



“LA CAPACIDAD DE AMAR(SE)”:
TRANSFORMACIONES
(RE)SUBJETIVANTES EN EL
PROGRAMA MUNICIPAL DE
ATENCIÓN EN ADICCIONES DE
PIMANAR.

Trabajo de investigación Cualitativo –Estudio de Caso
intrínseco. INÉDITO

*Autores: Frisoli, Luis;González, Luciano
R;Roda Zoppi, Alejandro;Altamirano
Raminger, Cintia S.*

RESUMEN

Título: “La capacidad de amar(se)”: Transformaciones (re)subjetivantes en el programa municipal de atención en adicciones de Pinamar.
Autores: Frisoli, Luis C; González, Luciano R; Roda Zoppi, Alejandro M; Altamirano Raminger, Cintia S.
CAPS Valeria del Mar, Partido de Pinamar, Provincia de Buenos Aires. Calle Guanca y El Cano. CP: B7166. Tel: 2241-534225. Mail: csaltamiranoraminger@gmail.com
Trabajo de Investigación Cualitativo. Estudio de caso intrínseco
Categoría Temática: Clínica Ampliada/ Atención de problemas de salud-enfermedad-cuidado
INÉDITO
<p>En un escenario donde la comunidad buscaba ser escuchada, un grupo de profesionales se encuentra para alojar el pedido de ayuda: nace así, desde el Primer Nivel de Atención, el Programa Municipal de Atención en Adicciones, conocido como PMA. ¿Qué transformaciones (Re)subjetivantes expresan las personas que participan del entramado pluriterapéutico que ofrece el PMA del Municipio de Pinamar, entre los años 2020 y 2023? Sentimos la necesidad de dar cuenta de nuestra práctica, que innova en cuanto al escenario terapéutico (el territorio, ‘lo ambulatorio’, ‘lo cotidiano’ no escindiendo a la persona de su contexto real) y al entretejido singular y grupal de ‘lo terapéutico’. Nos propusimos desde un estudio de caso intrínseco, caracterizar dichas transformaciones, profundizando en los movimientos subjetivantes que pueden reconocerse desde las evocaciones y en los registros –singulares y grupales- producidos por las personas padecientes, familiares y terapeutas que integran el PMA. A medida que profundizamos en el caso, encontramos que cada persona que transita el PMA, sea familiar, terapeuta o padeciente se mueve. Las historias de transformación se suceden, se recuperan en sus capacidades de amar(se). ¿Por qué el PMA lo logra? porque el entramado terapéutico ofrece la complejidad que cada persona necesita, en el lugar donde las personas habitan.</p>
Palabras Clave: Trastornos Relacionados con sustancias (Adicción), Atención Primaria de la Salud, Terapia Psicoanalítica, Terapia de grupo, Psicodrama.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Contexto de estudio. Aproximaciones al caso.....	4
Diseño.....	8
Resultados y Discusión.....	10
Transformaciones desde la psicocorporalidad y el psicodrama...10	
Transformaciones desde el movimiento y el detenimiento.....	12
Transformaciones: la ruptura del bucle. Volver al amor.....	14
Reflexiones para concluir.....	16
Bibliografía.....	18
Anexos.....	20

Importante, uso de lenguaje inclusivo: el equipo de investigación que realizamos el presente trabajo, adherimos a las recomendaciones del Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidades de la Nación Argentina (2021) donde en su guía (Re) Nombrar señala que: “elegimos expresar el momento de transición que atraviesa el lenguaje, en el que conviven distintas alternativas tendientes a promover una comunicación con perspectiva de género y diversidad desde diferentes miradas. Somos conscientes de que no hay una sola y única manera de nombrar el mundo, por el contrario, hay múltiples opciones para construirlo. Por eso, proponemos un uso alternativo de la “x” y de la “e”, para visibilizar las diferentes formas que el lenguaje inclusivo adopta y propone”.

“En este mundo que nos toca uno hace lo que puede, y si no lo compra hecho: en forma de pastilla. Si el mundo nos duele, antidepresivos. Si nos pone nerviosos, tranquilizantes. Si lo sentimos vacío, estimulantes. Si lo sentimos exigente, ansiolíticos. Si lo sentimos insomne, somníferos. Si lo sentimos frustrante, anfetaminas. En este mundo apurado y urgente, sin tiempo para fortalecer las debilidades, de a poco nos vamos enfrascando, cada uno en su frasco chico. O en frasco mediano o grande; o en cajas, tabletas o unidades sueltas.

Este mundo que nos toca será amarrete en muchas cosas, pero es muy generoso en pastillas. Pastillas para el amor, para el sexo, para bailar. Pastillas para dejar de fumar, para adelgazar, para no tener hambre. Pastillas para autobroncearse, para tener más músculos, para tener menos problemas. Pastillas para estar más arriba, para estar más abajo, para no estar. Pastillas para soportar la añoranza de una infancia perdida de pastillitas Punch. Pastillas para soportar la añoranza de una adolescencia dorada de pastillas de menta antes de besar. Pastillas para no recordar, para la memoria, para olvidar.

En este mundo que nos toca, con sus exigencias y su indiferencia, parece tan difícil alcanzar la felicidad que es tentador comprarla hecha, en forma de pastilla. Si el mundo nos resulta un poco hostil, media pastilla. Si nos resulta muy hostil, una entera. Si no hay tiempo para tratar el origen del descontento, sus causas y sus razones, alegría en miligramos. Si el descontento es porque sí, el doble de miligramos. Si no hay tiempo para tratar el origen del miedo que nos paraliza, sus causas y sus razones, una dosis de tranquilidad. Si el miedo es porque sí, dos dosis.

En este mundo en el que nos toca vivir, tan demandante de perfecciones, de éxitos individuales, de existencias superficiales, uno da lo que cree que puede dar, y el resto se lo pide prestado a las pastillas. Pastillas para distraerse; para no distraerse. Pastillas para descansar; pastillas para no estar cansado. Pastillas para no desear; para desear. Pastillas para aquietar lo que se ha movilizado; para movilizar lo que se ha quedado quieto. Pastillas para cortar una adicción y cambiarla por una adicción a las pastillas. Pastillas para cortar la adicción a las pastillas para cortar la adicción.

En este mundo que nos toca, en donde las debilidades están tan mal vistas, cada uno hace lo que puede con ellas, de a poco más enfrascados cada uno en su propio frasco. Y así de tranquilizados, de antideprimidos, de estimulados, de somnolientos, logramos afortunadamente aceptar este mundo que nos toca. No sea cosa que un día nos despertemos, y se nos antoje cambiar el mundo por uno en el que todos podamos ser de verdad felices”.

Urtizberea, M (2007)

INTRODUCCIÓN¹

A lo largo de la historia la capacidad de no ver, no oír, no sentir y negar, parecieron apoderarse del Partido de Pinamar. Gritos ahogados de desesperación y desesperanza constituían y daban cuerpo a un reclamo, velado, de muchas familias por sus seres queridos, quienes padecieron y aún hoy padecen una Adicción. Sigmund Freud (1897) definiría a la misma como un sustituto de un gran hábito primordial², entendiendo desde allí que -si es primordial- es constitutivo del Ser Humano, por lo tanto, es estructural. Entonces, abordar a las personas que padecen una adicción ¿implicaría recuperar/ habilitar/transformar estructuras? ¿Es posible modificar una estructura? Desde el Psicoanálisis no sería posible, entonces... ¿estamos “condenados” a ser Adictes? ¿Cómo se recupera quien padece una adicción? ¿Qué es lo que hay que recuperar? Una respuesta a este último interrogante emerge contundentemente: al Sujeto perdido en el consumo y en el silencio. Ahora bien, ¿solamente el Sujeto está perdido? ¿Qué sucede con quienes piden ayuda, las familias? ¿Acaso la red familiar padece una adicción? La Co-Adicción existe y el no ver, no oír, no sentir y negar también.

Desde este entretejido de preguntas, de búsquedas y encuentros, de oportunidades y compromisos emerge un proceso terapéutico del que da cuenta el presente trabajo de investigación: los reclamos hasta entonces velados, encontraron puerto en un equipo de profesionales que sumaron a visibilizar la necesidad, imperiosa, de crear un abordaje para esta problemática. Así surgió la ordenanza que da creación al Programa Municipal de Atención en Adicciones (en adelante, PMA) del Municipio de Pinamar.

Consideramos que el escenario progresista nacional en términos normativos a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010, nos reúne como trabajadores de salud del Primer Nivel de Atención para garantizar los derechos en ella expresos. Esta ley resulta de todos los movimientos y luchas por la restitución de la condición de sujetos de derechos a la ciudadanía que ha sido vulnerada y violentada en nombre de modelos terapéuticos hegemónicos³. Los

¹ La estructura de este informe final sigue las recomendaciones metodológicas y de comunicación propias del Estudio de Caso Intrínseco como Investigación Cualitativa según Stake, R (1995), explicitadas en su libro “The art of case study research”: en su capítulo 8 explica que “el informe de investigación tradicional, en el que se enuncia el problema, se revisa la bibliografía, se diseña, se recogen datos, se analiza y se concluye, es especialmente inadecuado como informe de un estudio de casos”. Ver: Stake, R (1995) Investigación con estudios de casos. Madrid: Ed. Morata –6ta Edición, 2020. ISBN: 978-84-7112-422-7; Aun así, intentamos transmitirles a continuación un informe que contemple las bases recomendadas por el Reglamento para la presentación de trabajos de investigación al XXXVIII Congreso de Medicina General, Equipos de Salud y Encuentros con la Comunidad, disponible en: http://www.famg.org.ar/images/reglamentos2023/FAMG_2023__XXXVII_CONGRESO_REGLAMENTO_TRABAJOS_DE_INVESTIGACION.pdf

² Freud, S (1897) Carta 79. Disponible en: https://www.psicopsi.com/carta_79_22_de_diciembre_de_1897-asp/

³ Cohen, F. y Lorenzo, D. (2017) “Marco Normativo” en *Seminario de Formación sobre Estrategias de Abordaje Territorial*. Buenos Aires, Sedronar.

movimientos que esta ley ordena, tienen que ver con entramados profundamente subjetivantes: de la incapacidad a la capacidad, del aislamiento a la integración comunitaria, de la hegemonía biomédica al acompañamiento integral e interdisciplinario, del peligro al riesgo, del abordaje punitivo a la salud territorial⁴. Pero también el escenario progresista de la gestión sanitaria del municipio, que en el mismo sentido epistémico nos encuentra como trabajadores que sentipensamos y vivenciamos a la Salud como un proceso dinámico y variable de todas las potencialidades humanas -biológicas, psicológicas, sociales, culturales, espirituales- y sus relaciones con la naturaleza, los vínculos con la familia y la comunidad, el amor, el agua, el aire, abrigo, alegría y arte, el trabajo seguro, la posibilidad de alimentarse de manera saludable y descansar en una vivienda digna⁵. Es en este sentir y hacer que consideramos que los acompañamientos son integrales en tanto se diseñan y ejecutan en función a las necesidades, valores y creencias de las personas, intentando lograr una profunda comprensión de la situación de cada una de ellas, de sus características y actitudes vitales, en lo personal, familiar, laboral, psicológico y social. Así, emerge una atención situada continuada y longitudinal en contraste con la atención episódica y esporádica que suele acontecer en los abordajes unidisciplinarios.

Un abordaje a la salud integral, implica necesariamente una aproximación a la realidad que permita una amplia comprensión de la compleja trama social y la búsqueda participativa de soluciones⁶, sólo posible desde una mirada interdisciplinaria que -sin dejar de respetar la especificidad de cada profesión- posibilite un espacio de construcción de saberes comunes, en una interacción creadora, entre integrantes del equipo de salud y el barrio. Planificar, implementar, observar, identificar, registrar, sistematizar, medir, interpretar, reflexionar, exponer y comunicar son acciones priorizadas en la actual gestión sanitaria del Municipio de Pinamar, acciones tendientes al encuentro para la significación de las experiencias cotidianas que los equipos del Primer Nivel de Atención proponen, ejecutan y sostienen. Es en este contexto que nos encontramos como equipo de investigación y nos preguntamos:

⁴ Recorrido desde el documento: Angelini, S. O., Larriou, A., Cámara, C. A., & Solé, H. (2015). *Derechos humanos y salud mental: La formación de estudiantes universitarios a los principios de la Ley Nacional 26.657*. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/55221>

⁵ Adaptado por el autor de: San Martín, H (1981) Definición de salud según Hernán San Martín. Conferencia mundial de la salud - Alma Ata, (P. 48); Monsalvo, J (2009). Las siete "A" de la Alegría. Disponible en: http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Las_siete_-A-_de_la_Alegremia.html; Payan, S (2008). Hacia Nuestra Propia Salud. El colectivo N°19, Disponible en: http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Hacia_Nuestra_Propia_Salud.html

⁶ Rovere, M (1999). *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).

¿Qué transformaciones (Re)subjettivantes expresan las personas que participan del entramado pluriterapéutico que ofrece el PMA del Municipio de Pinamar, entre los años 2020 y 2023?

En este entramado sentimos la necesidad de dar cuenta de nuestra práctica, que innova en cuanto al escenario terapéutico (el territorio, 'lo ambulatorio', 'lo cotidiano' no escindiendo a la persona de su contexto real) y al entretendido singular y grupal de 'lo terapéutico'. ¿Qué es ser adicto? ¿dejar de ser adicto es posible? No lo sabemos, pondremos en estudio nuestras creencias, conocimientos y vivencias. Fuimos descubriendo que el PMA muestra un modelo de trabajo peculiar, diferente, amalgama desde distintos lugares de saberes praxis que devienen en transformaciones que permiten al padeciente⁷ recuperar su vida o al menos la idea de ello.

Nos propusimos como objetivo general caracterizar⁸ dichas transformaciones, profundizando en los movimientos subjettivantes que pueden reconocerse desde las evocaciones y en los registros –singulares y grupales- producidos por las personas padecientes, familiares y terapeutas que integran el PMA. Para ello, iniciamos el recorrido sistematizando la información de todas las personas que lo integran desde enero de 2020 hasta junio de 2023. Luego, ya con esta información lograda, nos abocamos a identificar las transformaciones (re) subjettivantes, profundizando en su escenario terapéutico y participando de sus tramas diarias y semanales para lograr este documento que transmita a la comunidad –académica, política, educativa, técnica, científica y civil- lo que sucede en lo que metodológicamente llamamos 'Caso PMA Pinamar'.

Para ilustrar sucintamente algunas de las transformaciones que este caso nos ofrece, debemos señalar los modelos de abordaje terapéuticos que coexisten en nuestro país. Si bien el lograr un recorrido acabado por éstos excede los objetivos de nuestro estudio, queremos hacer algunos señalamientos⁹:

⁷ Este equipo de investigadores elige nominar a las personas que padecen de consumo problemático de sustancias –entre otros padecimientos- como 'padecientes' en reemplazo de las nominaciones 'usuaria' o 'paciente' dado que el reconocimiento del padecimiento es una de las transformaciones que acontecen durante el tratamiento en el caso en estudio. Así mismo denominamos 'familiares' a todas aquellas personas que conforman la red vincular afectiva más cercana al padeciente, sin que ello implique necesariamente consanguinidad. Tanto padecientes como familiares son sujetos de tratamiento en el entramado pluriterapéutico del PMA.

⁸ *objetivos descriptivos*. En este caso, se trata de acciones que plantean la producción de conocimiento para conocer cómo se comporta el fenómeno de estudio, cuál es el contexto espacio y temporal en que ocurre, cuáles son sus características, quiénes lo integran, qué roles o lugares ocupan, qué factores externos se relacionan con su comportamiento, etcétera. Este tipo de objetivo contribuye al diagnóstico del fenómeno en cuestión y es muy frecuente en la investigación en las Ciencias Sociales. Ver más en: Cohen, N et al (2019) Metodología de la Investigación ¿para qué?: La producción de los datos y diseños. 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo. Cap. 8 pág 241-242. ISBN 978-987-723-190-8

⁹ Lo reducido de estos señalamientos puede ampliarse a interés de quien así lo desee en un trabajo extenso y de referencia para quienes trabajamos en el abordaje de problemáticas territoriales: SEDRONAR (2020) Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos, disponible en

- Existen comunidades terapéuticas a modo de residencias donde las personas conviven con personal técnico. Esta modalidad tiene por objetivo que las personas adquieran nuevas actitudes, comportamientos y valores que los alejen del consumo de drogas. Los tratamientos incluyen terapias grupales e individuales, tratamiento medico-psiquiátrico y la realización de quehaceres cotidianos para el mantenimiento de las instalaciones en las que viven. El tiempo de tratamiento tiene una duración estipulada según el cumplimiento de objetivos. Son las instituciones de mayor tradición en la atención de personas que padecen consumo problemático de sustancias en Argentina.
- También funcionan tratamientos ambulatorios y hospitales de día que –sin requerir la convivencia cerrada- las personas concurren en horarios preestablecidos para realizar actividades pautadas por la institución (grupos terapéuticos, talleres de formación, terapia individual, tratamiento psiquiátrico entre otros).
- Aún existen y son requeridos los programas hospitalarios de desintoxicación, que son espacios de internación en hospitales generales o monovalentes donde se trabaja sobre el momento de crisis de consumo del paciente (situación de abordaje en agudo).

El paradigma que subyace a estos modelos de abordaje terapéuticos para personas en situación de consumo problemático de sustancias es el abstencionista, el cual requiere la supresión del uso de drogas como condición de inicio para acceder al tratamiento. El abstencionismo fue prácticamente el único modelo de intervención sociosanitaria hasta fines del siglo XX, cuando surgieron algunas experiencias basadas en el modelo de reducción de daños. En nuestro país, desde fines del año 2000 emergieron experiencias que priorizan los abordajes ambulatorios y localizados en territorios vulnerados por sobre los tratamientos de internación.

CONTEXTO DE ESTUDIO: aproximaciones al caso

Pinamar es un partido de la costa atlántica argentina, ubicado al sureste de la provincia de Buenos Aires formado por las localidades de Pinamar, Ostende, Valeria del mar, Cariló y Montecarlo. Su dinámica poblacional expresa un crecimiento demográfico sostenido (de 25.397 habitantes en 2010 a 45.000 en 2021 por estimaciones a partir del padrón electoral y matrículas escolares) caracterizada por la radicación de ciudadanía joven proveniente del interior del país y de países limítrofes. Entre el 30 y el 50% de la población económicamente activa se dedica al trabajo “de temporada” vinculado al turismo estival sin acceso a obras sociales y/o prepagas siendo el sistema municipal de salud su efector principal ante las necesidades auto y heteropercibidas de cuidado; así mismo, el porcentaje poblacional con acceso a obras sociales y/o prepagas elige asistirse en el sistema municipal de salud, lo que

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2019._modelo_de_abordaje_integral_territorial_de_los_consumos_problematicos_una_experiencia_de_politica_publica.pdf

conlleva a demandas crecientes de cuidados (salud integral de las personas en todas las edades, diversidades, comunidades migrantes, niñeces, adolescencias, promoción y protección en derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, asistencia a emergencias y urgencias, asistencia domiciliaria, padecimientos integrales psicosociofísicos agudos y crónicos entre otros) en los efectores del primer y segundo nivel de atención públicos. Desde mediados de 2018, la misión de este sistema de salud local enuncia: “el desarrollo integral de la salud de nuestra Comunidad, favoreciendo la participación de ésta, el trabajo en equipo, la articulación interinstitucional, la actualización del equipo, la investigación, la mejora y el afianzamiento de la estrategia de la Atención Primaria de nuestra localidad”¹⁰.

Los efectores de salud del Primer Nivel de Atención que conforman actualmente la red de servicios de salud municipal son Centros de Atención primaria a la Salud (en adelante CAPS) integrados por equipos interdisciplinarios de Medicina General, Trabajo Social, Salud Mental, Enfermería, Obstetricia, Ginecología, Pediatría, Clínica, Oftalmología, Cardiología, Diabetología, Psicopedagogía, Odontología, Fonoaudiología y Kinesiología. El efector donde toma parte el siguiente trabajo de investigación es el CAPS Valeria del Mar, el cual emerge como necesidad de un grupo de vecinos y vecinas pioneros en la zona, quienes conforman primero un edificio pequeño en el año 1985. Estas familias, de origen trabajador “humilde” construyeron con sus saberes de oficios las paredes y las conexiones a servicios básicos, logrando que el municipio contrate personal médico de forma semanal y, unos años más tarde logran un servicio estable de 24hs diarias, todos los días de semana y todo el año. Hacia el año 2014 se construye el salón de usos múltiples y por iniciativa de la Dirección de Atención Primaria se capacita a todo el personal en el entonces Programa Nacional “Médicos Comunitarios”, abriendo la puerta a respuestas ya no sólo asistenciales sino también promopreventivas. Es desde el CAPS Valeria del Mar donde se lleva a cabo desde diciembre de 2019 el PMA, un entramado de terapéuticas ambulatorias públicas coordinadas por Psicología, Psicodrama y Psicocorporalidad, contratados por el Estado Municipal de Pinamar. En su inicio, el PMA obtiene la ordenanza N°5840/2020 donde se describen los fundamentos

¹⁰ Secretaría de Salud de Pinamar (2018) Documento de gestión sanitaria. Comité de Docencia, investigación y desarrollo profesional. No publicado, disponible en formato digital en las memorias de gestión 2018-2023.

y dinámicas como marco amplio de funcionamiento escrito para ese momento en particular, a saber:

El programa consta de 4 (cuatro) fases inalterables, las cuales el usuario y su grupo familiar, deberán atravesar en forma consecutiva en un lapso estimado no menor a 24 meses de duración. Las cuatro fases son:

1) Admisión: Primera Fase. Una vez recibida la demanda del usuario se realiza entrevista inicial a la vez que se evalúa la adhesión al tratamiento y se realiza el diagnóstico de la persona con consumo problemático de sustancia. Se instauran vínculos terapéuticos y se ponen en conocimiento reglas y normas vigentes para la permanencia en el programa. Comienza la participación de madre y/o padre (o sujeto de referencia) en grupo semanal de contención y orientación a familiares del paciente.

2) Inicial: Psicoterapia individual. Desarrollo de historia de consumo. Tratamiento de habilidades sociales básicas, fortalecimiento de normas en relación a la prohibición del consumo de sustancias así como participación en actividades y situaciones de riesgo. Participación en grupo de pares semanales.

3) Intermedia. Psicoterapia individual. Desarrollo de vínculos familiares. Sesiones vinculares (con familia del usuario). Prevención de recaídas. Asistencia a grupos de pares por parte del usuario. Asistencia de familiares a grupos de contención y orientación.

4) Final. Psicoterapia individual. Sostenimiento de abstinencia. Fortalecimiento de aspectos emocionales. Fortalecimiento de habilidades sociales. Grupos terapéuticos de contención a usuarios y familiares. Participación en grupos como referente recuperado.

Desde su sanción en diciembre 2019, 276 personas solicitaron ingresar al PMA acordando un turno para la entrevista de admisión. De éstas, 172 concurren al menos a una entrevista de admisión: 50% por necesidad autopercebida de tratamiento o percibida por familiar

acompañante, mientras que el 50% restante concurre por situación judicial (en condición de “obligatoriedad a recibir asesoramiento psicológico”¹¹). Para junio de 2023, de las 88 personas que lograron pasar la fase de admisión, 54 se encuentran con más de 20 meses de tratamiento ambulatorio (18 padecientes y 36 familiares).

De las 18 personas padecientes que transitan ininterrumpidamente el PMA desde diciembre 2019 hasta la fecha de este estudio, 89% son personas que se autoperciben varones y 11% se autoperciben mujeres. La edad promedio es de 29,7 años, con un rango de 17 a 49 años.

¹¹Fragmento literal que se repite frecuentemente en los documentos legales que las personas en situación legal compleja, exponen al momento de la entrevista o bien, el equipo terapéutico recibe desde el CAPS.

El grupo primario (G1, con más de 20 meses de tratamiento) se conforma con 9 padecientes, en su mayoría desempleados o empleados en condiciones de precariedad, sin relación de pareja estable, con historias de deserción/interrupción escolar en niveles primario, secundario o universitario –según la historia de consumo de cada padeciente-, en situación habitacional irregular. Estas primeras 9 personas (muchas de ellas con intentos fallidos de asistencia en el subsector de salud privado), logran dar inicio al PMA pero por encuentro directo con los terapeutas sin que éste tuviera en ese entonces una agenda propia. Fundan las entrevistas de admisión, el circuito de encuentros en terapia individual semanal, las entrevistas familiares vinculares semanales, terapia grupal semanal, terapia multifamiliares semanal y participación en jornadas recreativas de fin de semana. A la fecha, 5 de estas personas se encuentran en condiciones de egreso.

El segundo grupo (G2, con menos de 20 meses de tratamiento) también logra integrarse con 9 padecientes en condiciones generales de empleo, pareja, escolaridad y situación habitacional de mayor precariedad respecto del grupo primario. En este momento histórico del PMA, las familias y los padecientes llegan por referencia directa al programa: les recibe una trabajadora designada específicamente –y capacitada para la operación socioterapéutica en Adicciones- para lograr las agendas semanales. Se sostienen las actividades terapéuticas individuales y grupales descriptas at supra y se suman los talleres de psicodrama y psicocorporalidad para ambos grupos como condición obligatoria de asistencia.

Como parte de las articulaciones intersectoriales para dar respuesta a las problemáticas vinculadas a cada historia de vida de estas personas, el PMA planifica y ejecuta con otras áreas municipales, provinciales y organizaciones no gubernamentales, lazos concretos (oficina de empleo, desarrollo social, capacitación Pinamar Aprende, entre otros)

En el anexo al finalizar el presente documento, se ofrecen otras conceptualizaciones que complementan el caso en estudio.

DISEÑO METODOLÓGICO

Para intentar caracterizar la complejidad del PMA, diseñamos este trabajo de investigación cualitativo que construye la información en campo de forma transversal –enero a julio de 2023-, pero recomponiendo la diacronía de tres años de existencia del PMA –2020 a 2023-. Este trabajo en realidad nos encontró, puesto que sigue la estrategia de diseño propuesta por Stake (1994) conocida como Estudio de Caso Intrínseco: es el interés en el objeto lo que define al entretejido terapéutico que ofrece el PMA como tal, constituyéndose en una unidad sistémica que se integra a medida que nos internamos en el trabajo de campo y nos invita a develarlo, singularizarlo, comprenderlo en su existencia particular y específica. El análisis intensivo de sus significados en las transformaciones (re)subjetivantes que el PMA logra, busca comprenderse en profundidad¹². Para ello, nos identificamos con Denzin y Lincoln (1994) cuando nos orientan en el *bricolage*¹³, que expresa el camino que nos hemos permitido recorrer como grupo de investigación: fuimos encontrándonos con un tejido de prácticas que dan soluciones a un problema situado concretamente y por ello –como parte de esta construcción emergente- nos abocamos a la observación participante y no participante de los grupos terapéuticos, entrevistas en profundidad y el análisis documental de los registros singulares –historias clínicas y cuadernos de campo de terapeutas e investigadores, así como producciones escritas por pacientes y familiares- del programa en estudio.

Estos métodos¹⁴ fueron facilitando la profundización del caso, logrando la interacción de investigadores y lo que se vivencia en el entramado PMA en un trayecto espiralar significativo para cada momento de esta investigación. En un intento de resumir las extensas jornadas de trabajo de campo que realizamos, señalamos:

- Observaciones repetidas –cualitativas abiertas endógenas y exógenas¹⁵- para recuperar y redescubrir: logramos el registro de audio y las notas de campo de 53 horas de observación de los cuatro encuentros semanales de los 2 grupos terapéuticos de pacientes y los dos encuentros semanales de los grupos de familiares a lo largo de 17 semanas. El período de

¹² La revalorización de los Estudios de Caso, surge en el auge de la metodología cualitativa señalándolos como diseño paradigmático para priorizar el estudio de los fenómenos sociales contextualizados. Ver más en: Archenti, Marradi y Piovani (2010) Estudio de Caso, en Metodología de las Ciencias Sociales. Cap14, pp. 213-221, 2° Ed. Buenos Aires. Cengage Learning Argentina.

¹³ “bricolage” respetando la lengua francesa, puesto que en la Real Academia Española se acepta la escritura adaptada de los galicismos con j, los autores de este trabajo de investigación decidimos escribirlo en su lengua original.

¹⁴ Siguiendo a Verd (2023), en el proceso de investigación cualitativa cada momento de encuentro con el trabajo de campo se articula desde técnicas y métodos. En este caso, la observación practicada y las entrevistas en profundidad responden a entrenamientos específicos sistemáticos referentes a un corpus teórico de conocimientos y prácticas que delimitan fases para la implementación de estos métodos en campo (no se utilizan en términos de uso –técnicas de relevamiento de datos- sino como procesos de coconstrucción de información en vivo –método-). Ver más en: Verd, J. M. & Lozares, C. (2016) *Introducción a la Investigación Cualitativa. Fases, métodos y técnicas*. Madrid: Síntesis. Corresponde a capítulo 6 y sus páginas 147 a 181 de la versión impresa.

¹⁵ Según Spradley (1980), corresponden a las tipologías de Observación Participante activa y pasiva. Ver en: Archenti, Marradi y Piovani (2010) La Observación, en Metodología de las Ciencias Sociales. Cap10, pp. 167-178, 2° Ed. Buenos Aires. Cengage Learning Argentina.

observación se realizó entre abril y julio de 2023. Los extractos que se utilizaron para la presentación de resultados de este estudio fueron codificados: “O GP1” en el caso del grupo de padecientes que supera los 20 meses en tratamiento, “O GP2” en el caso del grupo de padecientes que se encuentra hace menos de 20 meses en tratamiento, y “O F1” y “O F2” para los grupos de familiares correspondientes a cada grupo de padecientes.

- Entrevistas en Profundidad a 9 personas (3 en sus roles de terapeutas cuyos extractos fueron codificados como “T1” “T2” y “T3”, 3 padecientes codificados como “P1” “P2” y “P3” y 3 familiares codificados como “F1” “F2” y “F3”), con 15 horas de soporte audiovisual y 19 registros de notas de campo de quienes actuaron como entrevistadores. Entrevista grupal a las personas terapeutas (fragmentos codificados como “ET1T2G”). Las entrevistas las realizamos entre mayo y julio 2023.
- Registros de cuadernos de campo de cada investigador y una colaboradora: 5 cuadernos de hojas a4 escritos a mano alzada y scaneados en formato digital (316 páginas). Recuperamos las notas de terapeutas e investigadores entre enero 2020 y julio 2023. Todos los registros de campo fueron codificados como “rc” seguido de “I1” “I2” “I3” “I4” y “C5” según corresponda.
- Registros de Historias Clínicas del formato digital e integrado en la totalidad de efectores de salud municipal del Partido de Pinamar (plataforma alephoo): leímos y codificamos eventos de las 54 personas padecientes y familiares que se encuentran en tratamiento con el PMA desde enero 2020 hasta julio 2023 inclusive. De las 288 evoluciones por persona, seleccionamos a los fines del estudio de caso, 36 registros correspondientes a los acontecido en la clínica individual terapéutica como parte del PMA, pero también con las consultas a otros servicios durante el mismo período.

Cada encuentro de observación y de entrevistas cumplió con los requerimientos éticos de consentimiento verbal recomendado por Family Health International, a la vez de seguir las recomendaciones del informe Belmont y la declaración de Helsinki en cada fase de la investigación¹⁶. Así mismo, el grupo se capacitó en las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud de seres humanos¹⁷ y en las recomendaciones éticas para la investigación social¹⁸, siendo supervisado en cada fase del trabajo por el comité de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional de la Secretaría de Salud de Pinamar¹⁹.

La selección lograda en el siguiente apartado –Resultados y Discusiones-, confluye desde el análisis simultáneo a las conceptualizaciones que se da en los encuentros de interpretación directa, suma categórica y correspondencias como método propuesto para los estudios de caso intrínsecos. Se logró una comunicación interactiva, un ejercicio intelectual, de transferir

¹⁶ Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. *Informe Belmont Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación*. 18 de abril de 1979 Comprobado el 16 de abril de 2003; Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964.

¹⁷ CIOMS/OMS (2016) Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud de seres humanos. Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

¹⁸ Santi, M (2016) Ética de la investigación en ciencias sociales Un análisis de la vulnerabilidad en la investigación social. Geneva: Globethics.net. ISBN 978-2-88931-085-2 (versión online) Disponible en: http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_1555.pdf

¹⁹ Comité interdisciplinario en funciones desde decreto fundacional 0572/19, HCD del Municipio de Pinamar, diciembre 2019

ideas, de crear significados²⁰, de descubrirlos en acto. Nos animamos a conceptualizar desde el 'Caso PMA'.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

- **Transformaciones (re)subjetivantes desde la psicocorporalidad y el psicodrama**

“Las transformaciones (re)subjetivantes son aquellas que permiten poner en tensión y abordar situaciones y patrones de la vida que no pudieron ser transitadas y generaron la pérdida del interés por la vida e incapacidad de amar y sentir”. (T3)

Desde el punto de vista de la terapia corporal, las transformaciones (re)subjetivantes son aquellas que permiten desarmar las armaduras tensionales que se producen en el cuerpo, propias del dolor y las situaciones traumáticas vividas, permitiendo el flujo de la energía, la respiración profunda y la capacidad de sentir y expresar a través del mismo.

“La mente y el cuerpo están condicionados por factores energéticos y estos a su vez están relacionados con el estado de viveza del cuerpo: cuanta más energía disponible hay en el cuerpo, mayor viveza, mayor energía y viceversa. Esto nos conduce a imaginar que un cuerpo tieso, rígido, tenso, frío, sólo le corresponde a un cadáver; sin energía, sin vibración, sin vitalidad. He aquí la razón para poner atención en el cuerpo, todo para recuperar su viveza y proclamar su rebelión y así acercarnos más al placer.” (Alexander Lowen, 1975)

Este principio permite dar cuenta de cómo frente a las experiencias transitadas con una elevada intensidad emocional y que de algún modo ponen en riesgo la homeostasis del organismo, éste se defiende a nivel psíquico y a nivel somático simultáneamente. Entendiendo que dichos procesos dinámicos se entrelazan en un contexto social, cultural y político cambiante que influyen directamente en el entramado subjetivante de las personas (Seres Bio-psico-socio-espirituales desde Silvia Bleichmar, 2022). Así, entendemos que desde las dinámicas psicodramáticas "Psychodrama: "body, space and time towards creative freedom" (Moreno, 1889), los procesos de (re)subjetivación se abordan con un cuerpo y una mente disponibles, presentes y dispuestos a jugar y experimentar diferentes situaciones dramáticas, de manera lúdica y grupal: "Yo me curo en el grupo cuando soy atravesado por las visiones de

²⁰ El compilado de Vasilachis (2006) aborda los diferentes criterios de validez a los que deben someterse los estudios cualitativos y adiciona una serie de criterios propios de la perspectiva cualitativa. Valles (2000) identifica estos criterios en la investigación cualitativa que reemplazan a los del positivismo: la "veracidad" será otorgada por la "credibilidad", es decir, la congruencia entre el trabajo de campo, la teoría y la interpretación que se hace del actor. La "generalización" estará reflejada por la capacidad de "transferibilidad", es decir, por una generalización dentro del caso analizado. Por último, el criterio de "consistencia" se encuentra garantizado por la "dependibilidad" o alcanzar el extrañamiento y la autorreflexión por un lado y, por el otro, las 'auditorías externas', es decir, facilitar todo tipo de documentación que permita corroborar las fuentes de las interpretaciones.

cada integrante en las mediatizaciones dramáticas”. En un contexto cuidado y creativo, estos procesos producen y reproducen otros mundos posibles, generando espacios para la reflexión y el análisis, haciendo consciente lo inconsciente y potenciando la subjetivación de los participantes.

“Desde la experiencia en el PMA puedo visualizar que los participantes del taller logran con el tiempo habitar sus corporalidades de una manera más vital, con capacidades más profundas de sentir, fluir y expresar. Permitiéndoles esto, abordar dinámicas teatrales con mayor creatividad, capacidad de resolución, desarrollo de empatía, comunicación asertiva y capacidad de disfrute, características que según la verbalización de los sujetos participantes, replican en sus dinámicas sociales cotidianas” (T3).

Los lunes son los días donde acontece el movimiento psicocorporal. Los padecientes no saben a ciencia cierta con que van a encontrarse, esperan ansiosos que la puerta del salón de usos múltiples del CAPS Valeria del Mar se abra: *“es un espacio resistido, no es fácil, pero después vas entendiendo por qué hace falta y terminas queriendo estar” “yo puedo decirte desde que me ayudó a darme cuenta el cuello, la espalda, cómo me encorvo cuando me enoja o tengo miedo”*(P2). Tan intenso es lo que se comparte en cada “taller de teatro” -como lo denominaron los padecientes- que aún luego de tres años de vivenciarlo, es tema de trabajo en los espacios de grupo de pares con los terapeutas:

“todavía no me siento cómoda, lloro, me quiero ir y me puse tan mal que me fui. Estaba emocionalmente revuelta” expone una de las participantes del grupo en relación a su ausencia el día anterior en el grupo de psicocorporalidad. Mira hacia el piso, se mira las manos. El resto del círculo de participantes desencadena un intercambio reflexivo sin intervención de los terapeutas (que presencian todo en silencio): se escuchan, entrelazan experiencias y le sugieren a la compañera “no está bueno que huyas de la clase de teatro, yo acá aprendí que irse es evitar y eso es seguir repitiendo” –primero toma la palabra un compañero de voz grave y pausada- luego sin interrumpir, toma la palabra otro de los presentes y mirando a la compañera le dice con firmeza “entiendo, no lo pudiste manejar de otra manera, pero te perdiste tu espacio porque más allá de los profesionales lo que hace valioso a este espacio es lo que NOSOTROS hacemos” –enfaticando con la voz y las manos-. (O GP1)

Desde este año, cada participante del “taller de teatro” lleva una especie de cuaderno de campo propio. Antes y después de cada día, registran sus percepciones corporales y emocionales. En la entrevista T3, quien conduce el taller, muestra y lee los eventos *“mirá esto*

(señalando una hoja), cuando leo que vienen doloridos, frustrados, rígidos y luego dicen que conectan con la alegría, la liberación y que pueden hablar”; deja de leer y me mira con alegría y asombro de tantos relatos que dan cuenta de esas transformaciones (rc I4).

- **Transformaciones (re)subjetivantes desde el movimiento y el detenimiento**

“Aquellas transformaciones (viraje/movimiento dialéctico honesto) que suceden en los pacientes/padecientes (que pasan a ser consultantes) y favorecen el (re)surgimiento del Sujeto en oposición al lugar de Objeto (transitoriedad) previamente ocupado. Recuperan actividades previas al consumo, pero ellos son otros”(T1).

Este terapeuta identifica puntos o momentos claves en los movimientos que van haciendo los padecientes a lo largo del tratamiento:

Lo relaciono fuertemente con “Duelo y Melancolía” (Freud 1917): duelo haciendo referencia a una posición de sujeto, es la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente. Bajo estas mismas influencias surge en algunas personas una predisposición morbosa, la melancolía –vuelve el afecto, estar ligado, sin proceso- donde se detiene y se reduce a una posición de objeto. (rc I1)

La melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de amor propio: “y así llegan, con sus vidas desordenadas, rotos con familias en un modelo que se repite”(ET1T2G). Un estado profundamente doloroso que se puede palpar incluso observando:

La intensidad de lo que acontece me derrumba sobre la mesa de registro, se comparten todo: lo más profundo ya no se reserva al espacio individual, sino que en el movimiento transformador que revelan en el grupo de pares se animan a exponerse por completo. Tengo que reescuchar las grabaciones y rever los videos porque otro de los investigadores me señala “¿te diste cuenta los sonidos de tos en qué momento aparecían? Ahí cuando empiezan a nombrar a los padres”. Claro, son comportamientos que no pude percibir en las primeras mediciones al verme avasallada por la escucha de tanto dolor. (rc I4)

La posición se refiere a la lucha permanente del ‘Yo’ para elaborar sus angustias y el conflicto permanente entre el amor y el odio:

“ahora lo puedo decir, estaba muy enojada, no podía verlo” “estoy orgullosa de mi, claro! Pude mudarme a mi casa, tengo trabajo y me van a pasar a planta...me tiene contenta...pero a pesar de todo lo bueno no he podido disfrutarlo” “la vida es muy injusta –llorame enoja que nos pase esto, que la vida sea así a veces” (O G1)

Esta lucha, involucra toda la vida psíquica del sujeto y engloba una configuración definida de relaciones objetales, angustias específicas, fantasías, roles del Yo y efectos determinados.

En sus roles como terapeutas, T1 y T2 ofrecen el espacio para el encuentro, la pausa,

“el freno al impulso...se podría decir que al principio en tanto desorden, somos la ‘palabra ordenadora’ para que se escuchen (en ese instante, los terapeutas se miran, se sonríen con respeto y reconocimiento el uno por el otro, y luego de un breve silencio, siguen) la terapia grupal es transformadora” “cuando lo que se trabaja en lo individual pasa al espacio de grupo, ahí hay un claro movimiento transformador, empieza la transformación” “lo especular que se rompe” “lo haces consciente y no volves atrás”(ET1T2G)

Esta ‘pareja terapéutica’ –como se autonominan en las entrevistas individuales y grupales, y también en los registros escritos- refiere que está en una espera activa que pacientemente sabe que habrá movimientos:

“sabés el qué tiene que aparecer pero desconoces el cuándo, el algo referido a un dolor primordial en sus historias –compenetrarse, conectarse con ello- ahí uno reconoce que hay camino, regresa a eso y ahí hay un quiebre; lograr la independencia, terminar el colegio, que empezaran a pasar cosas de pareja (se forman nuevas o se diluyen las preexistentes), ahí me doy cuenta de que son transformables, esperables y también desde la lógica del proceso psicoanalítico: lo importante no es la sustancia, sino el mecanismo, ahí empiezan a historizar”(ET1T2G)

También, los terapeutas revelan un ingrediente que definen *“distintivo y que para nosotros hace la diferencia: somos los mismos en todo, somos los mismos en el espacio individual, en los grupos y en las familias”(ET1T2G)*: la co-terapia.

“El formato de Coterapia es lo tremendamente efectivo y trascendente que se nos escapa a lo que podemos prever hoy, ¿Cuántos de los psicólogos vivenciaron trabajar en coterapia? Acá el desconocimiento fue oportunidad”(T2). La coterapia, lo grupal, los vínculos de ‘más de dos’ desafía el mano a mano de la vida; es el antídoto a la soledad y el despojo al que te conduce el consumo problemático, los vínculos vacíos o anónimos se resignifican en la

transformación lo vincular grupal, lo familiar pasa ahora porque sí nos importe, nos fortalezca, nos cuide. La coterapia hace que no me pese, deja de ser un trabajo esto (rc I2).

Estos terapeutas nunca habían trabajado en coterapia con padecientes en adicciones previamente. “es un ideal nuestro no planeado”, ríen. Se dejaron ser. Y se dejan ser en cada encuentro terapéutico. Ese nivel de coterapia permite profundizar, singularizar, comprender mejor, escuchar asertivamente, intervenir oportunamente:

Es la cuarta jornada de observación. El grupo 1 necesita mucho menos a los terapeutas, el grupo 1 tiene ‘vida propia’, se escuchan atentamente y se intervienen “¿te diste cuenta lo que acabás de decir?” o “¿eso cómo te hace sentir?”. Observo y escucho en este grupo, lo que luego veo en el grupo 2 pero con la presencia activa de los terapeutas. Aunque en esa actividad no apuran, esperan que el silencio haga lo suyo y ahí sacuden “¿Qué te movilizó?” “¿estamos hablando de extrañar?¿Qué es lo que extrañan?”. Termina el grupo y les pregunto ‘¿cómo lo hacen? ¿cómo escuchan todo?’, y ellos se sonrojan. (O G1 y G2)

- **Transformaciones (re)subjetivantes: la ruptura del bucle, volver al amor.**

“Llamamos transformaciones (re)subjetivantes a aquellos movimientos salutogénicos que realizan los padecientes que han perdido la capacidad de darle un rumbo a sus vidas a raíz de, en nuestro caso, una adicción, la cual los anula como sujetos, colocándolos en un bucle continuo de dolorosa repetición”(T2).

Freud ante la pregunta de qué era lo que definía a una persona sana respondía es “ese sujeto que tiene y ejerce la capacidad de amar y trabajar”. ¿Qué entendemos entonces por capacidad de amar? ¿Esa capacidad tiene que ver con amar a otras personas o seres vivos? ¿a un trabajo? ¿a la realidad que nos rodea? ¿a nosotros mismos? La respuesta no es solo una, sino su conjunto.

“Creemos que Freud aquí nos está describiendo en que consiste el concepto de enfermedad, el desapego a las personas, a su entorno y hasta de sí mismo, nos la define. (...) Si hay sufrimiento hay dolor, de ese dolor es imposible escapar hasta no hacerlo consciente, lo cual no significa que deje de habitarlo, pero ya no como propietario sino como inquilino (...) En nuestra practica devolver al sujeto su capacidad de amar(se) implica que “recupere” su autonomía. Como terapeutas en el PMA vemos como nuestros padecientes van recuperando esas capacidades y las ejercen en el vínculo consigo mismos, con sus familiares y con la sociedad”.(T2)

Tanto en los registros de las historias clínicas, como en las entrevistas a padecientes, se significan las dificultades vivenciadas al inicio del tratamiento: “los primeros días, meses

fueron muy difíciles...hasta que te das cuenta de que es una enfermedad muy seria”(P1) ‘le cuesta mucho levantarse, se siente vacío’(rHC). En promedio –si bien cada vivencia es particular- dentro del primer trimestre reconocen que “si bien antes me traían, en un momento te das cuenta que ya lo estás haciendo por vos” “creo que ese momento es cuando podés empezar a hablar, hablar con tu familia, con tu novia, con tus compañeros de grupo” “cada día que elijo el tratamiento, elijo vivir” (P2). En cada nota, logra evidenciarse la recuperación de capacidades, dicho así tanto por padecientes como por familiares:

“no es lo que dejamos de hacer, sino lo que recuperamos” “son parte de nuestra familia –padres refiriéndose a los terapeutas- en la cena de nuestra casa están presentes” “vinimos a dar testimonio de que se puede, lo hacemos como un acto de esperanza. Lo que está haciendo el PMA es mejorar la comunidad... sin salud mental no hay nada” “hoy nuestros hijos están viviendo la vida que merecen vivir” (O GF1 y GF2)

Cada persona que transita el PMA, sea familiar, terapeuta o padeciente se mueve. Las historias de transformación se suceden. Tal vez la felicidad de P3 al relatarnos que tiene trabajo, que recuperó vínculos, que puede expresar “hoy es diferente” (pone en contexto en referencia a un pasado inmediato, que pueda detectar un ‘algo’ distinto, el ya no está para responder a otro) “hoy lo hago por mi” y también hace referencia a la recuperación de su formación escolar “me hace bien, siempre quise (...) dejé cuando empecé a consumir”. O las posibilidades de llorar abandonos, maltratos, abusos, profundas soledades “aunque ya sea viejo y mi vieja ya no esté” que marcan esa temporalidad, construyen *recuerdo* y se rompe el detenimiento o bucle temporal, y pasan a identificar el antes, durante y después del tiempo. Antes negación, ahora resignificación, de “no pasa nada” a “si pasa”. Del encuentro con pares, “me identifico con vos, me pasó igual, lo bueno es que ahora lo podemos ver...lo podemos decir”.

Retomando la definición de Freud, vemos que no se agota solo con los movimientos que puede realizar el sujeto con su capacidad de amar, habla también del trabajo. Y esta concepción no solo tiene que ver con la actividad de ser asalariado, sino a la capacidad de producción y construcción de una realidad de la cual se apropie, claramente estos aspectos no tienen sustento si uno no considera que en la historia de la humanidad siempre hemos estado en sociedad, con otros y otras, generando vínculos. Entonces la dimensión del otro es primordial, solo en ese campo el sujeto puede desarrollar su capacidad de amar. La

funcionalidad de la Terapia grupal se fundamenta en ello, solo se puede “trabajar” realmente en grupo:

Vivenciamos las transformaciones de los consultantes al notar mayor interés en el mundo que los rodea, en la vinculación con nuevos pares, con su familia, con la vida laboral, con aquello ligado al estudio y con ellos mismos. Notamos como cada uno de ellos empieza a tener mayores conocimientos de sí mismos y su entorno, así como de sus posibilidades presentes y futuras. Surgen proyecciones de vida y de (algún modo) resuelven cuestiones del pasado accediendo a ellas a través de la palabra. Surge la comunicación verbal, la expresión de deseos, se cuentan y le cuentan al mundo su historia. Se visibiliza lo que era invisible. Rien.
(rc l1)

REFLEXIONES PARA CONCLUIR

*Hoy/La pelea que doy/Es quererme más
Hoy/El grito que doy/Es silencio
Hoy/Te pido perdón/Si te lastimé el corazón*
(Canción “Mi Revolución” de la banda de Rock Uruguayo Cuatro Pesos de Propina)

Cada nota, cada grabación, cada audio da cuenta de las transformaciones (re) subjetivantes que logra el ‘caso PMA’. Este estudio era una deuda pendiente para su reconocimiento: si bien el PMA requiere del abstencionismo, logra adherencia en lo ambulatorio. Logra pertenencia e identidad, problematizando lo cotidiano que enferma, volviéndolo exótico al dolor para poder analizarlo: el PMA desencadena un movimiento del des-conocimiento al reconocimiento. A lo mejor lo revelador del caso no sólo sea esto, sino la ampliación que los terapeutas decidieron del sujeto padeciente –sujeto en tratamiento- a la familia. Y a ellos mismos. En otras experiencias terapéuticas, ‘lo familiar’ aparece o se incluye como episódico, de contención, anexo al tratamiento del sujeto enfermo; es decir no protagoniza los usos y efectos de las terapéuticas como, también, sujeto co-padeciente. En cambio, en el PMA padecientes y familiares se mueven hasta volverse terapeutas, y los terapeutas pasan a reconocerse en cada grupo como pares. Logran crear comunidad. ¿Cómo lo logran? ¿Por qué el PMA es lo que es? luego del recorrido de este año en particular, junto a los tres de existencia que logramos recuperar, la respuesta es clara: porque trabaja el fenómeno vital, desde y con personas y no con padecimientos o sustancias; la escucha como canal de mirar, alojar, contener, tratar; la

calidez en el tono de ver y hablar; el compromiso de cada persona en la presencia, la constancia; el tiempo intensivo de priorizar la continuidad del cuidado, rompiendo estandarizaciones y alojando la intensidad que cada caso y cada grupo requiera; la pareja terapéutica que entiende y comprende, se complementa y se cuida, cuidando; los terapeutas que transitan todos los escenarios terapéuticos, permitiéndose afectar y afectarse por el fenómeno vital que deciden compartir. PMA es exitoso porque el entramado terapéutico ofrece la complejidad que cada persona necesita.

El caso PMA nos ofrece un método: un proceder sistémico complejo, donde se necesita tiempo, lugar, calidez, calidad técnica, continuidad y comunidad. Sus logros trascienden los egresos, sus logros son el devolvernos la capacidad de amar(nos).

Con la esperanza y la alegría de poder multiplicar el método PMA, agradecemos a toda la comunidad que nos permitió dar cuenta de este trabajo, sin que se dieran cuenta –a lo mejor- de lo mucho que nos brindan.

Ale, Lucho, Luis y Cin.-

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2021) (Re)Nombrar: guía para una comunicación con perspectiva de género. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial MinGéneros. ISBN 978-987-47999-1-3. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/generos/renombrar-guia-comunic-con-persp-de-genero>

Urtizberea, M (2007) La felicidad en dosis. Disponible en: <https://es.linkedin.com/pulse/la-felicidad-en-dosis-por-mex-urtizberea-lic-carlos-1e>

Stake, R (1995) Investigación con estudios de casos. Madrid: Ed. Morata –6ta Edición, 2020. ISBN: 978-84-7112-422-7

Freud, S (año) Carta 79...

Cohen, F. y Lorenzo, D. (2017) "Marco Normativo" en *Seminario de Formación sobre Estrategias de Abordaje Territorial*. Buenos Aires, Sedronar.

Angelini, S. O., Larrieu, A., Cámara, C. A., & Solé, H. (2015). *Derechos humanos y salud mental: La formación de estudiantes universitarios a los principios de la Ley Nacional 26.657*. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/55221>

San Martín, H (1981) Definición de salud según Hernán San Martín. Conferencia mundial de la salud - Alma Ata, (P. 48)

Monsalvo, J (2009). Las siete "A" de la Alegría. Disponible en: http://www.altaalegria.com.ar/contenidos/Las_siete_-_A- de la Alegría.html

Payan, S (2008). Hacia Nuestra Propia Salud. El colectivo N°19, Disponible en: http://www.altaalegria.com.ar/contenidos/Hacia_Nuestra_Propia_Salud.html

Rovere, M (1999). *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).

Cohen, N et al (2019) Metodología de la Investigación ¿para qué?: La producción de los datos y diseños. 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo. Cap. 8 pág 241-242. ISBN 978-987-723-190-8

SEDRONAR (2020) Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos, disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2019_modelo_de_abordaje_integral_territorial_de_los_consumos_problematicos_una_experiencia_de_politica_publica.pdf

Secretaría de Salud de Pinar del Río (2018) Documento de gestión sanitaria. Comité de Docencia, investigación y desarrollo profesional. No publicado, disponible en formato digital en las memorias de gestión 2018-2023.

Archenti, Marradi y Piovani (2010) Estudio de Caso, en Metodología de las Ciencias Sociales. Cap14, pp. 213-221, 2° Ed. Buenos Aires. Cengage Learning Argentina.

Verd, J. M. & Lozares, C. (2016) *Introducción a la Investigación Cualitativa. Fases, métodos y técnicas*. Madrid: Síntesis. Corresponde a capítulo 6 y sus páginas 147 a 181 de la versión impresa.

Archenti, Marradi y Piovani (2010) La Observación, en Metodología de las Ciencias Sociales. Cap10, pp. 167-178, 2° Ed. Buenos Aires. Cengage Learning Argentina.

CIOMS/OMS (2016) Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud de seres humanos. Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

Santi, M (2016) Ética de la investigación en ciencias sociales Un análisis de la vulnerabilidad en la investigación social. Geneva: Globethics.net. ISBN 978-2-88931-085-2 (versión online) Disponible en: http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_1555.pdf

Negri, T. (1992) Fin de siglo. Ed. Paidós ,Barcelona.

Vasilachis de Gialdino, I (2018) Propuesta epistemológica, respuesta metodológica y desafíos analíticos. La investigación social y su práctica: Aportes latinoamericanos a los debates metodológicos de las ciencias sociales, EdULP, UNLP 27-59. Disponible en: <https://www.libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/128>

ANEXO: CONCEPTOS COMPLEMENTARIOS, MOVIMIENTOS DEL EQUIPO DE INVESTGACIÓN

Las subjetivaciones, como parte del ser, resultan ser los modos de verse y sentirse en el mundo, de insertarse en él; de allí nacen las tendencias actuales que explican las relaciones mediante lo afectivo, la sensibilidad social y la capacidad de representarse en el mundo. Estos modos de ser están relacionados con la posibilidad de la conciencia de ser: ¿qué posibilidad de percibirme me ofrece el contexto donde se supone que debo constituirme como ser? Las definiciones que devienen en las representaciones del ‘ser sujeto’ en las sociedades contemporáneas, y por lo tanto vinculadas a las significaciones vitales, también presentan un recorrido histórico.

La Real Academia Española, expresa que la palabra ‘sujeto’ deriva del latín *subjectus* como *poner debajo, someter*. Y entre sus acepciones, como adjetivo ‘que está sujetado’ o como sentido filosófico de 1- ‘soporte de las vivencias, sensaciones y representaciones del ser individual’ o 2- ‘ser del cual se predica o enuncia algo’. Por lo tanto, partiendo de los significados que literalmente se ofrecen a la palabra *sujeto*, puede vislumbrarse un algo (*ser*) que soporta sometimiento por otro que lo habilita a ser. En este sentido, la filosofía postmarxista nos ofrece una definición diferente donde el ingrediente principal es la historización y contextualización de ese ser:

“un ser común y potente que se forma en el proceso histórico. Ser común, porque está compuesto de las necesidades comunes de la producción y de la reproducción de la vida. Ser potente, puesto que rompe continuamente estas necesidades para determinar innovación, para producir lo nuevo y el excedente de vida. El sujeto es un proceso de composición y recomposición continua de deseos y actos cognoscitivos que constituyen la potencia de la reapropiación de la vida” (Negri 1992)²¹.

Como grupo de investigación adherimos al posicionamiento epistemológico de las corrientes decoloniales del sur, epistemología acuñada por Vasilachis (2018) como ‘Epistemología del Sujeto Conocido’ que nos propone la provocación a una ruptura ontológica:

“una ruptura, por un lado, porque la forma de conocer que formula tiene como centro la identidad –una identidad que es, a la vez, igual y distinta– y, por el otro, porque esa ruptura es ontológica: no apunta al qué sino al quién se conoce, a su

²¹ Negri, T. (1992) Fin de siglo. Ed. Paidós, Barcelona.

peculiaridad, a sus rasgos, a sus capacidades, a sus atributos, y la pregunta acerca del quién resulta, aquí, anterior a la pregunta acerca del cómo se conoce”²².

²² Vasilachis de Gialdino, I (2018) Propuesta epistemológica, respuesta metodológica y desafíos analíticos. La investigación social y su práctica: Aportes latinoamericanos a los debates metodológicos de las ciencias sociales, EdULP, UNLP 27-59. Disponible en: <https://www.libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/128>