escuchado y a resguardar su integridad. Asimismo, si se fuerza la declaración en tiempos que no son los que el sujeto requiere... se violen-

ta su integridad.

Con esta misma lógica podemos abordar el derecho a la salud: si no se escuchan los tiempos del sujeto, ¿se lo escucha realmente?

1. En el inicio: escucha empática y abierta

Para el trabajo con la subjetividad nos posicionamos desde el psicoanálisis, pero entonces surge la pregunta operativa de cómo proceder respecto al marco del dispositivo. ¿Cómo armar las condiciones para la palabra en tanto estas no boicoteen cualquier posibilidad de realizar cualquier recorrido subjetivo?

En primer lugar, tomamos una indicación general de Freud que tiene que ver con los inicios de los tratamientos.

Se pregunta ¿cuándo empezar a hacer preguntas al paciente? ¿Cuándo es oportuno iniciarlo en las premisas y procedimientos técnicos del análisis? Y se responde lo siguiente: “no antes de que se haya establecido en el paciente una transferencia operativa, un *rapport* en regla” (1913). Es decir, que lo primero será ocuparse del lazo con quien nos hable, situarse como disponible, testimoniar –dice Freud–, un serio interés por lo que nos cuenta.

A continuación, señala algunas cuestiones a evitar. Fundamentalmente, tomar un punto de vista moralizante, o bien como subrogante de una parte interesada, como ser “el otro miembro de la pareja conyugal” (Ídem).

Vale entonces situar estas nociones en relación con la intervención. Digamos que será un punto importante evitar posicionarse como subrogante de la institución, en tanto parte interesada. Interesada en la salud, por ejemplo: “vengo a cuidar de su salud en nombre de la secretaria”, “vengo a ayudarlo con su trauma”, “con su pérdida”, etc.

2. Tiempos de la urgencia

Una cuestión fundamental para considerar en la intervención es la cuestión del tiempo. En línea con lo que venimos situando, Inés Sotelo (2015) plantea la diversidad de discursos en juego, donde se entrecruzan distintas formas de contabilizar y problematizar la dimensión temporal. Cita, por ejemplo, la investigación de Alejandra Rojas et al. (2011), donde se recortan tres elementos o puntos problemáticos para el psicoanálisis en el ámbito del hospital público: el tiempo o duración de las sesiones, la “atemporalidad del inconsciente” y el final de los tratamientos (Sotelo, 2015, p. 99). Entendemos que se trata de un recorte que plantea problemas en común con lo que ocurre en el contexto de catástrofes: se trata de tiempos establecidos (aunque flexibles) para la intervención que además suponen una lógica causal entre la situación disruptiva y los puntos hacia donde se dirige la intervención. Se trata de una perspectiva general en la que se engloban distintas disciplinas que hacen a una mirada integral en salud, pero que presentan heterogeneidades.

La OMS/OPS ubica esos tiempos: Inicial; Intermedio; Conclusivo.

Puede ocurrir entonces que, tal como planteamos, esta lógica presente una coherencia mayor con ciertas disciplinas (jurídicas, comunitarias, médicas, etc.) que con otras como las que hacen a la subjetividad y en particular para el sujeto con el que trabaja el psicoanálisis. En este último caso, lo traumático no está dado por la situación en sí –el hecho– que pudiera tener una propiedad traumatizante. Lo traumático se verifica, o no, en los efectos y en la palabra del sujeto. Una de sus formas es la urgencia subjetiva. Inés Sotelo la ubica en una relación particular de los tiempos subjetivos.

Siguiendo a Lacan en su planteo del tiempo lógico (1945), ubica un primer tiempo como instante de ver en el que se revela alguna forma de relación a la verdad traumática que interpela y divide al sujeto. Un tercer tiempo en que pasa al acto y un tiempo intermedio que se trata de toda la producción simbólica necesaria para situarse respecto de esa verdad subjetiva. Subraya asimismo la prisa, en tanto es necesaria para concluir ese tiempo de comprender ya que la alternativa se presenta como “demasiado tarde” para captar esa verdad fugaz en su emergencia evanescente (Sotelo, 2015).

En la situación de urgencia, Inés Sotelo la entiende como “una ruptura aguda de la cadena significante” (p.104), lo que genera como efecto “un colapso temporal entre el instante de ver y el momento de concluir” (Ídem). Queda en este caso el sujeto del lado del resto.

Una primera cuestión que podemos extraer de este sucinto recorrido es subrayar las diferencias respecto al modo en que las instituciones conceptualizan el tiempo (cronológico²) y operan a partir de esta conceptualización y, por otro lado, el modo en que el psicoanálisis conceptualiza el tiempo del sujeto dividido (lógico).

En segundo lugar, podemos ubicar una dirección a tomar respecto al despliegue de la palabra, en tanto se vuelve necesario, frente al “no hay tiempo” de la urgencia, poder habilitar “según las particularidades presentes en cada caso, un paréntesis, un tiempo mediante el despliegue del relato, que permita producir un sujeto” (Ídem).

Entonces, armar un paréntesis, donde se hacen algunos acuerdos respecto del orden –por ej: primero niños, niñas y adolescentes, luego adultos, luego docentes, etc.–, se invita a conversar, a empezar a armar un primer relato de lo sucedido y, llegado el caso, a abrir un tiempo de interrogación en análisis.

¿Cuál podría ser la manera más apropiada, de acuerdo con el contexto? ¿Cómo ir instalando ciertas condiciones necesarias para un primer despliegue de la palabra?

3. Acerca de la táctica: resonancias íntimas

Posicionados desde la lógica del psicoanálisis, tomamos con Lacan (1958) al inconsciente como política, la estrategia estará ligada a los avatares de la transferencia –que incluye los modos de lazo– y en cuanto a la táctica, es el lugar de mayor libertad de acción.

Así, optamos en este caso por un formato grupal que

diera la posibilidad de poner en palabras algo de lo que se estaba viviendo, a la vez que diera lugar al surgimiento de lo que Fernando Ulloa llama resonancias íntimas (2011), que no están aseguradas ni dadas de antemano y que, en ese movimiento, estuviera la posibilidad de optar por comprometerse o no con eso que se estaba viviendo. Incluso, con la formulación de una pregunta, un interrogante íntimo. El diseño de esta modalidad surge además de una lectura clínica (Salomone, 2011) respecto de las características de la situación en la que nos solicitaban intervenir.

Cuando Fernando Ulloa presenta esta noción, lo hace en relación a lo que sucede en lo que llama un proceso perelaborativo (2011). Cuando los efectos surgidos en esa perelaboración se juegan en términos de curiosidad, se acrecienta la condición de resonancia íntima frente a lo que el otro dice, haciendo propicia una respuesta. Por lo contrario, cuando lo que prevalece es el saber cruel, se tratará de intimidaciones que hacen desaparecer ese eco necesario para una producción.

Esa diferencia entre “curiosidad” y “saber cruel” lo plantea en función de la posición que adopte el oyente. En este caso, el “saber cruel” puede ubicarse como un forzamiento a hablar, incluso en términos de una supuesta salud, como algo supuestamente saludable. Una suerte de confesionario obligado, pero en términos de la salud de la mente y no ya de la absolución del alma (Foucault, 1976). Algo que, por otra parte, en términos de Hugo Spinelli (2024) podríamos ubicar como una estandarización y burocratización del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, en tanto ese proceso, por naturaleza flexible, se rigidiza, dejando por fuera el papel de lo subjetivo en los espacios de producción de cuidado.

Una lógica mecanicista (Spinelli, 2018) que buscara “reparar” lo supuestamente roto por el trauma. La diferencia central de esta posición de “saber cruel” con la ética del psicoanálisis la ubicamos en que estas nociones suponen ya lo roto a reparar, aplastando cualquier lugar que posibilitara la emergencia del sujeto, inesperado por definición.

La decisión de intervenir proponiendo una modificación de la propuesta inicial para nuestra tarea, considerando a su vez el escenario que propone el campo multidisciplinario en juego de la salud en contexto de catástrofe, a partir de considerar lo subjetivo en juego, es lo que denominamos con Salomone lectura clínica.

Retomando y resumiendo lo relatado previamente, en este caso se optó por utilizar el espacio común del campo lindero a la escuela y un armado grupal. Este formato se sostenía en la lógica de subrayar dos elementos. Por un lado, en función de invitar a intercambiar que pudiera motivar o convocar significaciones diversas para cada quien. A su vez, también marcar una diferencia respecto del Portal Saludable, que presenta al consultorio psicológico en serie con el de revisión pediátrica, el de vacunación y otros, donde la lógica de atención no es, justamente, la misma.

A partir de este armado, en un segundo momento fueron surgiendo algunas personas que solicitaban entrevistas individuales, ya sea porque requerían tocar temas

más “privados” o porque algo empezaba a hacerles pregunta³.

Teniendo en cuenta que para el sujeto lo traumático no está dado de antemano, sino en un futuro anterior que puntúa la retroactividad del inconsciente (Lacan, 1956), se fue armando un dispositivo de escucha en el que fuera alojado ese instante de ver en que puede surgir lo angustiante, pero, de ahí a la prisa por concluir que caracteriza la urgencia subjetiva (Sotelo, 2015), se pueda habilitar un tiempo segundo, un tiempo de comprender.

Algunos interrogantes y conclusiones parciales

¿Qué tiene para hacer el practicante del psicoanálisis en escenarios de catástrofe, donde las condiciones son tan distintas y las variables que intervienen son diversas? O bien, esta otra pregunta que se desprende de la anterior: ¿pueden darse condiciones para la Palabra, en el sentido en que implica la potencialidad de la emergencia de un sujeto? Esta segunda pregunta parece ya un principio de respuesta.

Orientarse por la búsqueda del establecimiento de las condiciones para la Palabra, pero ubicando que no se trata de un “ponerse a hablar” de cualquier forma, cueste lo que cueste. No puede ser una *indicación* de salud: “hable porque le va a hacer bien” y “que en lo posible sea con un psicólogo, que son los que saben”. En todo caso, será una invitación a quien se sienta convocado. Que alguien haya pasado por una situación de catástrofe, no necesariamente implica que *deba* ponerse a hablar del tema. Luego, en la táctica, donde hay más libertad de movimiento, en este caso se planteó un espacio grupal como un modo de poner a jugar cierta dimensión pública que tenía el suceso, pero no sin que alguien pudiera estar escuchando en función analista, atendiendo a las resonancias íntimas para cada quien, dando lugar a que pudieran surgir interrogantes íntimos que requirieran continuidad en un espacio individual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fernández, A. (2021). Ética y erótica del cuidado: del campo normativo a la dimensión clínica en las experiencias de intervención en Pandemia COVID19. En *Memorias del XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores del MerCoSur*. En: <http://jmemorias.psi.uba.ar/index.aspx?anio=2021>
- Foucault, M. (1976). Historia de la sexualidad. Tomo I. *La voluntad de saber*. México D.F.: Siglo XXI.
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras Completas Vol. XII*. Bs. As.: Paidós.
- Lacan, J. (1945). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. En *Escritos 1*. Bs. As.: Ed. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1956). El seminario de la carta robada. En *Escritos 1*. Bs. As.: Ed. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2*. Bs. As.: Ed. Siglo XXI.

- Salomone, G. Z. (2006). Rol y función profesional. En Salomone, G. Z. y Domínguez, M. E. (2006) *La transmisión de la ética. Clínica y deontología vol. I: Fundamentos*. Bs. As.: Ed. Letra Viva
- Salomone, G. Z. (2011). Discursos Institucionales. Lecturas clínicas. En Salomone, G. Z. comp. (2011) *Discursos Institucionales. Lecturas clínicas*. Bs. As.: Letra Viva.
- Sotelo, I. (2005). ¿Por qué un psicoanalista en la institución? En Sotelo, I. (2005). *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*.
- Sotelo, I. (2015). La urgencia y el tiempo. En Sotelo, I (2015) *DATUS. Dispositivo Analítico para Tratamientos de Urgencias Subjetivas*.
- Spinelli, H. (2018). Máquinas y arte-sanos. En *Revista Salud Colectiva*. Vol. 14 Núm. 13: Dossier Aborto. En: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1823>
- Spinelli, H. (2024). Juegos y prácticas como micropolíticas en las instituciones sociales del Estado. En *Revista Salud Colectiva*. Vol. 20. En: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/4815#references>
- Ulloa, F. (2011). La producción de salud mental. En *Salud Elemental. Con toda la mar detrás*. Bs. As.: Ed. Libros del Zorzal.

NOTAS

¹Se trata de seguir la misma lógica que plantea Freud al inicio del tratamiento: escucha empática y disponible.

²Ver al respecto: recomendaciones de OMS y OPS para la intervención en desastres. Tiempo de inicio (primeras 72 hs), Tiempo intermedio (después de las primeras 72 hs y hasta los 30 días posteriores) y momento poscrítico (luego de los 30 días aproximadamente).

³ Tal el caso de una mujer que había presenciado los efectos de la explosión y los cuerpos caídos que ubica durante una de las actividades de escritura los ecos de la pérdida de una bebé ocurrido varios años atrás.