

Desubjetivación, mecanismos de defensa e institución: de la pérdida a la investidura subjetiva.

Por: Daniel Retamal Atenas. 23/02/2023

Los procesos psicopatológicos pueden estar asociados con una falla en el desarrollo de los pensamientos o en una falla en el desarrollo del aparato para pensar

WR. Bion (1977)

Introducción

En el presente trabajo que se enmarca bajo el contexto de instituciones de salud mental de carácter público; se quiere dar a conocer la experiencia en dichos dispositivos de atención, considerando las dinámicas grupales que se han podido apreciar. Sin dejar de lado la praxis clínica que se realiza con los/as usuarios/s que presentan consumo problemático de sustancias. Estos pacientes son considerados como graves debido a la complejidad que conlleva su atención; tanto por la demanda que realizan, como también, por ser el consumo de drogas, una pista, la cual, no siempre suele ser el punto central del motivo de consulta. Esta población suele ser atendida por el sector secundario de atención de salud, en los llamados centros de salud mental comunitaria o en su sigla, COSAM.

La subjetividad se halla subyacente al nacimiento del sujeto; este, nace cuando se establecen las preguntas por el “¿Qué y quién soy? Y ¿quién es el otro?”. En palabras de Foucault, la subjetividad se encuentra anclada al proceso socio-histórico del cual es parte el individuo, en la cual, descubre la otredad que le facilita el encuentro consigo mismo.

El concepto principal en el que este trabajo centra mirada, se llama **desubjetivación**: un elemento traído desde la teoría de biopolítica de Michael Foucault. Desde donde se tratará de vincular a algunos conceptos propios del psicoanálisis como mecanismo de defensa, análisis institucional, consumo de sustancias, entre otros; esto, en un intento de sentar el diálogo entre dos teorías y formas de ver al sujeto y que se distancian, dentro de un espacio institucional

haciendo referencia a la praxis clínica.

De modo preliminar, y de manera abreviada, se presentará la forma en que se llegó a las instituciones dentro de la historia del ser humano; vinculando esto, tanto al concepto de mecanismo de defensa, institución, salud pública y dispositivos de atención, y previo a la discusión final, será abordada la idea de consumo de sustancias y desubjetivación.

Finalmente, se levantará una discusión donde se ligarán las ideas principales expuestas, centrándose en los parámetros institucionales donde este fenómeno tiene lugar, viendo sus efectos tanto en los grupos de trabajo clínico como en su esfera singular del tratante.

Por lo anterior, se hace fundamental el diálogo entre distintas miradas y teorías en relación al trabajo clínico realizado en espacios institucionales de salud pública, ya que, este último, es un campo fértil del que tanto el tratante como el grupo de intervención clínica, pueden sacar provecho de forma inacabada.

Subjetividad, cultura e institución: sus orígenes y actualidad:

La subjetividad se halla subyacente al nacimiento del sujeto; este, nace cuando se establecen las preguntas por el “¿Qué y quién soy? Y ¿quién es el otro?”. En palabras de Foucault (1999, en Bilbao & Jofré, 2020), la subjetividad se encuentra anclada al proceso socio-histórico del cual es parte el individuo, en la cual, descubre la otredad que le facilita el encuentro consigo mismo

El concepto principal en el que este trabajo centra mirada, se llama desubjetivación: un elemento traído desde la teoría de biopolítica de Michael Foucault. Desde donde se tratará de vincular a algunos conceptos propios del psicoanálisis como mecanismo de defensa, análisis institucional, consumo de sustancias, entre otros

Siguiendo la idea anterior, los autores Moise de Borgnia, Cartaná, Orsi, Oswald, Abraham & Mariano (2006) mencionan que la subjetividad forma parte de un proceso cultural donde el individuo se apropia de los elementos que circundan en su medio, los que puede transformar e integrar a los diversos niveles de su experiencia

personal.

La cultura para Freud (1927), es el proceso de renuncia subjetiva respecto a las mociones pulsionales de las que el humano primitivo se servía, las cuales generaban una ganancia libidinal inmediata. Bajo este parámetro, encuentra su lugar la vida colectiva; además, se establecieron tradiciones o rituales en memoria de aquel pacto desde donde la cultura se fundamenta. Seguido de ello, se vio necesario establecer reglas y parámetros que pudieran regular la vida pulsional (Freud, 1921) y social por sólo nombrar algunos. Por lo que se necesitó una entidad que salvaguardara el pacto primordial y las reglas previamente establecidas.

La institución en palabras de Almeyda (2016, en Aveggio & Araya, 2016), es una entidad material que opera y regulariza a nivel social y simbólico a quienes conforman los grupos sociales que constituyen la cultura; estableciendo los márgenes de aquello que se encuentra permitido y lo que está prohibido.

Por último, para Bleger (1966, en Foladori, 2008), la institución da respuesta a los problemas emergentes y a las necesidades que cada sujeto presenta. Para ello, se establecen diversas instituciones que cubran las limitaciones primordiales para preservar la vida en sociedad: salud, educación, justicia, vivienda, por nombrar algunos.

Mecanismos de defensas: subjetivos e institucionales

El concepto de mecanismo de defensa, fue postulado en sus inicios por S. Freud (1894), quién los describe como mecanismos inconscientes que se activan frente a afectos de disforia o similares, con el fin de se vuelvan menos inquietantes para el individuo.

Por medio de sus trabajos, Klein (1946) engrosa esta idea y describe estos mecanismos como respuesta del yo temprano que desarrolla frente a ciertos estímulos, experiencias, por nombrar a algunos (objetos), otorgando un estatuto dinámico, ya que, para ella, existirían diversos mecanismos defensivos, así como lo son la escisión, introyección, proyección, fantasías de omnipotencia y control total, entre otros. Estos, no sólo operan de manera individual, sino que también pueden visualizarse en espacios grupales o dentro de instituciones (donde se centra el interés de este trabajo).

Para ejemplificar sobre los mecanismos de defensa institucionales; se puede utilizar el trabajo de Manziés (1959 en Readi, 2020) con enfermeras en un hospital general en Gran Bretaña. Estas enfermeras, debían estar expuestas ante enfermedades incurables, siendo esta una de las tareas más tediosas que debían ejecutar. La autora señala que para que su trabajo fuese sostenible, no bastaba sólo con que las funcionarias contaran con los implementos básicos (guantes, mascarillas, insumos varios) para ejercer su labor; ya que, además debían lidiar frecuentemente con la muerte de sus pacientes, heridas difíciles de curar o infecciones indescriptibles, por lo que, estos insumos materiales quedaban acotados frente al horror que a diario debían enfrentar. Por lo descrito en esta experiencia, Manziés homologa el insumo material con el insumo psíquico, es decir, que estas enfermeras debían defenderse tanto del desgaste psíquico de su trabajo, como también, de la demanda que el mismo requería.

El ejemplo anterior, muestra en cierta medida como operan los trabajadores que se encuentran en una institución de salud. Quienes deben lidiar con ciertas mociones pulsionales y afectivas que tensan y friccionan su estado mental. Por ello y para que dichas labores sean sostenibles y cumplidas en el tiempo, y el aparato psíquico no se deteriore, se requiere del uso de los mecanismos de defensa para sobrevivir a estas labores. Bajo este criterio, Readi (2020) menciona lo siguiente:

“La institución y el sistema ampliado tienden a engañarse a sí mismos, y esto es algo que tiene serias consecuencias en la vida mental de las personas involucradas (...) estos estados defensivos son para aliviarse de angustias extremadamente perturbadoras”. (Readi, 2020, p. 16).

Hablar de salud mental en el sistema público, es hablar de una compleja

red asistencial que entrega servicios de urgencias, tratamientos médicos, psiquiátricos, psicológicos, sociales y judiciales, por nombrar algunos, y a los cuales, la población puede acceder

Ahora bien, siguiendo a Bion (1977), tanto el aparato psíquico del sujeto como el aparato psíquico (si se quiere decir así) institucional, tendrían ciertas similitudes. Para el autor, el psiquismo humano requiere de dos condiciones para constituirse como tal, la primera que sea capaz de desarrollar pensamientos, es decir, que cuente con la capacidad de generar ideas, pensamientos, representaciones, entre otros; y en un segundo requisito, es que, puedan ser manejables estos pensamientos. En ese sentido, tanto el sujeto como la institución generan pensamientos, pero también cuentan con sus propias herramientas para que el curso de estos no represente un desequilibrio.

La institución de salud pública:

Hablar de salud mental en el sistema público, es hablar de una compleja red asistencial que entrega servicios de urgencias, tratamientos médicos, psiquiátricos, psicológicos, sociales y judiciales, por nombrar algunos, y a los cuales, la población puede acceder.

Esta red cuenta con diversos servicios y prestaciones que se subdividen según la complejidad de cada caso. Para aquellos que son menos graves, se encuentran los servicios primarios como los SAR, SAPU, CESFAM. Dispositivos de atención que otorga atención integral, biomédica y de urgencia. Luego, en el sector secundario se encuentran los centros de atención de salud comunitaria (COSAM), en los que se abordan los casos de mediana a grave complejidad, haciendo énfasis en atenciones que tienen relación únicamente con salud mental. Y, por último, el sector terciario donde se puede encontrar los hospitales y la gama de servicios que destina para pacientes que van de grave a aguda gravedad y que requieren de hospitalización y cuidados afines.

El Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025) que actualmente rige en las instituciones de salud mental, define este concepto como:

“Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad

” (P. 31).

Sumado a lo anterior, en palabras de Aveggio & Araya (2016), es posible definir este concepto como un estado mental relativo al aparato psíquico que compone al sujeto y que le ayuda a saber respecto de su propio estado anímico y corporal, en el que se comprende el curso de sus pensamientos y fantasías que mantiene a diario y que cotidianamente lo mantienen vivo.

A la luz de ambas apreciaciones, el concepto de salud mental va a depender de dos variantes: la institucional, donde se va a regir por parámetros tanto de productividad y bienestar, y, por otro lado, la variante subjetiva que guarda relación con la percepción de sí mismo que tenga el sujeto respecto a su estado mental.

El trabajo en el sector secundario

Los centros de atención de salud comunitaria (COSAM¹), corresponden a dispositivos de atención que se encuentran en el sector secundario, ocupando un lugar central en la red de prestaciones de salud pública.

La tarea de estos dispositivos está abocada a la atención de salud mental; a través de prestaciones de atención psicológica, médica y psiquiátrica, tratamientos farmacológico, social, judicial, administrativos y otros; que procura cubrir las necesidades de la población usuaria. Esta última, se caracteriza por presentar una complejidad que va de mediana a severa.

Para responder a la demanda de esta población usuaria, se pretende dar una atención integral y multidisciplinaria, y para ello, en estos dispositivos se pueden encontrar diversos programas de atención infantojuvenil, rehabilitación psicosocial, reparación, adicciones, por nombrar algunos.

En palabras de Idiáquez (2019, en Gómez, 2019), el trabajo en COSAM es complejo, tanto por la gravedad y daño que presenta cada usuario/a, pero también, por la alta demanda administrativa que los grupos de intervención clínica presentan: supervisiones constantes; exigencia de resultados; y por cierto, una alta rotación de personal que merma el trabajo clínico.

Por lo anterior, no tan sólo es la población usuaria que se expone a factores de

riesgo y de enfermedad mental, sino que también, los grupos de intervención clínica presentan un riesgo considerable. Esto será abordado en los apartados finales de este escrito.

La desubjetivación

La desubjetivación, tiene sus primeros vestigios en la obra de M. Foucault (1991, en Ramírez, 2016), en su teorización sobre la biopolítica. El autor define este fenómeno como el desvanecimiento de toda frontera simbólica por la cual el sujeto se constituye (social, moral, económica, etc.), y, por ende, el curso de la historia subjetiva, pierde su rumbo y con ello, el devenir de su deseo.

Este fenómeno es producto de la vida moderna y de la doctrina neoliberal; en la cual, el sujeto de colaboración pasa a ser sujeto-de-producción. En palabras de Vita (2021), con el advenimiento de las doctrinas económicas y sociales, se debió nuevamente generar una renuncia de las mociones pulsionales, pero esta vez, la renuncia apuntaba al propio deseo del sujeto como el bien máspreciado.

La pérdida de subjetividad (o desubjetivación), en Ajauro (2017), tiene su lugar bajo las relaciones de poder entre sujetos. Por lo que, cuando uno experimenta el dominio parcial o total de sí mismo por otro, la pérdida de investidura no se hace esperar. En ese sentido, la subjetividad sería un manto simbólico que recubre el cuerpo del sujeto de los hechos o eventos que puedan suceder a su alrededor, lo ayuda a pensar y pensarse respecto de los demás.

Bajo esa lógica, la desubjetivación es la pérdida de dicho manto, en donde el individuo queda expuesto no tan sólo a eventos que la vida productiva le demanda, sino que también, el curso de su propia historia pierde su autenticidad y la capacidad de pensamiento, queda relegado al pensamiento de alguien más. En casos más graves, este desalojo es tal, que los individuos desubjetivados, se ven empobrecidos en sus palabras, relegándolas a actos concretos o gesticulaciones para poder comunicarse con alguien más. Esta idea, será retomada en la discusión de este texto.

El espacio institucional y la desubjetivación

El espacio institucional, como bien se pudo revisar en la primera parte de este trabajo, guarda relación con la serie de reglas y normas que rigen dentro de un lugar, en el que, los sujetos tienen una investidura particular: ser profesionales o funcionarios que trabajan para dicha institución. Algo que previamente ya fue definido.

Sin embargo, la institución subjetiviza, otorgándole un grado de sujeto diferente al de otros espacios, como también, puede desubjetivizar o arrebatar dicha investidura, calando al espacio subjetivo más íntimo del individuo, lo que se debe, tanto a lo explícito del espacio (normas o reglas), como también, a lo implícito de ella.

Readi (2020), menciona que entre los factores a considerar dentro de la institución se encuentran la **infraestructura** (muchas veces los espacios cuentan con escaso mantenimiento, perpetuando condiciones de escases), **la rotación de personal** (tanto por licencia como porque algunos funcionarios eligen un lugar mejor), escasos **espacios de autocuidado**, los cuales se limitan a espacios de recreación y distracción, entre otros.

En consecuencia, estos factores mencionados por Readi (2020), inciden no tan sólo en que muchas veces los espacios no son los apropiados para poder realizar un trabajo clínico acorde a la necesidad del/la usuario/a, sino que también, el personal de atención debe hacerse cargo de aquellos vacíos que se van mostrando con el paso del tiempo; generando no tan sólo una carga laboral extra, sino que, ofreciendo un terreno fértil para que se genere el fenómeno de la desubjetivación.

En palabras de Almeyda (2016, en Aveggio y Araya, 2016), la institución también sería un ente responsable tanto de tratar la sintomatología de la población usuaria, como también, ocuparía un lugar protagonista en relación a que de igual manera genera sintomatología en los funcionarios y profesionales que allí ejercen su labor.

Siguiendo a Almeyda, tras la reforma en salud en el año 2005, surgen los COSAM como una forma de responder a las necesidades de la población y a su vez, acercar los tratamientos en salud mental, traspasando la barrera del hospital psiquiátrico e instituciones similares. Sin embargo, el paradigma de salud como su modelo de atención de ese entonces, no previó que también los funcionarios deben ser

considerados como sujetos propensos a enfermar y que la desubjetivación viene siendo un fenómeno recurrente en el espacio institucional, que se instala tanto de forma individual como de manera grupal, teniendo repercusiones sobre los grupos de intervención y su praxis.

El consumo de sustancias: una lectura desde el psicoanálisis

Se puede definir el consumo de sustancias desde lo señalado por Readi (2019, en Gómez 2019), como una experiencia senso-perceptiva, en la cual, el sujeto logra encontrar un estado de plenitud acotado, y que busca repetir una y otra vez.

Para Naparstek (2008), también implica una dimensión auto erótica, en donde las sensaciones y percepciones que se tienen de la realidad, comienzan en un nivel corporal, pero también se crea la ilusión de que, en ese estado mental, el sujeto cuenta con la capacidad de traspasar de un estado a otro sin un gasto pulsional importante.

Desde de Klein (1946), el consumo de sustancias tiene su similitud con la idea de las relaciones objetales que propone; ya que, el individuo en su consumo, introyecta un objeto exterior a su cuerpo para conseguir un estado mental que por sí mismo no alcanzaría.

Para precisar la idea anterior, el objeto que se menciona, que se puede entender como *botella, cigarrillo, tubo inhalante*, entre otros; en palabras de Klein (1957) vendría representar la búsqueda de un pecho y siguiendo a Meltzer (1967) habría una confusión entre un pecho bueno y un pecho malo. En ese sentido, la búsqueda de este pecho (bueno) en la edad adulta sería un intento de volver a aquél primer momento de satisfacción y con ello al origen de la vida psíquica del sujeto, sin embargo, sólo se encontraría con un mero espejismo de dicha eventualidad.

Es por lo antes mencionado, el consumo problemático de sustancias, no tan sólo es un problema ligado a lo conductual o dificultad en el control y manejo de impulsos, sino que también, tiene una estrecha relación con la dificultad que presenta el sujeto en la capacidad de formación de símbolos mentales que le permiten representar un estado psíquico en cuestión (pena, rabia, alegría) sostener el deseo, o bien, la capacidad de tolerancia a la frustración se ve mermada por la realidad, ya sea porque esta, es intolerable por los variados factores que se presentan en ella, o

bien, porque la propia subjetividad se encuentra arrasada por vivencias traumáticas.

El consumo de sustancias y la desubjetivación

En relación al fenómeno descrito, y el consumo de sustancias, ambos presentan un estrecho correlato: ya que, en las dos directrices, el sujeto se encuentra con la parte psicótica de su personalidad (Bion, 1977), que predominaría eventualmente, sobre la parte no psicótica. Esta similitud se relaciona debido a la desorganización con la que cada una de las experiencias se vive, pero también, por el esfuerzo del sujeto por mantener un punto en la neurosis.

Si este parámetro se lleva al trabajo en salud mental con usuarios/as con dichas características, en estos últimos, la subjetividad estaría desprovista por el consumo de sustancias, pero también, los tratantes pueden presentar signos de desubjetivación. Esto en palabras de Green (2005), en ambos casos existiría una merma en los mecanismos defensivos, presentando un empobrecimiento psíquico. Por lo que, la información que es recibida desde el exterior invade el espacio psíquico, tomándose esta, como extraña por lo que debe ser desalojada de dicho espacio.

Bajo esa lógica, al presentar un tratante desubjetivado, este estaría realizando una escucha desde la posición esquizo-paranoide (Klein, 1946), lo que implica en otras palabras, presentar ansiedades intensas, que imposibilitan el curso del pensamiento tanto personal como profesional. Sería un oyente *rechazante*, desalojando fuera de sí, cualquier material que pudiera despertar mayores ansiedades que eventualmente, no podría controlar. Y, por otro lado, un paciente que no profundizaría en su motivo de consulta ni toma consciencia de enfermedad, agravando su cuadro y siendo posiblemente alguien que abandone su tratamiento en un lapsus de tiempo acotado. En ese sentido, cualquier esfuerzo por establecer un encuadre terapéutico, se vería mermado eventualmente.

Discusión

La desubjetivación ocurre cuando el sujeto vivencia una serie de experiencias sensoriales que no logra elaborar o metabolizar por sí mismo, afectando su

psiquismo, difuminando su identidad y teniendo repercusiones sociales, que, en un caso extremo, su identidad queda difuminada y reducida a la mera defensa yoica.

Por lo anterior, cualquier experiencia venidera resulta amenazante, defendiéndose de ellas e intentando **dejar afuera**, todo lo que por sí mismo el sujeto no logre manufacturar en el plano psíquico y sensorial. En palabras de Bion (1977), ante la incorporación de un excedente de experiencias incomprensibles o **elementos beta**, estos deben ser expulsados del cuerpo y del aparato psíquico.

Se puede homologar con el concepto de posición esquizo-paranoide (Klein, 1946), debido a que, tendría similitud con el fenómeno de la desobjetivación. Sin ir más lejos, en ambas instancias, la vivencia subjetiva y percepción de la realidad es vista como desorganizada y amenazante, por lo cual, el individuo debe defenderse de ella. Así mismo, las fronteras de la subjetividad se ven difuminadas: por un lado, la realidad interna se ve cargada de experiencias incomprensibles, mientras que la externa, se encuentra advertida de hostilidades. Por lo que, en palabras de Meltzer (1967), se da pie a una vivencia caótica y amenazante de la realidad.

Como bien se ha mencionado, este fenómeno no sólo afecta a los/as usuarios/as a quienes los grupos de intervención deben dar atención a diario, sino que, también se presenta dentro de los mismos equipos de trabajo, traspasando las esferas profesionales y personales del/los tratantes. Esto es consecuencia, no tan sólo del complejo perfil cuando se trata de usuarios/as que presentan consumo problemático de sustancias, sino que, además, en palabras de Idiáquez (2019, en Gómez, 2019), las entidades reguladoras que se hacen presentes mediante evaluaciones constantes, así como la rotación de personal, afectan progresivamente el desempeño, la salud mental y moral de los grupos de trabajo.

Bajo estas condiciones, la pregunta en cuestión es: ¿Existe un lugar para que la subjetividad recupere su investidura? En respuesta a esta pregunta, se quiere plantear que **el encuadre clínico desde la posición analítica**, viene siendo una herramienta de fundamental importancia para conseguir dicho objetivo.

El encuadre, es un espacio que va a reunir condiciones materiales (el box) y simbólicas que propicien el surgimiento del inconsciente. Debe ser un lugar que facilite la lectura, por parte del tratante, de lo que acontece en la **esfera de lo pre-verbal** (Bion, 1977) del sujeto con el propósito de que dicho material que se encuentra inscrito en lo inconsciente, pase a la escena consciente de la vida

psíquica del paciente y que este último, pueda tolerar la experiencia sensorio-perceptiva bajo un espacio terapéutico.

Además, el encuadre debe reunir tantas condiciones materiales; que van desde la predisposición del espacio (sillas, mesas, clima, etc.) como condiciones simbólicas propias del tratante que van desde la voz, la mirada y la capacidad de tolerar las angustias que el paciente trae, por sólo mencionar algunos.

Para establecer un espacio terapéutico como lo es el encuadre en casos graves como lo son quienes presentan un consumo de sustancias, pero así mismo, para quienes realizan intervención directa con estos casos, se hace necesario considerar y reunir los siguientes elementos:

- Se debe propiciar de un **espacio simbólico** en el cual, se dé pie al depósito de un estado mental (cualquiera sea este).
- Un **espacio temporal**: Establecer un horario y un día para cada paciente, favoreciendo la estructura y teniendo los márgenes claros para el trabajo terapéutico; organizando de paso, la vida anímica de ambos involucrados (paciente-terapeuta).
- **Tiempo del inconsciente y tiempo institucional**: todo trabajo clínico es un trabajo que apela al tiempo inconsciente del sujeto, pero cuando se trata de ejecutar este trabajo en una institución, se debe ser capaz de poder dar sincronía a estos dos tiempos.
- **El tratante**: debe contar con la capacidad de tolerar tanto sus pensamientos como aquellos que se predispone a oír – aquí es necesario que dicho tratante se encuentre en constante supervisión clínica y análisis propio-.
- **Instalar la pregunta por lo psicopatológico**: en el encuentro clínico, lo que no debe faltar es esta pregunta. No tan sólo ayuda eventualmente a clarificar el motivo de consulta y el malestar del sujeto, sino que también, permite ser uno de los marcos referenciales para continuar y llevar el tratamiento. Esta pregunta, puede ser instalada ya sea, al principio o al medio de la conversación, lo cual es variable.
- **Propiciar un espacio de transformación**: es decir, donde fenómenos psíquicos como *acting out* y *somatización*, se vuelvan pensamientos y representaciones simbólicas tolerables. Así mismo, el encuadre ayuda en la transición de la posición esquizo-paranoide a la posición depresiva o, en otras palabras; de un lugar de desorganización a uno de organización.
- **Un espacio de creación**: este espacio simbólico, puede ya sea, crear

subjetividad donde no la hay o bien, invertir nuevamente dicha subjetividad adolecida por el sufrimiento, otorgándole un significado nuevo.

Al reunir las condiciones materiales y simbólicas que se describen anteriormente, el encuadre puede dar pie a la re-investigación de la subjetividad; por un lado, la del/la usuario/a; y por otro, favorecer en la delimitación del margen profesional sobre el personal que el tratante y su equipo requieren para continuar con la praxis clínica.

Tanto en el trabajo con pacientes graves que presentan consumo de sustancias, como para los grupos de intervención clínica, se requiere hacer énfasis en que el encuadre, sea un espacio donde se establezca un **continente-contenido** (Bion, 1977), en el que, se depositen aquellos pensamientos, afectos o sensaciones que se encuentran en una condición de impensado para el individuo y que por medio del trabajo terapéutico, estos puedan ser transformados a una experiencia tolerable, comprensible y soportable tanto para el/la paciente, como para el tratante y su grupo de trabajo.

Consideraciones finales

A lo largo de este trabajo, se fue presentando el fenómeno vincular de la **desubjetivación** el cual, como una idea que no tan sólo se encuentra vigente en los/as usuarios/as que presentan consumo problemático de sustancias y que, son atendidos en el espacio público. Sino que, traspasa a los tratantes, su grupo de intervención clínica y sus funciones subjetivantes en el trabajo institucional; esto, ya que se encuentran sometidos tanto a presiones administrativas, pero, sobre todo, con el continuo contacto con las intensas angustias que conlleva el trabajo clínico, en instituciones de salud pública con pacientes graves.

Si bien el énfasis de este trabajo estuvo en la praxis clínica que se realiza en instituciones de salud pública con usuarios/as que sostienen un consumo problemático de sustancias; una realidad similar se haya en el trabajo con personas en situación de calle, quienes presentan una subjetividad asediada por la desvinculación institucional, familiar y social; y en un grado mayor, se encuentran las personas con cuadros psicóticos en donde, dicha subjetividad se encuentra arrasada, quedando el delirio como un único elemento subjetivante y de vinculación con la realidad.

Cabe señalar, que trabajar con esta población usuaria (consumidores de sustancias, personas en situación de calle y personas con perfil psicótico), conlleva al desgaste a lo largo del tiempo de los grupos de intervención. En ese sentido, los grupos de intervención no están libres del sufrimiento que el contacto con este perfil de pacientes implica, estos también sufren, padecen y enferman, y frente a esto, se deben defender. Es por ello, que los grupos de intervención clínica deben encontrar espacios adecuados de autocuidado, en donde las complejidades del trabajo puedan ser debatidas en conjunto para generar la ayuda pertinente para cada usuario/a que la requiera, y a su vez, generar una mejor experiencia de desarrollo personal en el espacio laboral; o en otras palabras “*poder estar bien, para hacer el bien*”, de eso se trata el trabajo clínico.

Acompañado de lo anterior, es que se presentó la idea del encuadre como una herramienta que responde al quehacer clínico en instituciones, considerando factores tales como el espacio y elementos simbólicos, que brindan elementos para la elaboración de conflictos psíquicos manifiestos, pero también, aspectos psíquicos que se encuentran en la esfera pre-verbal a los cuales, el tratante debe apuntar.

Es por ello, que esta herramienta debe ser una apuesta tanto para el/la usuario/a que se pretende curar, pero también, debe serlo para el tratante y su grupo de intervención, quienes no están libres de padecer males similares, y que por lo demás, *padecen de la institución*. Siendo entonces, el encuadre, un factor que favorece en la delimitación de lo subjetivo y lo profesional; entre lo institucional y lo social, y, por último, entre lo clínico y lo moral.

Finalmente, y para reforzar algunas ideas que fueron presentadas en este trabajo, sería importante considerar autores como M. Klein, W.B Bion, D. Meltzer u otros más contemporáneos que tengan su mirada teórica y práctica, puesta en el funcionamiento más primitivo de la mente y que aludan a las fantasías más perturbadoras de la mente en el contacto íntimo entre las personas. En ese sentido, el concepto de desubjetivación puede incluir autores que se acerquen a conceptos tales como la psicosis (por ejemplo), fenómeno donde el lenguaje trasciende en lo pre-verbal y lo físico

Agradecimientos

Quisiera agradecer calurosamente a Ricardo Readí, quién aceptó guiar este trabajo,

tiéndolo con su conocimiento, sabiduría y experiencia. Sin ello, nada de este documento hubiera sido posible.

Bibliografía

Aveggio, R., Araya, C. (2016). *Intervenciones psicoanalíticas en instituciones de salud en Chile*. Santiago, Chile. Ril Editores.

Bion, W. (1977). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Horme.

Bilbao, A., Jofré, D. (2020). *En torno a la noción de la subjetivación en psicoanálisis: entre dinámica pulsional, identificación y objeto*. Sao Paulo, Brasil. Revista Latinoamericana de psicopatología. Recuperado de:
[https://www.scielo.br/j/rlpf/a/SDVk9xNGLzWshBS7YLryWyC/?lang=es\(link is external\)](https://www.scielo.br/j/rlpf/a/SDVk9xNGLzWshBS7YLryWyC/?lang=es(link%20is%20external))

Echeverry, S. (2021). *Subjetivación y desubjetivación en el uso de los placeres*, tesis de grado. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Recuperado de:
[https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/58290\(link is external\)](https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/58290(link%20is%20external))

Green, A. (2005). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo: desconocimiento y reconocimiento del inconsciente*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Amorrortu.

Foladori, H. (2008). *La intervención institucional: hacia una clínica de las instituciones*. Santiago, Chile. Editorial Arcis.

Freud, S. (1929). *Malestar de la cultura. Obras completas*, Vol. XXI. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu, 1992.

Freud, S. (1911). *Los dos principios del acaecer psíquico. Obras Completas*, Vol. XII. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu, 1991.

Freud, S. (1894). *Las neuropsicosis de defensa. Obras Completas*, Vol. III. Buenos Aires, Argentina, Amorrortu, 1991.

Freud, S. (1914). *Repetir, recordar, re elaborar. Obras completas*, Vol. XII. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu, 1991.

Gómez, L. (2021). *Algunas contribuciones psicoanalíticas a la salud pública II: diálogos para el desarrollo de la práctica de la salud mental en el hospital comunitario*. Marchigue, Sexta Región, Chile. Piuchén Editores.

Klein, M. (1946). *Nota sobre algunos mecanismos esquizoides*. México, D.F, México. Paidós Ediciones.

Klein, M. (1957). *Envidia y gratitud*. México, D.F, México. Paidós Ediciones.

Metzler, D. (1967). *El proceso psicoanalítico*. Vol. XVIII. Breviarios Psicoanalíticos. Buenos Aires, Argentina, 1987.

Moise de Borgnia, C. Cartaná, O., Orsi, L., Oswald, L., Abraham, J., Mariano, G. (2006). Subjetivación-desubjetivación y trauma social. *Revista de psicoanálisis*. Vol. 63(1), pp. 43-52. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8155146>(link is external)

Naparstek, F. (2008). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos aires, Argentina. Gramma Ediciones.

Plan de salud mental (2017). *Plan Nacional de salud mental 2017-2025*. Ministerio de salud. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>(link is external)

Ramírez, L. (2016). *El sujeto en los juegos de poder: subjetivación y desubjetivación desde Foucault*. *Revista de psicología de la universidad de Antioquia, Colombia*. 7 (2), pp.133-145. Recuperado de:
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/325209>(link is external)

Readi, R. (2020). *Cuidados defensivos: defensas sociales en instituciones de salud*. Santiago, Chile. *Rev. Chilena de psicoanálisis*. Vol° 35. 2020. Extraído de:
https://apch.cl/revista/35_1_2_2020/REVISTA%2035%20Readi.pdf(link is external)

Vita, A. (2021). *Desubjetivaciones: los hijos de cronos*. *Rev. "El Hormiguero, infancias y adolescencias"*. Universidad Nacional de Comahue (2021). Comahue, Argentina. Recuperado de:
<http://revela.uncoma.edu.ar/index.php/psicohormiguero/article/view/3347>(link is external)

1 Se hará uso de su sigla para referirse a estos dispositivos de atención en este trabajo.

[LEER EL ARTÍCULO ORIGINAL PULSANDO AQUÍ](#)

Fotografía: Topia

Fecha de creación

2023/02/24