



CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL
PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

Año 8 N° 25 Mayo de 2012
DISTRIBUCION GRATUITA



CONTEDIDO: • El problemático estigma del anti-diagnóstico psicopatológico en la clínica diaria • Realidad psíquica y narratividad • Por qué las adicciones no son enfermedades: el efecto Copérnico y las metáforas que lo mantienen • Psicoanálisis en emergencia psiquiátrica: algunas cuestiones sobre la interdisciplinariedad • Adolescentes y nuevas tecnologías: cambios en la temporalidad y proceso de historización • Del grito silencioso a la demanda del niño autista • Apropiación/restitución de niños en la Argentina

COMISION DIRECTIVA

PRESIDENTE: Alberto Trimboli
 VICEPRESIDENTE: Néstor Saborido
 SECRETARIO GENERAL: Juan Carlos Fantin
 SECRETARIO CIENTÍFICO: Gustavo Bertran
 SECRETARIO DE ACTAS: Liliána Moneta
 SECRETARIO DE ÉTICA: Pablo Fridman
 SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: Ricardo Soriano
 SECRETARIO DE RELAC. INTERINSTITUCIONALES: Silvia Raggi
 SECRETARIO DE PRENSA: Rosa Daniell
 SECRETARIO DE PUBLICACIONES: Ariel Falcoff
 SECRETARIO DE CULTURA: Ruben Gallardo
 SECRETARIO DE BIBLIOTECA: Darío Galante
 TESORERO: Eduardo Grande
 VOCALES TIT: Irma Zurita, Beatriz Schlieper, Jimena Aguirre
 SUPLENTE: Roberto Sivak, Irma Domínguez

COMISIÓN FISCALIZADORA:

PRESIDENTE: Beatriz Kennel

VOCAL TITULAR: Jerónimo Grondona

VOCAL SUPLENTE: Fabio Celnikier

Miembros de Honor

*Samuel Basz, Pedro Boschan, Juan Carrega, Jorge Chamorro, Carlos Coquet,
 Horacio Etchegoyen, Osvaldo Delgado, Enio Linares, Andrea López Mato, Gabriel Lombardi, Miguel Márquez,
 Roberto Mazzuca, Roger Montenegro, José Schávelzon, Sara Slapak, Ricardo Soriano, Jaime Yospe, Héctor Fischer*

Miembros Fundadores

*Grande Eduardo, Trimboli Alberto, Soriano Ricardo, Fridman Pablo, Raggi Silvia, Fantin Juan Carlos,
 Calabrese Alberto E., Bertrán Gustavo, Arocha Jose, Barcan Amalia, Carrega Juan Miguel, Daniell Rosa,
 Marachian Carlos Alberto, Galante Dario, Saborido Nestor, Coquet Carlos Alberto, Calero Susana Elena,
 Calónico Fabiana, Pardo Roberto, Schiavo Claudia, Baudron M. Belen, Bilotta Roberto, Busquets Macarena,
 Camigliano Andrea, Casal Héctor, Castellano Teresa, Contreras Estela, Díaz Tolosa Pablo, Dokser Eduardo Mario,
 Dominguez Irma Teresa, Aguerre Ersilia, Falcoff Ariel Dario, Frechino Jorge, Gallardo Ruben Dario,
 Garcia Mª Fernanda, Gaspar Verónica E., Gutierrez Clarisa, Kahn Clara, Kennel Beatriz, Marquis Ana Ines,
 Morazzani Ivan D., Naddeo Silvana E., Nisembaum Adriana, Olivera Patricia B., Pontiggia Susana,
 Rodriguez O Connor Horacio, Rago Carina, Reggiani Hector, Romanella Arturo, Sacerdote Máximo B.,
 Saucedo Rose M., Savignone Nicolas, Scannapieco Maria J., Stigliano Javier, Tenca Mabel Liliana,
 Torreiro Marcela Alicia, Treister Mario Luis, Ugarte Rene R., Villa Nora, Zirulnik Jorge*

Delegación Mendoza

PRESIDENTA: Miriam Aparicio

VICEPRESIDENTA: Nancy Caballero

SECRETARIA: Jimena Aguirre

Area Administrativa

Jorgelina Catenacci (coordinación)

Capítulos**PRESIDENTES DE CAPITULOS**

COORDINACION GENERAL: JUAN CARLOS FANTIN

ABORDAJES TERAPÉUTICOS INTERDISCIPLINARIOS

PRESIDENTE: JUAN CARLOS BASANI

ACOMPANIAMIENTO TERAPÉUTICO

PRESIDENTE: GUSTAVO PABLO ROSSI

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN

PRESIDENTE: JUAN CARLOS FANTIN

ARTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: MARÍA JULIA CEBOLLA LASHERAS

BIOÉTICA

PRESIDENTE: SANTIAGO MAFFIA BIZZOZERO

CALIDAD DE VIDA, SALUD MENTAL Y**PROBLEMÁTICAS ACTUALES**

PRESIDENTE: ALBERTO TRIMBOLI

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

PRESIDENTE: ANAHÍ REBAGLIATI

CONFLICTO VINCULAR: ETIOLOGÍA, PATOGÉNESIS Y TERAPÉUTICA

PRESIDENTE: GABRIEL CASTELLO

CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL

PRESIDENTE: SILVIA KLEIBAN

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ANA INÉS MARQUIS

DESARROLLO HUMANO,**ENVEJECIMIENTO Y SUBJETIVACIÓN**

PRESIDENTE: HÉCTOR CASAL

DISPOSITIVO DE HOSPITAL DE DÍA EN SALUD**MENTAL: TEMPORALIDAD DE LA PSICOSIS**

PRESIDENTE: GUSTAVO F. BERTRAN

EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

PRESIDENTE: BEATRIZ KENNEL

ESPECIALIDADES MÉDICAS: INTERCONSULTA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ALFREDO ESPINOSA

FAMILIA, PAREJA Y GRUPO

PRESIDENTE: SILVIA SINGER

INTERDISCIPLINA EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: NORMA FANTINI

LOS SÍNTOMAS Y LA ÉPOCA

PRESIDENTE: MÓNICA CHAMA

MEDICINA, SOCIEDAD Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: FRANCISCO ALEJANDRO SAYDMAN

MOOBING Y SOCIEDAD

PRESIDENTE: ADRIANA BRESLIN

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PATRICIA CABRERA

NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: GUSTAVO TAFET

NEUROPSICOLOGÍA

PRESIDENTE: GABRIELA PISANO

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN RIESGO

PRESIDENTE: SUSANA E. QUIROGA

PERINATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVANA NADDEO

PSICOANÁLISIS Y CINE: REFERENCIAS APLICADAS**DEL PSICOANÁLISIS AL SÉPTIMO ARTE**

PRESIDENTE: CARLOS GUSTAVO MOTTA

PSICOANÁLISIS Y PSICOSIS

PRESIDENTE: BEATRIZ SCHLIEPER

PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PABLO FRIDMAN

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA

PRESIDENTE: YANNY JARITONSKY

PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA

PRESIDENTE: GUSTAVO NAHMOD

PSICOSOMÁTICA

PRESIDENTE: BEATRIZ GARDEY

PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: DIEGO FEDER

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

PRESIDENTE: FABIO CELNIKIER

PSIQUIATRÍA CLÍNICA, TERAPÉUTICA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ARIEL FALCOFF

REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ALBERTO MENDES

REHABILITACIÓN - REINSECCIÓN SOCIAL Y**LABORAL EN TRASTORNOS MENTALES SEVEROS**

PRESIDENTE: CLAUDIA RODRIGUEZ

SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVIA VOULLAT

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

PRESIDENTE: LILIANA MONETA

SALUD MENTAL COMUNITARIA Y DIVERSIDAD CULTURAL

PRESIDENTE: JULIÁN ZAPATEL

SALUD MENTAL LABORAL Y PREVISIONAL

PRESIDENTE: NOIDA GALLAGHER

SALUD MENTAL Y ESPIRITUALIDAD

PRESIDENTE: RAQUEL BIANCHI

SALUD MENTAL Y LEY

PRESIDENTE: RENÉ UGARTE

SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD

PRESIDENTE: NORBERTO PISONI

SUICIDIO: PREVENCIÓN Y CONSECUENCIAS, CLÍNICAS Y SOCIALES

PRESIDENTE: DIANA ALTAVILLA

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN: OBESIDAD

PRESIDENTE: MÁXIMO RAVENNA

VIH - SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

PRESIDENTE: GRACIELA FERNÁNDEZ CABANILLAS

VIOLENCIA

PRESIDENTE: SUSANA PONTIGGIA

Directores:

Eduardo Grande
Alberto Trimboli

Director Asociado:

Ariel Falcoff

COMITE EDITORIAL

Pablo Fridman
Juan Carlos Fantín
Alberto Trimboli
Silvia Raggi
Gustavo Bertran
Darío Galante

COMITE CIENTIFICO

Daniel Millas
Alberto Carli
Ruben Gallardo
Pedro Boschan

CONEXIONES Revista Argentina de Salud Mental es una publicación científica editada por la Asociación Argentina de Salud Mental. ISSN en trámite, Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Editor Propietario: Asociación Argentina de Salud Mental.

Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación siempre que se cite el nombre de la fuente (Conexiones Revista Argentina de Salud Mental), el número del que ha sido tomado y el nombre del o de los autores. Se ruega enviar 3 ejemplares de la publicación de dicho material.

Ayacucho 234 (1025)

Ciudad de Buenos Aires - Argentina

Teléfono: (54 11) 4952-1923

COLABORADORA: *Estela Gagliardi*

 **diseño carlos de pasquale**
 4697-4934

Contenido

- 5** El problemático estigma del anti-diagnóstico psicopatológico en la clínica diaria
 Gerardo Spatola
- 9** Realidad psíquica y narratividad
 Alberto Marani
- 12** Por qué las adicciones no son enfermedades: el efecto Copérnico y las metáforas que lo mantienen
 Mario E. Martínez
- 17** Psicoanálisis en emergencia psiquiátrica: algunas cuestiones sobre la interdisciplinariedad
 Sonia Leite
- 21** Adolescentes y nuevas tecnologías: cambios en la temporalidad y proceso de historización
 Patricia Álvarez, Gustavo Cantú, Analía Diéguez, Julián Grunin, Alejo Durán
- 25** Del grito silencioso a la demanda del niño autista
 Fabiana Lifchitz
- 27** Apropiación/restitución de niños en la Argentina
 María Elena Domínguez



Imagen de Tapa
 Xul Solar
 "Drago"
 Acuarela sobre papel
 25.5x32cm
 1927

Congreso Mundial de Salud Mental 2013 de la World Federation for Mental Health

*"Interdisciplina e inclusión social
como ejes de intervención"*

BUENOS AIRES 2013

Buenos Aires, Argentina – 25 al 28 de agosto de 2013
Panamericano Hotel & Resort

www.wmhc2013.com

Secretaría Local del Congreso
Ayacucho 234
Buenos Aires, Argentina
Tel/Fax: +54 11 4952-1923
info@wmhc2013.com
www.wmhc2013.com

Organizado por:

AASM Asociación Argentina
de Salud Mental

Miembro de:



Declarado de interés por



Adhiere:



El problemático estigma del anti-diagnóstico psicopatológico en la clínica diaria

Gerardo Spatola

Primero, el autor de estas líneas considera necesario aclarar cuál es su posición ética, profesional y epistemológica en el amplio campo de la salud mental, definiéndose como psiquiatra de orientación fenomenológica y psicoterapeuta de orientación psicoanalítica, que además adhiere a los avances de las neurociencias para el ejercicio racional de la psicofarmacología clínica, respetando y aprovechando algunos aportes de otras corrientes del pensamiento psiquiátrico, de la psicología cognitiva y de la psicología sistémica. Por último, cabe destacar que el autor adhiere al paradigma del pensamiento complejo en relación a la construcción de una epistemología más dialéctica y dialógica, donde sea posible una auténtica transdisciplinariedad en la práctica real con pacientes concretos.

Pareciera que hoy en Argentina existe un sutil pero contundente desliz discursivo cuando se critica el presumible exceso de diagnósticos psicopatológicos en la práctica clínica, y se termina en una suerte de reivindicación mística del anti-diagnóstico total para no estigmatizar al paciente en su sufriente singularidad, cayendo en un nihilismo anti-científico en el nombre de una supuesta ética humanista, que en realidad no es más que el disfraz de un moralismo prejuicioso aplicado a los

hechos de la clínica. Así asistimos a la hegemonía de cierto lacanismo fundamentalista, que viene defenestrando simultáneamente a las neurociencias, a la psicología cognitiva, y también a otras versiones actuales del psicoanálisis contemporáneo, que tienden a acercarse a otras disciplinas científicas para dialogar en un pie de igualdad y no de superioridad. Pero tampoco hoy en día se queda atrás su adversario más temido: el fanático neurobiologismo organicista que desmiente y reniega la existencia del inconsciente freudiano, porque pareciera no considerarlo una entidad psíquica “basada en la evidencia” de las tecno-neuroimágenes modernas.

Considerando al primitivo mecanismo de defensa de la desmentida/renegación que puede estar al servicio de la psicosis y la perversión en la clínica, también en las disciplinas del campo de la supuesta “salud mental” se propone un breve análisis del predominio de esta arcaica defensa mental, en tres cuestiones interdependientes a la hora de “anti-diagnosticar”:

- 1) Desmentida/Renegación Ontológica de la existencia misma de las patologías mentales. O sea, una vuelta fantasmagórica al Medioevo donde la Locura era entendida como un milagro divino o una posesión demoníaca, pero sin dar nom-

Médico psiquiatra y psicoterapeuta. Miembro titular de AASM. Secretario científico del Capítulo “Psiquiatría clínica, Terapéutica psiquiátrica y Salud mental” de AASM. Psiquiatra de Guardia del Htal. Tornú y del CENARESO. Colaborador docente del Htal. Tornú y del CENARESO. Ex docente de Psicopatología de la Ftad. de Psicología de la UBA y de la USAL.

bres más específicos a tantos locos que terminaban en la hoguera terrenal. Es cierto que antes de Pinel y los manicomios modernos, los locos circulaban aparentemente “libres de cuerpo”, sin psicoterapia ni medicación, sin ser considerados jurídicamente de riesgo para sí y para terceros; pero tampoco eran investigados, comprendidos y atendidos por la psiquiatría y el psicoanálisis. Sin embargo, los locos de antes también sufrían por la influencia de “santos y diablos”, a pesar de la nostalgia quijotesca y romántica de ciertos fanáticos a-críticos de Foucault.

- 2) Desmentida/Renegación Epistemológica de las ciencias dedicadas al estudio y tratamiento de las patologías mentales. O sea, una vuelta místico-religiosa que defenestra el desarrollo científico con sus aciertos y errores, según los paradigmas cambiantes de cada época histórica. Gracias al descubrimiento y el desarrollo de la psicofarmacología, muchas patologías graves se hicieron ambulatorias y se acortaron sensiblemente los períodos de internación psiquiátrica; y gracias a la implementación de la psicoterapia psicoanalítica más heterodoxa, adaptada progresivamente al abordaje específico de casos graves, se fue ampliando la asistencia psicológica a muchos pacientes internados y ambulatorios. Hoy se agrega la psicoterapia cognitiva-constructivista, sin olvidar los importantes aportes de la psicología sistémica.
- 3) Desmentida/Renegación Deontológica de los principios éticos que rigen la asistencia profesional de las patologías mentales. O sea, una vuelta anti-humanista a la desconsideración y el abandono del sufrimiento psíquico por desvalorizar determinadas corrientes del pensamiento científico. Entonces, cierto psicoanálisis estructuralista repite compulsivamente, en forma invertida, la discriminación ideológica contra las neurociencias, “identificándose con su histórico agresor” de la época de la psiquiatría ortodoxa, cuando ésta se resistía agresivamente a reconocer la importancia del inconsciente freudiano. Por desgracia, hoy cierto lacanismo autocomplaciente se resiste neuróticamente a los aportes fundamentales de la actual psiquiatría neurobiológica con la ex-

pansión de la psicofarmacología clínica, sin abrirse al diálogo genuino.

De esta forma, pareciera surgir el “estigma del sujeto anti-diagnosticado-falso negativo”. O sea: si hablamos de un paciente que tendría que ser diagnosticado positivamente de algún padecimiento mental existente, en el nombre de la subjetividad alienada por la psicopatología clínica, se desmiente/reniega su sufrimiento psíquico. Cabe destacar que este dolor psicopatológico del paciente es “específico-no sólo singular” y está “agrupado-no masificado” en una nosología orientativa del diagnóstico y el tratamiento científicos. En Argentina el paradigma clasificatorio psicoanalítico-lacaniano propone tres estructuras clínicas clásicas (neurosis, psicosis, perversión) para diagnosticar a los “sujetos en transferencia”, y el paradigma clasificatorio estadístico-neurocientífico propone una gran variedad de trastornos distribuidos en distintos ejes (uno para la ansiedad, la bipolaridad, la esquizofrenia, la depresión, etc.; otro para las caracteropatías y el retardo mental; etc.) para diagnosticar a los “casos observables”. Ambos paradigmas nosológicos siempre presentaron serias falencias que deben asumirse y quizás solucionarse, pero sin necesidad de caer en la trampa alienante del nihilismo anti-clasificador de: “para esto... mejor no diagnosticar nada a nadie”.

El buen uso ético de la presunción diagnóstica específica es una hipótesis flexible general del trabajo clínico a desarrollar con un paciente particular concreto, siempre respetado en su individualidad. Por ejemplo: la dirección de la cura lacaniana en las psicosis es una orientación general que debe adecuarse a cada caso psicótico en particular o en “singular”, y el abordaje psicofarmacológico neurocientífico en la esquizofrenia es otra orientación general que también debe adecuarse a cada paciente. La particularidad o singularidad del caso clínico no se aplasta ni se extermina por incluirlo nosológicamente en un paradigma de clasificación determinado, sabiendo reconocer con honestidad científica y humildad epistemológica las limitaciones empíricas que tienen todas las nosologías psicopatológicas sin excepción, porque ningún sistema nosológico en pugna por la hegemonía es ni será perfecto. Por

ejemplo: los diagnósticos estructurales del psicoanálisis siempre fueron demasiado amplios y laxos al pretender la inclusión, sea en la tríada freudiana clásica neurosis-psicosis-perversión, o sea en la tríada posfreudiana moderna neurosis-psicosis-borderline, de todos los cuadros clínicos típicos y atípicos; así como los diagnósticos sindromáticos de la psiquiatría neurobiológica-estandarizada son demasiado fragmentarios y dispersos, a pesar de sus variadas combinaciones comórbidas, al proponer la separación compartimentalizada en múltiples trastornos mentales específicos de tradicionales cuadros psicopatológicos que siempre se caracterizaron por presentar una florida sintomatología polimorfa, como la histeria y la perversión. Pareciera que sólo el abuso clasificatorio propio de la mala praxis profesional, proveniente de la soberbia y de la ignorancia con poder autoritario, genera un durísimo rótulo alienante de la persona sufriente que lo margina cínicamente de una supuesta normalidad cotidiana incuestionable. Pero también el abuso anti-nosológico propio de la mala praxis religiosa proviene de la misma soberbia y de la misma ignorancia que se critica en el otro saber en pugna con el mismo poder autoritario. Los diagnósticos estructurales del psicoanálisis lacaniano pueden ser discutibles porque, por ejemplo, no incluyen “oficialmente” a los variados trastornos narcisistas-fronterizos de la personalidad como una cuarta estructura psicopatológica que nunca va a ser neurótica, ni psicótica, ni tampoco perversa. Los diagnósticos descriptivos-sindromáticos de la psiquiatría neurobiológica también pueden ser discutibles porque, por ejemplo, tampoco incluyen “oficialmente” variantes fenomenológicas ya investigadas como las psicosis cicloides, entidades aparentemente limítrofes entre la bipolaridad y la esquizofrenia, pero bien diferenciadas en su evolución y su pronóstico cuando se las sabe diagnosticar. Y a pesar de todas estas falencias nosológicas, sería una gravísima consecuencia iatrogénica que se impugnara entonces la necesidad de un diagnóstico psicopatológico presuntivo de un paciente/sujeto concreto que está sufriendo. El anti-diagnóstico psicopatológico es otro rígido rótulo alienante que se desmiente a sí mismo por

negación y proyección, masificando la especificidad del sufrimiento mental en nombre de una “paradójica singularidad universal”, que reniega de la psicopatología clínica aplicada a la atención de casos particulares. Este es el grave error anti-científico compartido por cierto psicoanálisis estructuralista y por la anti-psiquiatría contestataria de los '60 y '70, al defenestrar la posibilidad diagnóstica por considerarla al servicio de la alienación subjetiva del paciente, yendo mucho más allá del necesario cuestionamiento ético e ideológico a la estigmatización social-cultural-política, por “ser portador de un diagnóstico psiquiátrico”. Y tampoco es justificable la reacción anti-psicoanalítica del otro estilo anti-científico vigente, como cierta versión de la psiquiatría neurobiológica que retorna furiosamente a la supremacía de la “herencia genética universal” del mal funcionamiento cerebral, considerando a la biografía vivencial-traumática del paciente apenas un epifenómeno circunstancial que se añade a la superficie de lo que pasa en las profundidades metafísicas de las neuronas. Sólo en la Argentina de hoy parecen tan irreconciliables el psicoanálisis y la psiquiatría a la hora de la investigación científica conjunta; en cambio psicoanalistas de renombre, como por ejemplo los contemporáneos Kernberg y Fonagy, creadores además de abordajes psicoterapéuticos específicos para los trastornos graves de la personalidad, investigan teniendo en cuenta los aportes de las neurociencias (o sea de la psiquiatría neurobiológica) para el abordaje terapéutico integral de las caracteropatías narcisistas-fronterizas. En todas las épocas históricas de la psiquiatría y del psicoanálisis existieron sobre/infra diagnósticos de moda. Por ejemplo: durante el apogeo de la psiquiatría clásica se sobrediagnostica la esquizofrenia y se infradiagnostica la bipolaridad y la personalidad borderline; durante el apogeo de la psiquiatría dinámica se sobrediagnostica la personalidad borderline y se infradiagnostica la esquizofrenia y la bipolaridad; y hoy, en el apogeo de la psiquiatría neurobiológica, se sobrediagnostica el espectro de la bipolaridad y se infradiagnostica la esquizofrenia y la personalidad borderline. Sin embargo, a pesar de estos errores epistemológicos de sobre/infra diagnósticos clínicos, no significa que

la “solución definitiva” esté en el anti-diagnóstico psicopatológico como una impugnación absoluta y total a la importancia del diagnóstico en las dos disciplinas que fueron los paradigmas fundantes de la psicopatología: la fenomenología psiquiátrica, con sus diferentes desarrollos, y el psicoanálisis freudiano, con sus múltiples versiones posfreudianas bien diferenciadas. Y tampoco los manuales del DSM son los enemigos imperialistas estadounidenses, porque sus autores no pretenden reemplazar a los textos clásicos y actuales de la psicopatología, aunque se les pueda cuestionar que no son precisamente a-tóricos (como sus autores pretenden) en sus descripciones sintomáticas de los trastornos mentales. Por último, también se puede agregar que en Argentina se viene observando un encarnizado enfrentamiento pseudo-epistemológico, que en realidad es más bien político, entre los “hiper-diagnósticos psiquiátricos” de múltiples patologías psíquicas estandarizadas, y los “anti-diagnósticos psicoanalíticos” de sujetos universales del inconsciente deseante, donde ciertos psiquiatras neurobiologistas militantes reniegan de la existencia del inconsciente freudiano y de la escucha del sufrimiento mental, y ciertos psicoanalistas lacanizados militantes reniegan de la existencia del cerebro kraepeliano y de la implicación neuronal en el padecimiento psíquico. Seguramente los primeros quemarían las obras de Freud y sus seguidores, mientras los segundos quemarían los manuales del DSM y los libros de neurociencias, como harían los sacerdotes fundamentalistas y las dictaduras de derecha e izquierda. Pero por supuesto, ambos bandos pos-

tulan al mismo tiempo que lo hacen éticamente, por el bien supremo del paciente o del sujeto, según los gustos.

Y pareciera que al final, cuando llega la temida hora de trabajar desde la interdisciplinariedad, sucede que los reduccionismos dogmáticos de las pseudociencias que desmienten su propia religiosidad místico-paranoide, obturan el genuino encuentro de distintas disciplinas, por ejemplo entre los profesionales de la psiquiatría y el psicoanálisis del “equipo interdisciplinario”, quedando el paciente alienado en medio de un fuego cruzado anti-trans-disciplinario, cargado de descalificación y resentimiento mutuos e interminables. Así, mientras los psicoanalistas interpretan a las “mentes sin cerebro”, los psiquiatras medican a los “cerebros sin mente”; y por supuesto ambos bandos desmienten juntos el contexto histórico posmoderno en el que hoy se desarrollan las supuestas “prácticas curativas”. De esta manera, la famosa transdisciplina se deforma en un estético discurso político hueco, sin praxis posible a la vista, cuando todavía cada profesional perteneciente a cada disciplina científica descuartiza al paciente para quedarse con aquello que considera más importante, y descartando sólo aquello que considera epistemológica y disciplinariamente despreciable. Por ende, el paciente queda mutilado en su inconsciente o en su cerebro, según el siniestro placer o goce anti-ético del psiquiatra o del psicoanalista, respectivamente. Se torna urgente cuestionar ciertos prejuicios simplificadores y reduccionistas del psicoanálisis y de la psiquiatría en Argentina, para abrir la mentalidad profesional a un pensamiento más complejo y más dialéctico, que flexibilice y articule la atención de sujetos/pacientes, sin las feroces disputas imaginarias y narcisistas que alienan el deseo/la vocación de ayudar al otro y transformar este mundo que vivimos/sufrimos todos. Empecemos pues por debatir a fondo la importancia del diagnóstico psicopatológico éticamente fundamentado, advirtiendo siempre sus excesos y sus defectos, para no caer más en esta renegación o desmentida iatrogénica del diagnóstico al servicio de un anti-ético nihilismo sectario, y liberar del “estigma del sujeto anti-diagnosticado-falso negativo” a las personas que consultan.

Servicio Técnico a Domicilio
365 Días al Año

www.sosp.com.ar

- Urgencias
- Soporte Técnico
- Mantenimiento

Notebooks - Netbooks - Tablets
Computadoras - Servidores
Redes - WiFi - Seguridad

Socios AASM
20% de Descuento

15-6-941-9001

Realidad psíquica y narrativa

Alberto Marani

*Prof. Juan Ángel Magariños de Morentin,
In memoriam.*

Cuando escuchamos a nuestros pacientes y nos ponemos en contacto con la superficie de su discurso, tenemos la posibilidad de conocer su realidad psíquica, algo imprescindible para poder intervenir en la clínica. Tal como lo indicó Freud, estamos obligados a servirnos de la moneda (forma del valor) que predomina en el país que investigamos (*Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*).

El abandono de la teoría de la seducción¹ llevó a Freud a la postulación de una nueva dimensión de la realidad, *psíquica*. Es decir, un tipo particular de realidad determinada por las fantasías de deseo y las defensas que las deforman.

Si la realidad psíquica está a la altura de su nombre, debe ser consistente. ¿Cuál es, entonces, su estructura? Que está constituida por un conjunto de representaciones es una respuesta cierta pero aproximativa. No se trata sólo de una colección de representaciones; éstas, con grados de investimento, están articuladas con variables niveles de complejidad.

Debemos diferenciar también las formas en que están organizadas esas representaciones. Suelen expresar una serie eslabonada de acontecimientos en orden cronológico. Esta es la razón por la que

los psicoanalistas, en general, hablan de historia. Porque la historia es una versión reconstructiva de una sucesión de acontecimientos, sus causas y sus consecuencias. Y es lo que los pacientes se proponen, por ejemplo, cuando exponen la historia de sus padecimientos y sus conflictos.

Pero debemos considerar que dos características son inherentes a estos discursos: por un lado, que los acontecimientos son contados de determinada manera, son narrados; la segunda es que se trata de narraciones orales.

El relato da forma a la historia personal. El yo se historiza narrativamente².

La narración puede correlacionarse con la enunciación y el relato con el enunciado, ambas categorías centrales para el estudio de la subjetividad en el lenguaje.

La realidad psíquica, que incluye la verdad histórico-vivencial, está hecha de relatos; relatos la traman, son tramas las que la constituyen³. Ya en la Psicopatología primitiva, Freud llamaba “poetizaciones” y “novelas” a las fantasías; es decir, relatos (ver *Manuscrito M*, por ejemplo).

La *elaboración secundaria*, una forma de narrativización⁴ espontánea, resulta ejemplar para entender uno de los fundamentales trabajos del yo.

Médico psiquiatra y Psicoanalista. Miembro del Colegio de Psicoanalistas y de la Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, Profesor Titular Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados.

¹ Pero como demuestra Laplanche con la Teoría de la Seducción Generalizada, había y hay un núcleo verdadero -de realidad material- incluido en esa teoría.

² La historización, de la que hablaba Piera Aulagnier, es la construcción de una narración.

³ Voy a dejar de lado, porque no es el propósito de este texto, la cuestión acerca de la realidad material y la posibilidad de reconstrucción -o su imposibilidad, según otros-.

El relato es constituyente de la realidad psíquica porque permite articular, explicar y explicarnos las experiencias vividas activa o pasivamente; de encontrarles sentido; de comunicarlas; de trasladarnos en el eje del tiempo (inclusive de anticipar); de conjeturar posibilidades (de lo que podrá ocurrir o de lo que podría haber ocurrido); de tornar inteligible lo inesperado y lo caótico.

La realidad psíquica está estructurada como relatos.

En nuestra existencia singular, la narración es la manera de dar forma a las experiencias vividas. Pero, a su vez, las vivencias se vierten en matrices narrativas que las ordenan. Permanentemente estamos creando y recreando relatos: la superación o la modificación de esos relatos se produce por medio de... otros relatos. Naturalmente, no estoy diciendo que estas narraciones sean ficcionales.

¿Qué es el Complejo de Edipo sino un relato de las vicisitudes afectivas de los seres humanos vertidas en la matriz de una tragedia clásica, derivada a su vez de un relato mitológico? ¿Cómo está plasmada la realidad histórico-vivencial, sino en un complejo relato como el que, por ejemplo, reconstruye Freud en *Moisés y la religión monoteísta*? ¿Qué son sino narraciones las “formaciones” que “permiten captar [...] el conflicto fundamental que, por intermedio de la rivalidad con el padre, liga al sujeto con un valor simbólico esencial”, en *el mito individual del neurótico* (Lacan)?

Los autores que estudiaron los relatos nos informan de la existencia de una *estructura narrativa elemental*, que consiste en la relación de un sujeto con un objeto cuya falta pone la narración en marcha (V. Propp; J. Courtés).

La narración establece un punto de equilibrio entre dos opuestos, permanencia vs. cambio (o entre cambio y permanencia). La definición más elemental de relato es: lo que da cuenta de un cambio de estado, el paso de un estado a otro, es decir, de la transformación entre dos estados sucesivos y diferentes (Cf. J. Courtés, *Análisis semiótico del discurso*). Es inherente al relato la secuencia

temporal antes → después (o su inversa).

El equilibrio entre permanencia y cambio es una de las razones principales por la que los relatos permiten formular preguntas y respuestas acerca de la identidad de ego (como dicen los antropólogos) y de los otros.

Ofrece particular interés para nosotros la tesis de Vladimir Propp, que en los años '20 del siglo pasado investigó el cuento fantástico. Propp afirmaba, después de analizar esos relatos, que en todos ellos se podía ver el paso de una carencia como situación inicial a la supresión de esa carencia. Por supuesto que la dirección de esta secuencia puede invertirse.

Su investigación le permitió definir funciones dentro del conjunto de acciones de los personajes (por ejemplo, la prohibición, la transgresión, el engaño, etc.).

Pero volvamos sobre lo que dije al pasar unas líneas más arriba: ¿qué pone en marcha la necesidad del relato? La respuesta, vigente hasta hoy, la ofreció Aristóteles: el giro de las acciones en el sentido opuesto al que venían desarrollándose “conforme a la regla [de] probabilidad o [de] necesidad”; el cambio en la fortuna: la *peripéteia*, de donde deriva “peripecia” (Cf. *Poética*).

Veamos ahora someramente algunas articulaciones entre narración y metapsicología.

Todo lo que nos afecta y nos transforma debe ser compulsivamente ordenado por el yo de una manera que permita su inteligibilidad; cuando no lo logra, permanece como un estímulo incesante, que no da descanso en la tarea de encontrarla.

Esto ocurre cuando el ser humano -independientemente de su edad, y en cada caso con los recursos que tenga a su disposición- es afectado por un traumatismo, por el micro-traumatismo de lo inesperado o por un sueño. Es potencialmente traumático todo acontecimiento que no encuentre una *trama* preconsciente-consciente en la que alojarlo.

Es inherente al sujeto, y no solamente al yo, tratar de encontrar sentido a las situaciones vividas

⁴ En este texto tomo frecuentemente como términos equivalentes “relato” y “narración”, aunque es más apropiado hablar de narración como el acto productivo de narrar, y de relato como el enunciado narrativo, el producto de la narración.

y a sus actos. La narración es una continuación natural del juego infantil.

En nuestro trabajo creo que debemos considerar dos momentos: el de la narración -la producción narrativa-, y el del relato como su resultado, como producto establecido.

La producción es siempre *a posteriori* de lo que afectó al sujeto.

Al relato producido le es inherente un tiempo en términos de un antes y un después.

Como se puede ver, las flechas temporales van en sentidos contrarios:

- el de la constitución del relato va del después al antes, de ahora al acontecimiento pasado al que tiene que encontrarse sentido;
- el tiempo propio del relato constituido tiene su propio tiempo interno, con su antes y su después.

(Podemos tomar, por su valor ejemplar, el caso de Emma, en la segunda parte del *Proyecto de psicología*: a la paciente se le configura un relato estabilizado a los 13 años, que da lugar a los síntomas, de lo que le habría ocurrido a los 8.)

Los relatos pueden consistir en representaciones estructuradas como:

- relatos que el sujeto tiene de sí y de su historia, preconscientes;
- relatos de la historia de los otros en los que de algún modo queda involucrado, afectado;
- pero también de las que se configuran narrativamente en las fantasías inconscientes⁵ (cuyo ejemplo paradigmático es la fantasía “Pegan a un niño”).

Esto significa que el vínculo con la realidad, con los otros y con nosotros mismos, está siempre mediatizado por una interfaz fantasmática, que funciona como pantalla y superficie de contacto. (Después de todo, como decía Donald Meltzer, vivimos entre dos mundos, el externo y el interno.)

La superficie de contacto (equivalente a una pantalla anti-estímulo dinámica) también está hecha de representaciones articuladas en relatos que le permiten al sujeto:

- a. Modular los estímulos que ingresan al aparato (recuerden lo que decía Freud en *Más allá del Principio de placer*: para el sujeto es casi más importante protegerse de los estímulos que recibirlos).
- b. Pero también *situarse* en esa configuración, ya sea como sujeto o como objeto.

La importancia central de la narración y del relato en la subjetividad es tal que resulta imposible pensar al sujeto sin sus narraciones. Dentro de nuestra práctica, ya en la primera entrevista somos destinatarios de un primer relato del paciente respecto de su padecimiento. Y así continúa en las siguientes y durante el proceso analítico o psicoterapéutico. Pero, más allá de los consultorios, los relatos surgen espontáneamente en todo encuentro humano. Inevitablemente.

BIBLIOGRAFÍA

Aristóteles: *Poética*. Trad. Eduardo Sinnot. Ed. Colihue, Bs. As., 2009.

Courtés, J.: *Análisis semiótico del discurso*. Ed. Gredos, Madrid, 1997.

Freud, S.: *La interpretación de los sueños*. O. C., Vol. 5, Amorrortu Ed., Bs. As., 1979.

Sobre los recuerdos encubridores. O. C., Vol. 3, Amorrortu Ed., Bs. As., 1981.

Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. O. C., Vol. 16, Amorrortu Ed., Bs. As., 1978.

Propp, V.: *Morfología del cuento*. Akal ediciones, Madrid, 2001.

⁵ Por mi parte, creo que la puesta en relato es una facultad del preconsciente.

Por qué las adicciones no son enfermedades: el efecto Copérnico y las metáforas que lo mantienen

Mario E. Martínez

Cuando se repite una creencia llega el momento en que adquiere valor “científico” por sus repeticiones, y no por la evidencia empírica. Lo que llamo el *efecto Copérnico* es la resistencia a cambiar una creencia aunque la evidencia no exista para sostenerla, o aun cuando la evidencia demuestre el error de la creencia. Cuando Copérnico tuvo el atrevimiento de sugerir, basado en sus estudios astronómicos, que la Tierra no es el centro del universo, la Inquisición lo acusó de herejía y lo forzaron a retractar su propuesta. Es interesante considerar que la creencia de que el sol giraba alrededor de la Tierra era una conclusión geocéntrica creada por egocéntricos.

Propongo también que al efecto Copérnico lo mantienen las metáforas basadas en pseudológicas que le dan apariencia irrefutable a las creencias. Por ejemplo, el egocentrismo de los teólogos medievales les permitió la pseudológica de que, como el hombre es central en su cosmología, la tierra donde habitan los hombres también debe ser central. En consecuencia, el científico debe dejar su ego fuera del laboratorio.

Una de esas creencias apoyadas por el efecto Copérnico es que *las adicciones son enfermedades*. En 1956 la *Academia Americana de Medicina* declaró que el alcoholismo (y eventualmente todas las adicciones) son enfermedades. Basaron su propuesta

en estudios que demostraron que hijos de alcohólicos tenían una propensión al alcoholismo significativamente más alta que hijos de padres sin esa “carga genética”. Para ser justo con los investigadores que buscan etiología genética, debo aclarar que siempre advierten que sus resultados solamente **sugieren** que existe una *correlación* y una *propensión* genética, pero nunca concluyen (i.e., los estudios bien diseñados) que los genes causan adicciones.

Estoy completamente de acuerdo en que las adicciones tienen propensión y correlación genética. Igualmente estoy de acuerdo con los estudios que demuestran correlaciones con deficiencias de neurotransmisores en el sistema meso límbico (Hoenicka & Atance, 2003), presentación de polimorfismos para genes que afectan la eliminación del etanol (Pastor & Laso, 2005), senderos moleculares de adicciones (Li, Mao & Wei, 2008), etc. Pero no estoy de acuerdo con el salto egocéntrico que se le da a esos estudios para crear una metáfora donde la propensión se interpreta como sentencia genética y la correlación como causa. En su presentación del libro de Guajardo y Kushner (2011), Maturana (2011, Jun.) argumenta que se puede investigar la bioquímica de las emociones relacionadas con las adicciones sin tener que concluir que son enfermedades.

Neuropsicólogo Clínico. Doctor en Psicología Clínica. Pos doctorado en Psicofarmacología. Fundador del Institute of Biocognitive Sciences en EEUU. Miembro, Psychoneuroimmunology Research Society; Miembro, American Psychological Association; Miembro, National Academy of Neuropsychology; Diplomado, American Academy of Behavioral Medicine. Ha dictado cursos de psiconeuroinmunología en varias universidades con el doctor George F. Solomon. Consultante del Vaticano, la BBC, National Geographic y SAS Institute. Institute of Biocognitive Sciences. USA

También quiero aclarar que cuando hablo de “egocentrismo” no me refiero a la psicopatología, sino al error de apelar a una autoridad en lugar de a la evidencia (*argumentum ad verecundiam*). Todos tenemos esa propensidad, y como profesionales debemos cuidar de no convertirnos en inquisidores que obstruyen los saltos de paradigmas y defienden sus creencias con argumentos *ad hominem*. Entonces, ¿cómo se puede argumentar que las adicciones no son enfermedades, sin caer en las falacias que estoy criticando?

Primeramente, dejo mi ego fuera del laboratorio para persuadir sin inquisición. En la medicina, las enfermedades tienen una serie de pruebas para definir las: ¿cuándo comenzaron los síntomas? (inicio); ¿qué etiología se le puede atribuir? (diagnóstico); ¿cómo se desencadena la patología? (curso); ¿cuál es la intervención? (tratamiento); ¿qué consecuencias tiene? (pronóstico). Paralelamente, se identifica si es causa externa (e.g., infecciones) o interna (e.g., disfunciones neuroinmunoendocrinológicas), si es aguda o crónica, y si es estática o progresiva. Igualmente se aclara la diferencia entre causa y efecto. Un ejemplo clásico: la bacteria *helicobacter pylori* es la causa, y la úlcera es el efecto de la bacteria¹.

En uno de los tantos boletines publicados durante los últimos doce años por el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) señalan que, aunque existe una vulnerabilidad genética en hijos de alcohólicos, más de la mitad no terminan siendo alcohólicos. En este boletín oficial también advierten que, después de someter a un meta análisis a un grupo de estudios que concluyó que hijos de alcohólicos tenían trastornos de conducta, inteligencia, depresión, etc., causados por vulnerabilidad genética, encontraron sesgos de selección y otras fallas de metodología en los diseños. Es decir, los estudios intentaron atribuirle herencia genética a la conducta disfuncional de los padres alcohólicos que causó los trastornos en los hijos. Estos estudios demuestran el error de confusión entre causa y efecto cuando se le atribuye

causa genética a conductas *aprendidas* en entornos disfuncionales (NIAAA, July, 1990).

Varios estudios demuestran que gemelos idénticos tienen una propensidad más alta para el alcoholismo que los gemelos fraternales cuando los adoptan padres sin propensidad al alcoholismo (McGue, 1997). Esos estudios, aunque inconsistentes cuando se intenta replicarlos, adoptados a diferentes edades causando sesgos de selección, muestras demasiado pequeñas para poder generalizar estadísticamente, y presentando diferentes resultados en mujeres gemelas, se presentan como “evidencia irrefutable” para argumentar que el alcoholismo tiene causa genética. No obstante, el modelo de diátesis (predisposición hereditaria a una enfermedad) vs. estresores (i.e., condiciones ambientales turbulentas) puede aclarar por qué las conclusiones de esos estudios son necesarias pero no suficientes, al no incluir la interacción entre genética y ambiente. El modelo de investigaciones diátesis/estrés propone que las dos condiciones son necesarias para que la genética se exprese. Es decir, tiene que haber una predisposición genética y un ambiente estresante que la gatille. McGue (1995), y más extensamente Sigvardsson et al. (1996), para investigar la interacción diátesis/estrés, dividieron hijos adoptados en dos grupos: hijos de padres alcohólicos (alto nivel de riesgo) vs. hijos de padres no alcohólicos (bajo nivel de riesgo). Igualmente, identificaron entornos de bajo nivel socioeconómico (alto nivel de riesgo) y entornos socioeconómicamente estables (bajo nivel de riesgo). Ambos estudios demostraron que los hijos de bajo nivel de riesgo (i.e., hijos de padres no alcohólicos) no fueron afectados por los entornos de alto nivel de riesgo (i.e., entornos de nivel socioeconómico bajo) donde fueron adoptados. Por el contrario, los hijos de alto nivel de riesgo (i.e., hijos de padres alcohólicos) adoptados en entornos de alto nivel de riesgo (i.e., entornos de bajo nivel socioeconómico), fueron afectados significativamente. Estos estudios demuestran que la propensidad genética para el alcoholismo re-

¹ Debo aclarar que en la teoría biocognitiva la causa siempre es a nivel de sistema y no a nivel local. En el caso de una úlcera, la bacteria es solamente una consecuencia basada en una coautoría entre la bacteria y un sistema inmune insuficientemente capaz de mantener los niveles normales de la población bacteriana.

quiere entornos de alto nivel de riesgo para expresarse.

Las investigaciones de la relativamente nueva ciencia de *epigenética* demuestran que, aunque el ADN no se puede cambiar, las condiciones ambientales estresantes pueden afectar la expresión genética del ADN (Mifsud et al., 2011). Y si se comienzan a formular las adicciones como efecto en lugar de causa, se pueden investigar los contextos que gatillan la expresión genética. Por ejemplo, se ha demostrado que el alcohol (Subhash et al., 2008) y la cocaína (Kumar et al., 2008) pueden modificar la expresión genética del ADN en contextos estresantes.

En mi *teoría biocognitiva* (cognición y biología coemergen en contextos culturales) propongo cómo las consecuencias de las conductas disfuncionales son trastornos que eventualmente adquieren etiqueta de enfermedad, no por evidencia genética, sino por las atribuciones genéticas que le dan a esas conductas los promotores del reduccionismo genético en las ciencias de la vida. Por ejemplo, hijos de adictos aprenden un clúster de conductas disfuncionales para poder lidiar con los déficits de sus padres. Y aunque esos hijos tienen vulnerabilidad genética, el aprendizaje cultural causa más daño y genera más adicciones que la genética (Martínez, 2001, 2006, Mar. 2007, Nov. 2011). Las culturas que consideran el consumo de alcohol como un rito social relacionado con cenas y celebraciones familiares, tienen menos incidencia de alcoholismo que las sociedades que estigmatizan el consumo del alcohol (Zinberg, 1981).

Para contrastar mi argumento, presento ejemplos de la diabetes (tipo II) como enfermedad, y la adicción como *metáfora de enfermedad*. El diagnóstico de la diabetes se basa en estudios clínicos que demuestran una disfunción del metabolismo de la glucosa. El diagnóstico de una adicción se basa en cómo una sustancia que el adicto *decide* ingerir

afecta su conducta, y en el daño que esa sustancia le ha causado a un órgano. El diagnóstico del diabético se basa en la causa, mientras que *el diagnóstico del adicto se basa en el efecto*. Por definición, la etiología de una enfermedad es la causa, y no el efecto. Aquí podemos ver cómo la pseudológica promulga la confusión.

El curso de la enfermedad no depende absolutamente de la decisión del paciente. Por ejemplo, aunque la conducta de un diabético puede mejorar los síntomas y retardar el deterioro, el paciente no puede terminar la enfermedad basado en lo que decide hacer. Aunque la abstinencia es necesaria pero no suficiente, un adicto puede terminar su supuesta “enfermedad” con una conducta de abstinencia: aclaro que la abstinencia termina la conducta de adicción, pero no la *conciencia operativa*² de autodestrucción. Aquí podemos comenzar a diferenciar entre la enfermedad metafórica vs. la enfermedad genuina. El diabético no ingiere una sustancia que le cause la diabetes; el adicto comienza o termina su “enfermedad” con la sustancia que decide o no ingerir. El diabético tiene una desregulación endocrinológica que se puede estabilizar con medicamentos. No existe medicamento para tratar las adicciones³ porque, después de que se trata el síndrome de abstinencia con medicamentos, sólo queda la *decisión* de cambiar la conducta.

En el pronóstico de la diabetes se considera cierto deterioro con o sin medicamentos, causado por el curso de la enfermedad. El pronóstico del adicto se basa en la convicción del adicto, y no en un curso con deterioro independiente. Los que insisten en que las adicciones son enfermedades afirman que las adicciones también tienen “curso”, porque cuando el adicto vuelve a ingerir la sustancia adictiva después de una abstinencia, el daño continúa desde el nivel en que comenzó la abstinencia. Este pseudo argumento se puede descartar

² La conciencia operativa es un constructo biocognitivo que determina las conductas que vivimos basadas en premisas de autovaloración y en estrategias para interactuar con nuestros entornos. Las premisas se asimilan en contextos culturales y el aprendizaje es mayormente por observación y sin intención consciente. La conciencia operativa es la filosofía vivencial que intentamos confirmar para darle sentido a nuestra identidad y a nuestro mundo.

³ Conozco el argumento de que los ansiolíticos, antidepresivos y otros fármacos se usan para tratar las adicciones, pero propongo que solamente están tratando los síntomas colaterales de la adicción, y no la adicción.

muy fácilmente: si una persona bebe un veneno que le causa daño irreversible a un órgano, cuando vuelve a ingerir el veneno el daño empeora desde su base anterior. Con ese pseudo argumento también se puede concluir que si una persona come vidrio y le causa un daño gastrointestinal irreversible, cuando esa persona vuelve a comer vidrio, causándole más daño, se puede diagnosticar como una nueva enfermedad que podríamos llamar “vidriolismo”.

Si nos permitimos concluir que la adicción no supera las pruebas que definen la enfermedad, entonces, ¿qué es una adicción y cómo se trata? En la *teoría biocognitiva* la adicción es un *efecto* que se maneja como un trastorno biocultural (biología y conducta en contextos culturales) que se debe atender profesionalmente, sin diagnosticarla como enfermedad. Pero aclaro que la intervención biocognitiva clínica no se basa en tratar la conducta adictiva, sino en la conciencia operativa de auto sabotaje y distracciones existenciales/culturales que mantienen la adicción⁴.

El no ver las adicciones como enfermedad, no implica falta de compasión ni falta de tratamiento. Es más, considero que si el adicto que quiere cambiar su vida vs. el que quiere manipular con su adicción, puede aceptar que no está enfermo y **encarar su adicción con ayuda profesional**, se empodera con la esperanza de cambiar una conducta que tiene fin, en lugar de aceptar una sentencia perpetua de enfermedad.

Para concluir, es sumamente importante en esta propuesta biocognitiva exponer con valentía otras

razones por las que resulta tan difícil el salto de paradigma. Pero aclaro que no comparto las teorías que acusan a los médicos de colusión con la industria de fármacos, conspiraciones entre agencias de seguros y los diagnósticos que cubren, o consumismo mercenario. Esas premisas maquiavélicas, si bien en cada uno de esos grupos existen personajes sin ética y sin compasión, no son productivas, porque implican que todos los profesionales en el campo de las adicciones conspiran con el mercadeo depredador. Lo que sí argumento es que la coautoría entre las autoridades que pontifican lo que es una enfermedad, y las entidades que se aprovechan de las indefensiones humanas para lucrar, produce cierta complacencia en algunos profesionales que no están dispuestos a reevaluar sus condiciones socioeconómicas e intelectuales cuando se les presenta evidencia de cómo, inadvertidamente, están contribuyendo con una infamia.

A los colegas que tratan las adicciones con tanto afán y convicción, los felicito y los invito a considerar una nueva visión sin dejar de atender a sus pacientes. A los adictos les recomiendo, con todo mi respeto, que busquen ayuda a través de profesionales que les permitan considerar la adicción como una propensión genética que requiere cambios de autovaloración a nivel de conciencia operativa, sin tener que vivir como enfermos. Los adictos pueden sostener, **con ayuda profesional**, la convicción existencial de que sus adicciones son distracciones de auto-destrucción para cohibirse de toda la abundancia que se merecen en sus vidas. *Las adicciones no son enfermedades.*

⁴ La conciencia operativa que mantiene las conductas adictivas no se modifica tratando de convencer al paciente o dándole evidencia del daño que están causando. Esas intervenciones intelectuales sólo logran cambios de conducta sin sustentabilidad y sin recontextualizar la conciencia operativa que mantiene todas las conductas de auto sabotaje.

BIBLIOGRAFÍA

- Guajardo, H.; Kuschner, D. (2011). *Trabajar con las Emociones en el Tratamiento de los Trastornos Adictivos*. Santiago, Chile, Editorial USACH.
- Hoienicka, J.; Ampuero, L.; Ramos Atance, J.A. (2003). *Aspectos genéticos del alcoholismo*. *Trastornos adictivos*, 5 (3), 213-22.
- Lí, C.Y.; Mao, X.; Wei, L. (2008). *Genes and Common Pathways Underlying Drug Addiction*. *PLoS. Comput. Biol.* 4 (1), e2. doi:10.1371/journal.pcbi.0040002.
- McGue, M. *Mediators and moderators of alcoholism inheritance (1995)*. In: Turner, J.R.; Cardon, L.R.; and Hewitt, J.K., eds. *Behavioral Genetic Approaches in Behavioral Medicine*, pp. 17-44. New York: Plenum Press.

McGue, M. (1997). *A Behavioral-Genetic Perspective on Children of Alcoholics*. Alcohol Health and Research World, Vol. 21 (3).

Martínez, M.E. (2011, June). *Fibromyalgia: The learning of an illness and its PNI correlates*. 18th Psychoneuroimmunology Research Society Annual Meeting, poster section. Chicago, IL.

Martínez, M.E. (2007, November). *The Biocognition of Personal Ethics: Does the Immune System Have Morals?* Paper presented at the 9th International Conference on Ethics across the Curriculum of the Society for Ethics across the Curriculum, Milltown Institute, National University of Ireland, Dublin, Ireland.

Martínez, M.E. (2006, March). *The Psychoneuroimmunology of Cultural Beliefs*. Seminar presented to the medical staff at Children's University Hospital, Temple Street, Dublin, Ireland.

Martínez, M.E. (2001). *The process of knowing: A Biocognitive epistemology*. Journal of Mind and Behavior, 22 (4), 407-426.

Maturana, H. (2011, Nov.). *Las adicciones no son enfermedades*. Nacion.cl. www.lanacion.cl/humberto-maturana-las-adicciones-no-son-enfermedades/noticias/2011-11-03/173832.html.

Mifsud, K.R. et al. (2011). *Epigenetic mechanisms in stress and adaptation*. Brain, Behavior and Immunity, 25, 1305-1315.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1990, July). *Alcohol Alert No. 9*, PH 288.

Pastor, I.; Laso, F.J. (2005). *Polimorfismos del ADN en el alcoholismo*. Med. Clin. (Barc.) 124 (110), 417-418.

Sigvardsson, S.; Bohman, M. et al. (1996). *Replication of the Stockholm Adoption Study of alcoholism: Confirmatory cross-fostering analysis*. Archives of General Psychiatry 53:681-687.

Subhash C. et al. (2008, April). *Brain chromatin remodeling: A novel mechanism of alcoholism*. The Journal of Neuroscience, 2, 28 (14), 3729-3737.

Zinberg, N.E. (1981). *Alcohol Addiction: Toward a More Comprehensive Definition*, pp. 97-127 in Bean, M.H., and Zinberg, N.E., eds., *Dynamic Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism*, p. 110, New York: Free Press.

Lecourt, E. (2008), *Introduction à l'Analyse de groupe, rencontre psychanalytique de l'individuel et du social*, Paris, ed. Éres.

Pessini, L. (2006), *Bioética e cuidados paliativos: alguns desafios do cotidiano aos grandes dilemas*. In: C.A.M. Pimenta and Coll. *Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia*. São Paulo. Manole Ed.

Ruszniewski, M. (2003), *Le groupe de parole à l'hôpital*, Ed. De l'école nationale de la santé publique.

CE SA MEN DE

Primer Centro de Especialistas en Salud Mental de Villa Devoto

ASISTENCIA Y FORMACIÓN EN PSICOANÁLISIS

ÁREAS ASISTENCIALES:
ADULTOS - ADOLESCENTES
NIÑOS - PAREJA - FAMILIA

Atención Ambulatoria
y a Domicilio



Directora y Fundadora:
Dr. Ana Jara

STAFF
Miembros fundadores:
Dr. Alicia González Parra
Dr. Gerardo Martín
Dr. Ena Morán

Dr. Ana Poggio
Dr. Martín Maccioni
Dr. Flore Campagna
Psicóloga Lic. Ana Arjona

Secretaría:
Lunes a Viernes de 10.00 hs. a 16.00 hs. Tel: 4504-7710
info@cesamende.com www.cesamende.com



*Universidad de Buenos Aires
Facultad de Medicina*

La Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) tiene el agrado de informar que la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires ha aprobado la realización de la CARRERA DE MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA en el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, a partir del segundo cuatrimestre de 2012. Fue nombrado como Director de la misma, el Dr. Pablo Fridman, quien es Secretario de Ética de la AASM y se desempeña, además, como Jefe de División Salud Mental del Hospital Álvarez y como Subdirector el Dr. Juan Carlos Fantin, Secretario General de la AASM.

Psicoanálisis en emergencia psiquiátrica: algunas cuestiones sobre la interdisciplinariedad

Sonia Leite

¿Qué es una emergencia psiquiátrica? ¿Qué puede hacer un psicoanalista en una emergencia? Estas fueron algunas cuestiones que surgieron hace unos años, cuando empecé a trabajar en el Centro Psiquiátrico de Río de Janeiro. Hasta entonces, mi experiencia de casi veinte años en la práctica de la salud mental se limitaba a la práctica ambulatoria y al hospital de día.

En un primer momento, la perspectiva del psicoanálisis en situaciones de emergencia se presenta casi como una contradicción, si se considera que el trabajo de un analista depende, básicamente, de una temporalidad determinada capaz de permitir la construcción de un estudio clínico. Pero aquí, quizás más que en cualquier clínica del contexto institucional, lo que se afirma es que, en relación con el inconsciente, no es importante el “tiempo cronológico”, pero sí el *tiempo lógico* o una *lógica intemporal*.

De todos modos, esta experiencia se afirmó en el hecho de que el analista tiene la oportunidad de poner a prueba su *deseo específico*, en contraposición con la práctica médica.

A pesar de que los servicios de emergencias psiquiátricas han surgido en la época de la Segunda Guerra Mundial, para manejar y devolver rápida-

mente los soldados a los campos de batalla, fue con la *reforma psiquiátrica* que estos servicios se destacaron. O sea, en el Brasil las indicaciones de hospitalización psiquiátrica se tornaron más criteriosas y no *sólo* la única opción de tratar al paciente en crisis, dividiendo esta tarea con servicios extrahospitalarios tales como: hospitales de día, ambulatorios, centros de atención psicosociales, etc. La idea de una actitud clínica más cuidadosa creó la necesidad de otras categorías profesionales en la recepción del paciente, destacando la importancia del trabajo interdisciplinario (SIEBENEICHLER, 1989). El psicoanalista puede encontrar acá un área rica de participación para ayudar, entre otras cosas, a distinguir entre una crisis de psicosis y la disociación histérica, casos de intento de suicidio que, efectivamente, indican peligro de vida, y los casos en que se caracterizan como formas de *actuar*, donde la *escena* es de hecho un *llamamiento a lo Otro*, hacia el reconocimiento del deseo del sujeto. En general se puede considerar que la presencia del analista en la emergencia, a partir de su escucha, puede funcionar como una especie de barrera para la prescripción indiscriminada de medicamentos y, también, otro modo de recepción del sufrimiento psíquico (LEITE, 2011).

Psicoanalista. Analista Miembro del Cuerpo Freudiano - Escuela de Psicoanálisis - Sección Río de Janeiro. Psicoanalista del Centro Psiquiátrico de Río de Janeiro. Profesora visitante del Programa de Pos-Graduación en Psicoanálisis de la Universidad del Estado de Río de Janeiro. Doctora en Psicología Clínica - PUC - Río (Brasil).

La palabra emergencia viene del latín *emergere*, que significa *lo que se muestra, lo que estaba oculto* y, también, *la situación crítica o de riesgo*. Por otro lado, la palabra urgencia, oriunda del latín *urger*, significa *urgir*, y también *la opresión, la limitación, y los tormentos* que requiere una acción que no permite demoras. De hecho, en la práctica no es siempre muy clara la distinción entre una y otra situación. De todos modos, para un psicoanalista, algunas situaciones de *urgencia* -como ataques de ansiedad- pueden permitir la *emergencia* del sujeto. Esta debe ser la apuesta del psicoanalista.

Por un lado, la entrada del psicoanalista en este contexto eminentemente médico permite escuchar al paciente más allá de su enfermedad; o sea, no se limita a una simple demanda social de urgencia. Por otro lado, el encuentro con los casos límites abre también al psicoanalista una oportunidad de aprendizaje de situaciones clínicas que sobrepasan su área de conocimiento y experiencia.

Primer caso:

Recibí hace algún tiempo a una mujer de 59 años, acompañada por su hijo, y con una derivación médica de un hospital indicando: *depresión*. La paciente entra en la sala de emergencia apoyada en su hijo y con los ojos cerrados. Cuando la saludo sus ojos se abren y susurra algo incomprensible; no participa de la entrevista. Su hijo cuenta que desde que su padre se separó de ella, la madre perdió interés por las cosas. Como el joven se fue a vivir solo recientemente, creí que esto tal vez había precipitado a la madre en una *crisis*. Pregunté cómo comenzó y el hijo afirmó que hacía dos días, que la madre se fue a descansar a la tarde y que cuando se despertó comenzó a hablar de manera confusa. Pensó que sería alguna cosa temporaria pero, sin embargo, la situación empeoró y ella ya no se alimentaba ni se levantaba de la cama. Me pareció bastante peculiar la situación clínica, especialmente su *repentina* aparición. Nunca había visto semejante cuadro de depresión, y fui a pedir ayuda médica para una mejor evaluación del caso. En pocos minutos de entrevista el médico pidió una ambulancia, solicitando que la paciente fuera enviada rápidamente a un hospital general, porque era un caso de *delirium* (psicosis tóxica), no de

depresión, cuya causa orgánica debería investigarse con algunos exámenes clínicos. Lo que se enfatiza es que cuando esos casos no son inmediatamente diagnosticados el paciente corre riesgo de vida. La mujer ya estaba en una situación semi-comatosa.

El *delirium* es un síndrome, también conocido como confusión mental, síndrome cerebral agudo o psicosis tóxica, que incluye cambios en la percepción -delirios y alucinaciones- (con excepción de las alucinaciones auditivas) y en la conciencia, que se puede confundir con otras enfermedades; mientras que el *delirio* se corresponde con una creencia poco realista, irreductible a un argumento lógico, presente en algunos de los síntomas psicóticos, el *delirium* indica la presencia de una alteración de conciencia que se presenta como secundaria a una enfermedad física grave y a menudo fatal.

Me gustaría hacer hincapié en la importancia de haber pasado por esta experiencia, y acentuar que en todos los años de experiencia clínica nunca me había enfrentado a esta situación. Este hecho me hizo considerar la importancia de la práctica en situaciones de emergencia como una forma de aprendizaje para los profesionales de la salud.

Segundo caso:

Recibí, en otra ocasión, a una mujer de 55 años acompañada por su hijo. Presentaba agitación, discurso inconexo, expresiones faciales de dolor. Cuando indagada sobre lo que le ocurrió no lograba explicarlo, el hijo dijo que hacía dos días ella estaba trabajando cuando *sintió un dolor en el pecho y se desmayó*. Después de eso, cuando se despertó, estaba agitada y confusa. Mientras su hijo describía la situación, la madre dijo frases inconexas: *mujer... miedo... miedo. Mujer de blanco*. Agitada buscaba salir de la sala de emergencias. No había presencia de alucinaciones auditivas. El joven indicó que no vivía con ella, que estaba casado, que la madre vivía normalmente con sus tareas domésticas, y que además trabajaba fuera de la casa. Indicó que ella se separó del padre hacía más de quince años y que crió a sus hijos (dos hombres y una mujer) sola. Pregunté si había pasado algo importante en esos últimos días y él dijo que no. Co-

mentó apenas que el hermano menor iba a casarse al mes siguiente, y que toda la familia estaba ocupándose de eso. Este había sido un día intenso de trabajo en nuestro servicio, y antes de la consulta con el médico solicité a la enfermera que la mujer fuese colocada en la sala de reposo.

Confieso que las experiencias anteriores de casos de *delirium* (dos casos en cuatro meses) y la preocupación por el diagnóstico inmediato, una vez más me hizo sospechar del cuadro. Más tarde me uní a la consulta médica. La paciente estaba acostada en la cama debido a su agitación. Sin embargo, la presencia del médico y sus preguntas fueron poco a poco produciendo un cambio en el discurso de la paciente. Una verdadera rectificación subjetiva, como si la mujer despertase de un sueño. En un momento dado el médico le preguntó sobre lo que le daba miedo, y ella dijo claramente: *matrimonio*. El hijo se sorprendió y le contó al médico que el hermano iba a casarse. A continuación el psiquiatra recetó un medicamento leve y se dirigió a mi persona: “¿Ahora está con usted!”.

En esta segunda etapa, sola en la entrevista conmigo, sus síntomas ganaron un sentido más definido. El significante *matrimonio* en el discurso de la paciente condensaba varios otros, que se aclararon en la medida en que la paciente iba, como se dice, *tomando la palabra*.

A lo largo de la entrevista reveló que tuvo que cuidar sola de sus hijos durante veinte años debido a que fue abandonada por su marido. Afirmó que su matrimonio fue un fracaso. Ahora su hijo más joven, que siempre la ayudó mucho, iba casarse. “Tengo muchos temores”, dijo. La boda del hijo la con-

frontó con el miedo a la soledad y con la falta de perspectivas en su propia vida. Y continuó: “*Esto da un dolor en el pecho...*”. El *dolor en el pecho* aquí tiene un valor simbólico, como lo indica Freud (1893), caracterizando los síntomas de conversión histérica. La histérica, desde un sentido inconsciente, construye su propia anatomía. Algo aquí también se aclaró sobre las *visiones de una mujer de blanco que quería matarla*. La novia, que ella prefería que no existiese.

Comentó, aun, sobre las dificultades de relación con su hija, *que no entiende sus sufrimientos y piensa que ella exagera en todo*. Este punto explicó la dificultad inicial de transferencia con mi persona pues, en el momento de la crisis, la consulta transcurrió más fácilmente con la presencia del médico.

La paciente dijo que, por el momento, no podría iniciar un tratamiento psicológico, pero la entrevista en la emergencia, sin embargo, posibilitó alguna comprensión de sus síntomas.

Destaco la importancia, en la esfera de la salud mental, de una propuesta de trabajo interdisciplinario. Las diferentes actitudes clínicas pueden contribuir a una mejor comprensión de los problemas, y favorecen decisiones en una situación de crisis. El psicoanalista, desde su campo específico, puede contribuir junto a los otros profesionales en la comprensión de los casos clínicos, transmitiendo el saber que lo orienta en la cuestión del discurso inconsciente y del concepto de cuerpo simbólico. Por otra parte, como relaté, también puede haber una forma importante de transmisión del saber médico para el psicoanalista dentro de esta práctica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10) - Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Organização Mundial de Saúde (OMS). Genebra/Porto Alegre, 1993.
- FREUD, S. (2007). *Obras completas. Versión Castellana*. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- _____. (1893 [1888-1893]). “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas”, v. I, p. 191-210.
- _____. (1893-1895). “Estudios sobre la histeria”, v. II, p. 2-194.
- LEITE, S. *Angústia*. Coleção Passo a Passo. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 2011, p. 17-31.
- SIEBENEICHLER, F.B. “Encontros e desencontros no caminho da interdisciplinaridade de: G. Gusdorf e J. Habermas”. In: *Jurgen Habermas: 60 anos. Tempo Brasileiro, julh/set. de 1989, n. 98, p. 153-179, Rio de Janeiro*.



AASM

Asociación Argentina
de Salud Mental



I CONCURSO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE RESIDENTES DE SALUD MENTAL

I. PRESENTACIÓN

Con el interés en incentivar la investigación interdisciplinaria y la generación científica de los profesionales en formación, la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) anuncia la puesta en marcha del **I Concurso de Artículos Científicos de Residentes de Salud Mental**, dirigidos a residentes de las diferentes profesiones que integran el campo de la Salud Mental de la República Argentina.

II. OBJETIVO

El presente **Concurso de Artículos Científicos de Residentes de Salud Mental** se realiza con la finalidad de promover la investigación y la generación de aportes científicos por parte de los profesionales en formación del ámbito público y privado.

III. PARTICIPANTES

Se encuentran habilitados para participar en este concurso los profesionales residentes de los servicios de salud mental de los hospitales públicos y privados de la República Argentina.

IV. TEMÁTICA

La temática de los trabajos es libre, pero se considerará necesario que estos sean interdisciplinarios.

IV. PREMIOS

1º PREMIO: a) USD 1.000. b) Diploma. c) Publicación del trabajo en la Revista Conexiones. d) Un año de membresía en la AASM, con todos los beneficios.

2º PREMIO: a) USD 650. b) Diploma. c) Publicación del trabajo en la Revista Conexiones. d) 6 meses de membresía en la AASM, con todos los beneficios.

3º PREMIO: a) USD 350. b) Diploma. c) Publicación del trabajo en la Revista Conexiones. d) 6 meses de membresía en la AASM. MENCIONES: A criterio del jurado se podrá otorgar una mención especial. En ese caso se entregará diploma y seis meses de membresía en la AASM, con todos los beneficios.

V. MODALIDAD DEL CONCURSO

El concurso se dividirá en cuatro etapas. En cada etapa el jurado seleccionará dos trabajos. Los trabajos ganadores de cada etapa se publicarán en la Revista Conexiones (Revista Argentina de Salud Mental), correspondiente a esa etapa.

Los ocho trabajos ganadores serán los finalistas del concurso. De estos trabajos se seleccionarán: un 1º Premio, un 2º Premio y un 3º Premio. A criterio del jurado se podrá otorgar una mención especial.

Los autores de los 8 trabajos serán becados para concurrir al CONGRESO MUNDIAL DE SALUD MENTAL, que se llevará a cabo en Buenos Aires del 25 al 28 de agosto de 2013.

Los trabajos premiados se conocerán durante el desarrollo del Congreso Mundial "BUENOS AIRES 2013".

Reglamento:

- a) Los trabajos deberán ser enviados al mail administracion@aasm.org.ar, dirigidos al Sr. Presidente del jurado. En el asunto debe figurar: "CONCURSO RESIDENTES".
- b) Deberá enviarse, por mail escaneado o carta, la constancia de residente firmada por autoridad hospitalaria.
- c) El jurado se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no considere apropiados o que no cumplan con los requisitos mínimos.
- d) Los trabajos serán evaluados por un jurado dispuesto especialmente para este concurso.
- e) Los trabajos presentados deben ser originales.
- f) Los trabajos deberán tener una extensión total de hasta 8 páginas con letra arial N° 12 a doble espacio, incluida la bibliografía.
- g) Deberá figurar: Título del artículo, nombre y apellido de los autores, institución y año de la residencia a la que pertenecen. Dirección, teléfono, e-mail y fax de los autores.
- h) Los autores son los responsables exclusivos de toda la información que se incluya en el artículo.
- i) Deberá figurar un resumen del trabajo de hasta 200 palabras y palabras clave.
- j) Si el artículo fuera resultado de un trabajo de investigación, deberá constar de las siguientes partes: Introducción, Material y Método, Resultados y Conclusiones.
- k) La bibliografía de libros deberá consignarse de la siguiente manera: Apellidos e iniciales de los autores, título del libro en su idioma original, página, editorial, ciudad y año, en este orden. A partir de tres autores se añadirá "y cols."
- l) Bibliografía de revistas: Apellidos e iniciales de los autores (a partir de tres autores se añadirá "y cols."), título del trabajo en su idioma original, nombre de la revista, número de volumen, página y año.
- m) Podrá presentarse sólo un artículo por autor por etapa, aunque podrán presentarse otros en coautoría.
- n) Las decisiones del jurado serán inapelables.
- o) Los autores que se presenten en este concurso aceptan conocer el reglamento.
- p) Las fechas límite para el envío de los artículos científicos para someterlos a la evaluación del jurado son las que se indican a continuación:
 - 1ª ETAPA (Revista de septiembre): Desde el 4 de junio hasta el 16 de julio de 2012 inclusive.
 - 2ª ETAPA (Revista de diciembre): Desde el 1º de agosto hasta el 15 de octubre de 2012 inclusive.
 - 3ª ETAPA (Revista de abril): Desde el 1º de noviembre de 2012 hasta el 15 de febrero de 2013 inclusive.
 - 4ª ETAPA (Revista de agosto - Congreso Mundial): Desde el 1º de marzo hasta el 15 de junio de 2013 inclusive.

Adolescentes y nuevas tecnologías: cambios en la temporalidad y proceso de historización

Patricia Álvarez ¹, Gustavo Cantú ², Analía Diéguez ³, Julián Grunin ⁴, Alejo Durán ⁵

Introducción

La realidad contemporánea, atravesada por las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC), exige de los sujetos formas de simbolización novedosas. La celeridad, la fragmentación y la heterogeneidad se muestran como caracteres centrales del espacio simbólico, que intervienen significativamente en las modalidades del trabajo psíquico involucrado en los procesos de historización y construcción identitaria.

En ese sentido, el presente trabajo aborda las particularidades que adquiere el trabajo identificatorio de los adolescentes actuales, en su relación específica con las formas de simbolización relativas al compromiso subjetivo de los jóvenes en el uso de las nuevas tecnologías. Los desarrollos conceptuales que se exponen dan cuenta de una investigación (Proyecto UBACyT PS12 2006-09: "Nuevas tecnologías: compromiso psíquico y producción simbólica", dirigido por la Dra. Patricia Álvarez) que indaga las representaciones que los propios jóvenes construyen en relación a sus ex-

periencias y sus prácticas con las TICs. El equipo de investigación diseñó, en esta línea, un modelo de entrevista semiabierto (de encuadre tanto individual como grupal) destinado a jóvenes de entre 10 y 14 años, todos ellos estudiantes de escuelas públicas pertenecientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con el propósito de explorar los modos en que se posicionan e interpretan sus experiencias en relación a las formas actuales de intercambio intersubjetivo.

Adolescencia, temporalidad e historización

Las formas tradicionales de interpretación de la experiencia temporal, sufren en la actualidad el impacto de la prevalencia de significaciones e ideales asociados a la inmediatez de la presencia, la continuidad y sobrevaloración del tiempo presente (Arfuch, 2002), que originan nuevos interrogantes acerca de las modalidades de investimento de los trabajos de historización en la adolescencia (Aulagnier, 1977).

-
- ¹ Psicoanalista. Dra. en Psicología, UBA. Prof. Adj. Reg., Cát. Psicopedagogía Clínica, UBA. Directora del Proyecto UBACyT PS12 2006-09: "Nuevas tecnologías: compromiso psíquico y producción simbólica". UBA, palvarez@psi.uba.ar, Buenos Aires, Argentina.
- ² Psicopedagogo. Dr. en Psicología, UBA. JTP Cát. Psicopedagogía Clínica, UBA. Investigador del Proyecto UBACyT PS12 2006-09: "Nuevas tecnologías: compromiso psíquico y producción simbólica". Universidad de Buenos Aires, gcantu@psi.uba.ar, Buenos Aires, Argentina.
- ³ Psicoanalista. Lic. en Psicología, UBA. ATP Cát. Psicopedagogía Clínica, UBA. Investigadora Proyecto UBACyT PS12 2006-09: "Nuevas tecnologías: compromiso psíquico y producción simbólica". UBA, Buenos Aires, Argentina.
- ⁴ Psicoanalista. Lic. en Psicología, UBA. ATP Cát. Psicopedagogía Clínica, UBA. Investigador Proyecto UBACyT PS12 2006-09: "Nuevas tecnologías: compromiso psíquico y producción simbólica". UBA, Buenos Aires, Argentina.
- ⁵ Psicoanalista. Lic. en Psicología, UBA. ATP Cát. Psicopedagogía Clínica, UBA. Investigador Proyecto UBACyT PS12 2006-09: "Nuevas tecnologías: compromiso psíquico y producción simbólica". UBA, Buenos Aires, Argentina.

En la adolescencia, el investimento del campo social y la interpretación de sus dimensiones temporales cobra especial relevancia. El adolescente quiere formar parte de un conjunto en el que el grupo de pares funciona como sostén y puente hacia una autonomía en proceso, y le permite compartir intereses y vivencias que forman parte de su autoconstrucción, cuestionando los referentes primarios. Así es como se abre un proceso de interrogación sobre el “discurso de conjunto” (Aulagnier, 1991) como trabajo insustituible, ya que es allí -en la construcción de un “nosotros” (Rodulfo, 2005)- donde el joven simboliza las intensas transformaciones de su cuerpo, sus deseos, ideales, y su nueva forma de ser y estar en el mundo. Los trabajos de elaboración de sentido narcisista al servicio de una cierta unidad estable de la propia imagen de sí -tan fluctuante en la adolescencia- requieren de una intensa elaboración del intercambio con los otros, en el que se juega un movimiento pendular entre lo que permanece de la historia vital infantil y lo que cambia, es decir, las referencias nuevas aportadas por el grupo. El yo requiere de nuevos destinatarios a los que demandar amor y reconocimiento narcisista, que a su vez le permiten el alejamiento de los referentes parentales para construir su mundo privado singular. Por eso implica la interrogación y el cuestionamiento de una imagen representacional de sí sin fisuras, enriqueciendo el trabajo de interpretación de su experiencia y complejizando su psiquismo en la elaboración de sus conflictivas.

Modalidades de uso de las nuevas tecnologías y trabajos psíquicos de la adolescencia

Los dispositivos y las plataformas tecnológicas no determinan formas específicas de producción simbólica, sino que constituyen un encuadre que puede ser utilizado por los sujetos de distintos modos, según sus propias formas singulares de producción. La elaboración de sentido que los adolescentes hacen de sus encuentros virtuales no puede generalizarse, ya que depende de las modalidades singulares de trabajos psíquicos asociados. Y en ellos cobran especial importancia los ligados a la construcción de límites que preservan la estabilidad

identitaria, y a la vez permitan la apertura a los efectos del encuentro con la alteridad.

En algunos jóvenes, el amplio espacio de sus experiencias ligadas al uso de nuevas tecnologías produce el enriquecimiento de sus recursos simbólicos y la ampliación de sus territorios de intercambio intersubjetivo, porque está asociado a la plasticidad para transformar sentidos y al investimento no sólo de lo novedoso, sino también de lo diferente.

En los casos en los que el funcionamiento psíquico hace posible aprovechar las características del encuadre tecnológico para desplegar la producción simbólica, asistimos a formas de uso en las que el proceso sublimatorio da cuenta de la investidura significativa, tanto del dispositivo tecnológico como de la propia actividad simbolizante y de la relación con otros sujetos. De ese modo se potencian procesos de creación subjetiva singular, que amplían la plasticidad sustitutiva de las demandas pulsionales y favorecen la valoración de los recursos para la elaboración de las conflictivas.

En otros casos, el dispositivo no es utilizado como sostén de la transicionalidad hacia el mundo externo sino para alejar al sujeto de los temidos peligros de la investidura significativa de los objetos. Aquí la significación del riesgo está puesta en el afuera; la alteridad se vuelve intolerable y el intercambio es significado como un exceso de presencia que se convierte en una intrusión insoportable, promoviendo defensas rígidas de la precaria estabilidad. En estos casos el impacto del encuentro es una amenaza que refuerza el aislamiento, la inhibición para los desafíos de la experiencia y la insistencia repetitiva de las interpretaciones que imposibilitan el cambio. Se generan entonces modalidades de usos de los dispositivos tecnológicos que se convierten en membranas protectoras antiestímulo rigidificadas, que lejos de actuar como mediaciones entre el adentro y el afuera, encierran al sujeto en formas de funcionamiento narcisistas desligadas del registro de la alteridad.

Pero también, para algunos adolescentes, es el registro de la ausencia que representa el intercambio virtual lo que es significado como pérdida catastrófica, porque demanda el reconocimiento de una relativa separación necesaria para la elaboración de las referencias identitarias que se exponen

como propias. El encuentro con una intimidad que se establece como condición de posibilidad para el establecimiento de un proyecto autónomo se torna inquietante, y se buscan vínculos superficiales y transitorios que resguarden del sufrimiento de la separación que se vive como una amputación del sí mismo. De ese modo la preservación de los límites promueve activamente procesos simbólicos de vacuidad y empobrecimiento subjetivo. Entonces la producción virtual es utilizada como intento de llenar el vacío interno con estímulos procedentes del dispositivo. Se produce una sobreinvestidura del objeto real-virtual con un funcionamiento en el que predomina la evitación del sufrimiento. Así la ausencia es desmentida por la profusión de imágenes y de información, y se logra mantener un frágil equilibrio al precio de la desimplicación subjetiva.

Perspectivas en la clínica actual

La clínica actual exige plantearse nuevas preguntas ante una subjetividad que, en el marco de ofertas sociales que tienden a reforzar la transmisión de ideales relacionados a la fugacidad y la inmediatez de la acción, expresa -entre otras- formas lábiles de elaboración de la conflictiva (Sternbach, 2007) ligadas a la historización de la experiencia y al reconocimiento de los recursos simbólicos como herramienta de transformación temporal. La pregnancia del presente y la ruptura de la linealidad en el tiempo actual, implican una aceleración que en ocasiones ubica en un primer plano al registro (sincrónico) de la presentación por sobre el campo de la representación, interpelando así

(especialmente) el espacio mismo de apertura a la reflexividad y la historicidad (Lash, 2005).

Pero, en otros casos, en el uso de las nuevas tecnologías, la construcción identificante de sentidos sobre la propia experiencia integra una multiplicidad de registros (discursivos, escritos y/o figurales) que se articulan en forma dinámica y heterogénea, diluyendo los márgenes tradicionales del espacio y el tiempo, expresando -a su vez- una pluralidad de recursos en juego para la invención potencial de formas plásticas y alternativas de representar(se) en el intercambio con los otros.

Por eso es crucial evitar generalizaciones que homogenizan las modalidades subjetivas y simbólicas ligadas a los usos de las nuevas tecnologías, para abrir el análisis y la interpretación a la diversidad de procesos psíquicos asociados. De esta forma las hipótesis asociadas a sus usos permiten profundizar el abordaje diagnóstico y construir nuevas herramientas de trabajo terapéutico.

El establecimiento de generalizaciones que homogenizan las modalidades subjetivas y simbólicas ligadas al uso de las nuevas tecnologías se vuelve riesgoso, en tanto obtura el abordaje complejo de las singulares modalidades de elaboración de sentido en los jóvenes, imposibilitando la diferenciación entre aquellas que complejizan la actividad representativa y aquellas otras que presentan procesos rigidificantes para el aparato psíquico. La apertura al análisis e interpretación de la diversidad de los procesos psíquicos asociados al uso de las TICs, posibilita de esta manera la profundización en el abordaje diagnóstico de estas modalidades y la construcción de nuevas herramientas de trabajo terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- Arfuch, L. (2002). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires. Amorrortu Editores (Publicación original en 1975).
- Aulagnier, P. (1991). *Construir(se) un pasado*. En *Revista de Psicoanálisis APdeBA* (pp. 441-497), Vol. XIII, N°3 (Publicación original en *Journal de la Psychanalyse de l'enfant*, N°7, París, 1989).
- Lash, S. (2005). *Crítica de la información*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Rodulfo, R. (2005). *El psicoanálisis de nuevo. Elementos para la deconstrucción del psicoanálisis tradicional*. Buenos Aires. Eudeba.
- Sibilia, P. (2008). *La intimidad como espectáculo*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Sternbach, S. (2007). *Organizaciones fronterizas y tramas intersubjetivas*. En Lerner, H. y Sternbach, S. (comps.), *Organizaciones fronterizas. Fronteras del psicoanálisis* (pp. 137-154). Buenos Aires. Lugar Editorial.

AASM | ACTIVIDADES



ESCUELA CLÍNICA
DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL

DIRECCIÓN GENERAL: *Darío Galante*
DIRECCIÓN ÁREA CLÍNICA: *Patricia Schnirelman*
DIRECCIÓN ÁREA DOCENCIA: *Alicia Prefumo*

CURSOS A DISTANCIA POR INTERNET

- **Conceptos básicos en psicoprofilaxis clínica y quirúrgica**

Directores:

Irma Zurita,
Patricia Oliveira,
Gustavo Nahmod

Inicio: 4 de junio

- **Introducción a la bioética**

Director: Santiago
Maffia Bizzozero

Inicio: 2 de julio

- **La operación transferencial en psicoanálisis: cinco lecturas clínicas**

Director: Omar
Daniel Fernández

Inicio: 16 de julio

- **Medicina, sociedad y salud mental**

Director: Francisco A.
Saydman

Inicio: 7 de agosto

SEMINARIOS DE FORMACIÓN CON PRÁCTICA CLÍNICA RENTADA

INICIO: AGOSTO DE 2012

SUPERVISIONES CLÍNICAS

Supervisiones de casos clínicos y articulación teórica, donde se trabajarán los temas surgidos de la práctica clínica y sus conceptos fundamentales. Las supervisiones están a cargo de Pablo Fridman, Emilia Martínez, Inés Sotelo, Alicia Prefumo y Nicolás Bousoño.

POSIBILIDAD DE PRÁCTICA RENTADA

Se ofrecerá la posibilidad de atención de pacientes por parte de los participantes, previa instancia de entrevistas con un coordinador, que sugerirá y acordará con el profesional el momento de acceder a la clínica, así como la cantidad conveniente de derivaciones. Existe, también, la posibilidad de práctica en instituciones públicas.

CERTIFICACIONES

Se otorgarán certificados de participación/aprobación en la Escuela una vez finalizadas las horas de concurrencia obligatorias.

CONDICIONES DE ADMISIÓN

El dispositivo está dirigido a profesionales egresados de las carreras de Psicología, Medicina, y otras profesiones del campo de la salud mental.

A su vez, se prevé la participación de estudiantes avanzados para efectuar un acercamiento a la clínica, mediante su participación en los espacios de supervisión y en los seminarios.

LA CUOTA INCLUYE:

- 1) Seguro de mala praxis en compañía de seguros de primera línea. Este seguro cubre, además, la actividad privada fuera de la escuela.
- 2) Inclusión del alumno como socio adherente a la Asociación Argentina de Salud Mental, con todos los beneficios (descuentos en congresos y jornadas, cursos, talleres y demás actividades).

PROFESIONALES DEL INTERIOR Y ESTUDIANTES

Consultar.

INFORMES E INSCRIPCIÓN:

Ayacucho 234 - Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Teléfono: (54 11) 4952-1923
administracion@aasm.org.ar / www.aasm.org.ar

Del grito silencioso a la demanda del niño autista

Fabiana Lifchitz

Resulta difícil imaginarse a una persona en una dimensión previa a la palabra, no sólo por el efecto que ésta tiene de nombrar, sino por su efecto de representar la realidad. Como dice Lacan, “no hace falta que esté la cosa para que podamos hablar de ella”.

Sin embargo, para muchos de los niños autistas con los que me encuentro en la práctica clínica, esto no funciona. La palabra no les ha tocado, como si no les hubiera atravesado: porque parecieran no entenderte, porque no te hablan, porque huyen de las palabras, o porque las palabras juegan en sus bocas como remolinos que reproducen diálogos horas y horas, cual muñecos a pila, o loritos parlanchines, ajenos al paso del tiempo. Pero no es sólo la palabra, o la ausencia de palabra, lo que se pone en juego en la carta de presentación del niño autista, sino también la voz, la

mirada, el tacto, los movimientos del cuerpo, y el tratamiento del objeto.

A veces es la voz que está por nacer, como el primer diente de leche que rompe la encía. Ahí están ellos, soltando la voz, cediendo la voz muy poco a poco, desprendiéndose de la voz, que sale del cuerpo y lo divide. La voz como objeto pulsional que queda afuera. Gorjeos, laleos, gemidos, tarareos, sonidos, palabras. O simplemente alaridos. A veces es la mirada, ese mirar sin saber en qué lugar tienen sus pupilas, parafraseando a Amelie Nothomb.

O el tacto que evitan con pánico, o a través del cual van dejando marcas de sus fluidos (saliva, mocos), o que pueden rozar como aterciopelado. O a través del cuerpo con el que se pueden mostrar como los más hábiles contorsionistas, aun sin haber logrado una ilusoria anticipación de unidad

*Psicóloga Clínica. Licenciada en Psicología (UBA, 1990). Especialidad en Psicología Clínica. Máster en Psicoanálisis por el Instituto de Neurociencias de Barcelona y la Universidad de León. Responsable de la atención a la salud mental infanto-juvenil en la Unidad de Salud Mental de Ciudad Alta, en Las Palmas de Gran Canaria (España).
garabatoamel@gmail.com, Las Palmas de Gran Canaria, España*


moebiusdifusión



MOEBIUS DIFUSIÓN PSI se especializa en difundir actividades y eventos relacionados con el psicoanálisis, psiquiatría, psicoterapia, la salud mental y la cultura en general: Congresos, jornadas, cursos, reuniones, presentación de libros y cualquier otra información que pueda interesar a la comunidad psi y actividades vinculadas. También se especializa en organización de eventos, así como también edición de libros y gráfica en general con precios muy convenientes. Contamos con la lista más grande de suscriptos PSI de todo el mundo. La lista está compuesta por e-mails de instituciones y profesionales de la Salud Mental residentes en Argentina y del resto del mundo. Además, en la página web encontrará una selección de videos y artículos que serán de su interés.

www.moebiusdifusion.com / info@moebiusdifusion.com

especular. Por ejemplo, por medio del manejo de la descoordinación de sus brazos, si cabe el oxímoron: uno levantado en violento movimiento de aleteo, el otro estirado casi con inercia, como si alguien tirara de él.

Con frecuencia pareciera que a través de un andar desaliñado o de sus brincos, se abrieran un horizonte donde echar a correr. Alex, por ejemplo, toma impulso cual atleta de salto en largo, y un momento después termina sentado en tu regazo, de espaldas y con sus brazos rodeándote el cuello, quién sabe si considerándote como otro humano, como un objeto para mecerse o qué. Instante seguido lo ves sentado rompiendo papeles en dos, y tratándolos cual baquetas de batería.

Con frecuencia me pregunto en qué mundo viven, ¿qué espacio?, ¿qué tiempo? Podría decir el ahora, con la salvedad de que el ahora no deja de ser un corte simbólico en relación a la diacronía temporal. Omar toma un pictograma. Camina con él. Lo sostiene con el brazo estirado. A veces de abajo hacia arriba, otras de arriba hacia abajo. Camina. Mira la lámina de reajo, mientras su cuello dibuja finos movimientos circulares. Mira hacia el horizonte. Vuelve a mirar la lámina. Continúa en una especie de concentración, cual crítico de arte. No se inmuta. Camina y sigue alternando lámina-horizonte. En ocasiones introduce lo oral y chupa la lámina. En ese recorrido circular homeostático puede permanecer por horas, mientras que si intentas un corte a través de tocarlo o hacer que deje su objeto, sobreviene la hecatombe, los saltos con aleteos, la huida. Haces como que lo ignoras y, cuando menos lo esperas, se pega a ti, usando sus babas de adhesivo o de envoltorio.

Frente a la dificultad de vislumbrar lo humano en un cuerpo replegado al goce, con una mirada perdida, no puede uno menos que preguntarse cómo sostener un sujeto a advenir. ¿Desde dónde intervenir? Por momentos te descubren, momentos que no necesariamente coinciden con el tiempo en que tú les propones algo. Son instantes donde parecen reconocerte, si no como otro, al menos como un otro uno. El resto del tiempo ahí te quedas tú con tus propuestas.

En la conferencia de Ginebra, Lacan señalaba que los autistas no pueden entender lo que se les dice

cuando se trata de hacerlo pero, a fin de cuentas, seguramente hay algo que decirles. En el caso del niño autista, cuanto más nos ocupamos tratando de empujarlo en alguna dirección, más manifiesta él la tendencia a cerrarse.

¿Cómo producir el encuentro? Teniendo en cuenta que lo que insiste en estos niños es el permanente eludir al Otro, el desencuentro con el Otro.

Hay un rechazar al otro del lenguaje, a través del rechazo activo de la lengua materna, que se materializa en el no más firme a la palabra. El autista está en el lenguaje pero no en la función de la palabra (Michel Silvestre). En este sentido, el niño autista no entra en la demanda; su lenguaje permanece como algo cerrado, se oye a sí mismo, y así el Otro, a nivel simbólico, queda estructuralmente excluido de su mundo.

¿Qué causa a un sujeto? En este punto me vienen ecos del sujeto mítico de la necesidad del que hablara Lacan en el grafo del deseo. Cachorro humano, que grita antes de toparse con el Otro del lenguaje que interpreta ese grito de la necesidad, que queda perdida para siempre, dando lugar a la demanda y al don. ¿Qué ocurre en el autismo? Podríamos pensar que en algún momento ese grito, ese llanto, no fue escuchado por un Otro, no pudiendo así acceder al llamado. Así pues, para que surja la demanda, es necesario que el Otro intervenga dando significación al grito, que en sí mismo no quiere decir nada. Escuchar el grito como un llamado es suponer al grito un sujeto. El Otro debe acusar recibo, eso es lo esencial para la comunicación.

Y esta es la apuesta, precisamente, acusar recibo de aquello que el niño trae, con una actitud que no es la de maternaje, ni de pegoteo con alguien que está encima, que da antes de que le pidan, sino de separar, de cortar, partiendo del todo, de la holo-frase, que pueda producir alguna metonimia, un desplazamiento. Pasar de ese Uno a varios unos. Estar atento al reclamo de presencia pero dispuesto a ausentarse para hacer existir el par más elemental de la cadena significante. Introducir una discontinuidad que permita una alternancia.

Una forma de acusar recibo a lo que el niño dice es darle un lugar de acogida en el dispositivo donde se lo vaya a atender. Dispositivo como

topos y soporte de la producción del niño, que no frene su modalidad de desencuentro con el Otro,

sino más bien que sostenga y lo acompañe en su propia posición de trabajo al respetar su elección.

BIBLIOGRAFÍA

Egge, Martín. *El tratamiento del niño autista*. Ed. Gredos. Madrid, 2008.

Escayola, Elizabeth y Barnés, Gemma. *Psicoanálisis aplicado y lenguaje alternativo*. Clínica entre varios. Ponencia presentada en la VII Jornada de Debate de la Fundación de Nou Barris "Els trastorns mentals greus en la infància e i en l'adolescència". Noviembre 2004.

Kairós. *Psicosis Infantil y Autismo*. Centre L'Alba. Ed. Montena S.A. Madrid, 1983.

Manzotti, Marita. *Clínica del autismo infantil. El dispositivo soporte*. Ed. Grama. Buenos Aires, 2005.

Apropiación/restitución de niños en la Argentina

María Elena Domínguez

"El centro de gravedad del sujeto es esa síntesis presente del pasado que llamamos historia. En ella confiamos cuando se trata de hacer avanzar el trabajo. El análisis en sus orígenes la supone. Por lo tanto, no cabe demostrar que, a su fin, ella es refutada. A decir verdad, si no es así, no vemos en absoluto cuál es la novedad que el psicoanálisis ha aportado."

JACQUES LACAN, "La resistencia y las defensas",
Seminario I (1953-54)

1. Introducción: el trauma histórico

El autodenominado proceso de reorganización nacional implementó en la Argentina entre 1976 y 1983, como una de sus prácticas para reordenar los valores de la sociedad extraviados por el accionar de la subversión, la desaparición y apropiación de niños nacidos y por nacer durante el cautiverio de sus madres. Esta práctica provocó la

desarticulación de los lazos sociales, incluidos los de parentesco, dislocando el orden de las generaciones y desapareciendo su historia. Alterados los modos de inscripción del viviente en lo familiar, en lo jurídico y en lo social, nos interesa preguntarnos por los efectos que este trauma histórico produce en la subjetividad de aquellos que fueron criados como propios en la ilegalidad, es decir: apropiados.

Psicoanalista. Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Profesora Nacional de Escultura, Escuela Nacional de Bellas Artes "Prilidiano Pueyrredón", Jefa de Trabajos Prácticos en la cátedra 1 "Psicología, Ética y Derechos Humanos", Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Investigadora UBACyT. Becaria Maestría en Psicoanálisis. Integrante del equipo terapéutico del "Centro de atención por el derecho a la Identidad". Abuelas de Plaza de Mayo. Escultora.

mariaelenadominguez@psi.uba.ar, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

La apropiación, desanudando un linaje, impidió la transmisión de la lengua materna, privando al sujeto de aquellas marcas aportadas por la lengua que establecen parentesco e historizan al sujeto. Se produjo así una fractura en el orden generacional que afectó a tres o cuatro generaciones.

Fracturada la historia y los lazos de parentesco, reinó un familiarismo delirante¹ en pos de situar una familia allí donde no la hay. Los niños apropiados fueron violentamente desaparecidos, al sustraerlos de una cadena generacional para incluirlos, de igual modo, en otra, sin explicación alguna, renegando su origen y el acto de apropiación procurando, de esta manera, que no tengan acceso a su genealogía. Para ello se falsificaron las inscripciones, se cambiaron los nombres y la fecha de los nacimientos. Como corolario los niños, hoy ya jóvenes, “viven en un estado de excepción sin saberlo, despojados de su nombre, de su familia, de su historia, dado que su situación está falsificada, así como su documentación, filiación e identidad”². Una modalidad de convivencia que generó una progenie soportada en el modelo de la excepción como norma de vida.

Este trauma histórico implicó una convivencia con el apropiador ordenada alrededor de la lógica del campo (lager), modalidad derivada de la lógica concentracionaria, modelo de poder totalitario, propio del siglo XX, creado por el nazismo, y que determina la vida y la muerte de las personas³. Los apropiadores perpetúan y reproducen en el seno familiar el poder totalitario en la relación que establecen con el niño secuestrado⁴, logrando ubicarse en el rol de “salvador”⁵. Una delirante fórmula de inscripción de la vida en el orden social, producto de esta práctica segregativa como modo de “instituir lo vivo”⁶.

El propio General Ramón Camps, en 1977, en una entrevista para la revista española “Tiempo”, explicaba los fundamentos del siniestro plan: “Los subversivos educan a sus hijos para la subversión. Eso hay que impedirlo”, y agrega que no se tra-

taba de eliminarlos, sino de encontrarles nuevos padres. Los niños ingresan así en el proyecto de purificación y ordenamiento de los cuerpos como “botín de guerra”, sin identidad. Un cuerpo tomado por el discurso del Otro, un discurso amo que lo apropió y en el mejor de los casos le prodigó cuidados parentales.

2. Una historia, un síntoma: el caso P.

Tomaremos en lo que sigue el caso P, primera nieta restituida por orden judicial y por pruebas genéticas, en 1984, aún siendo niña, para dar cuenta a través de sus ficciones y recortando su síntoma analítico, el impacto que produjo en ella la apropiación. Y es que P. luego de ser secuestrada, en mayo de 1978, a los 23 meses de edad, junto con sus padres, en un país vecino, es vuelta a inscribir en el Registro Civil con datos filiatorios falsos, como hija propia y recién nacida por su apropiador, obligándola a vivir de acuerdo a la edad impuesta, lo que le implicó un retraso de dos años en la incorporación al sistema escolar, entre otras cosas.

Nos serviremos de un tramo de su análisis “De lo roto al olvido”:

“Las Barbies”: Durante varias sesiones P. traía al consultorio una valijita con sus barbies y la ropita de ellas. Luego de un tiempo se pregunta el porqué de dicho traslado, y aparece la necesidad de “dejarlas ahí”. Un día, en relación a una barbie que se le había roto, comentó: “Nunca se va a poder arreglar... se perdió”. La analista le pregunta: “¿Se perdió?”. La niña entonces toma unos títeres de dedos y arma una familia de pollitos: mamá, papá y unos hermanos, y realiza un relato: “La ficción de las pollitas”, historia que cuenta cómo una pollita salió a pasear con sus hermanos y su mamá, y se olvida de volver. La mamá, el papá y los hermanos pollitos salen a buscarla pero no la encuentran. Luego de mucho tiempo, cuando la pollita se da cuenta de que se había quedado en

¹ Cf. LAURENT, E. (2005).

² LO GIÚDICE, A. *Comp.* (2008), p. 26.

³ Cf. LO GIÚDICE, A. *Comp.* (2009).

⁴ *Sentencia del juicio de María Eugenia Sampallo Barragán.*

⁵ *Texto leído por María Eugenia Sampallo Barragán en la Conferencia de prensa del 31/03/2008.*

⁶ Cf. LO GIÚDICE, A. *Comp.* (2008).

una casa que no era la suya, decide volver, pero ya no encuentra el camino. Finalmente logra hallarlo, pero tenía miedo de que el papá gallo estuviera enojado. Él, primero la reta, pero luego la perdona y la deja ir a jugar con sus hermanos, a los que ella les cuenta todo lo sucedido durante su pérdida.

De allí surge un juego con su analista: “Perdete que te encuentre”. P. juega a la pérdida y al encuentro de la analista, una modalidad singular del fort-da, que actualiza el encuentro con su abuela, pero también la emergencia de la angustia: “¿Dónde estabas? Yo fui y vos no estabas”. Pregunta que devela el desencuentro, la angustia del desencuentro a partir de un error de la pequeña que confunde el día de la sesión y llama a su analista para reclamarle.

Podemos leer allí el modo en que lo familiar se sitúa en la escena del consultorio. Sin poner el acento en lo traumático vivido, ni en la búsqueda de la verdad de lo sucedido, sino en la búsqueda del sujeto que la transporta, el deseo del analista, de esa analista en particular, pone en juego y en el juego su presencia o su ausencia, permitiendo que surja la angustia y la pregunta por la causa del síntoma. Ello posibilita en ese presente temporal, en ese consultorio, con ese objeto analista y por medio de esa ficción, iniciar la cuenta de sus pérdidas, contabilizar sus agujeros y sus encuentros, lo roto, lo olvidado y lo recordado, permitiéndole a la sujeto historizarse, hysterizarse.

En este sentido, si historia es el pasado en el presente, si el sujeto histórico hace una historia edípica a partir de lo traumático de la lengua, y “si a la historia se entra por el síntoma, es porque a la historia se la crea con el síntoma”⁷. Y en este recorte puede ubicarse lo que será el síntoma analítico de P., el olvido, que alude a una decisión de la pequeña sujeto frente a su apropiación, olvidar, y que marca, a su vez, el punto de su responsabilidad por dicho olvido. En otra oportunidad dirá: “En esa época era medio tonta, no preguntaba”.

No obstante, queda un resto de dicha operación y su cuerpo inscribe esa filiación falsificada: dete-

niendo su crecimiento óseo en dos años, aunque llamativamente logra retener su nombre P. “como un modo de resistencia del inconsciente a la apropiación”⁸. Resistencia del inconsciente real a dejar esa letra de goce: P., marca de la nominación paterna -Nombre del Padre-, que será redoblada en el análisis, a través del reto por el olvido, haciéndose preferir. Lo que permite, finalmente, desanudar la inhibición.

3. La subjetividad y el sacrificio de la memoria

La subjetividad de la época imprime marcas en los cuerpos. P. puede dar testimonio de ello. El discurso del apropiador ha marcado su cuerpo, inhibiéndolo.

En la actualidad la subjetividad de la época empuja a la producción de sujetos memoriosos, a fin de evitar repetir la historia⁹. Así convertida en empresa, la memoria se produce en serie como modo de contrarrestar la ausencia en serie producida por el régimen dictatorial.

Hallamos, así, cuerpos confinados a guardar las marcas, con la pretensión de conservarlas incólumes con el paso del tiempo. No obstante, dicho tratamiento conduce a la proliferación de identidades colectivas, sin dejar resquicio para la emergencia de marcas singularizantes que se salgan del programa de bytes de memoria establecido. Entrega al sacrificio por la memoria. Oferta de cuerpos a sus discursos. Reverso del amo antiguo que produce no sólo la devastación del cuerpo, que es entregado como ofrenda, sino también la devastación del sujeto. Pero entonces, ¿qué estrategia puede erigirse como operación singularizante, que le permita al sujeto sustraerse de una identidad sufriendo?

Proponemos el pasaje del sacrificio por la memoria que concibe una memoria sin manchas, en la que no hay lugar para el olvido al sacrificio de la memoria. Es decir, sacrificar algo de ella, permitiendo el olvido como marca de la emergencia del

⁷ TOTÉ, S. (1996), p. 136.

⁸ LO GIÚDICE, A. (2009).

⁹ Así reza la creencia que sostiene que los pueblos que no conservan la memoria tienen como destino repetir su pasado.

sujeto. De este modo, como contrapartida del rechazo, de la forclusión del sujeto, por el discurso del apropiador que los homogeniza, la estrategia no podrá ser una memoria sin fallas y completa, sino aquella que implica “un saber hacer-ahí-con” (savoir y faire avec)¹⁰ el síntoma, con esas marcas singulares que ese trauma ha dejado en cada uno de los afectados.

Siguiendo a Ignacio Lewkowicz, adhiramos a la idea de la operación historiadora como una política del sujeto. Una política del cuerpo que produce un sujeto que teje singularmente esas marcas del trauma. Una operación que posibilita susstraerse del discurso del amo que solicita un abastecimiento regular de víctimas para llevar a cabo su gestión.

Se tratará, entonces, del pasaje del trabajo de la memoria, de la progeñe de custodios memoriosos y los memoriales que insisten sintomáticamente, repetitivamente, en rellenar un vacío, a inventar una nueva modalidad de vínculo con el otro. Se

tratará de sacrificar la memoria dejando caer esas identidades colectivas que borran la diferencia, que segregan al sujeto para dar lugar a la emergencia de un sujeto que sabe hacer con esas marcas que le han tocado en suerte, produciendo algo diverso a partir de las mismas que permita situar quien responda por ellas.

Saber hacer con el vacío, “saber-hacer-ahí-con” el síntoma, con esas marcas singulares de goce, supone pensar a la catástrofe del terrorismo de estado, desde lo que hay, desde la contingencia, y no desde el arrasamiento¹¹ de la subjetividad, pues esta última modalidad conduce a concebirla en términos de trauma, y ello exige una reprogramación de los cuerpos.

Pensarla desde lo que hay, desde la contingencia, posibilita al sujeto armar su propia versión de la historia, dándole a esas piezas sueltas¹² otro uso posible. Un saber hacer de la contingencia una oportunidad. Un saber-hacer-ahí-con-el síntoma de la época.

BIBLIOGRAFÍA

LACAN, Jacques (1974-1975). *El seminario. Libro 22: “R.S.I.”*. Inédito.

LACAN, J. (1975-76). *El seminario 23: “Le sinthome”*, Paidós, Buenos Aires, 2006.

LACAN, J. (1976-77). *El Seminario 24: “L’insu que sait de l’une bévue s’aile à mourre”*. Inédito.

LAURENT, E. (2005). “La atribución real del cuerpo entre ciencia y psicoanálisis”. Ponencia en Mesa redonda en Lausanne.

En <http://hipermodernidad-textosonline.blogspot.com/2005/02/la-atribucion-real-del-cuerpo-entre.html>

LEWKOWICZ, I. (2004). “Catástrofe: experiencia de nominación”. En *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*, Paidós, Buenos Aires, 2004.

LO GIÚDICE, A. (1999). “Lo que se restituye en un análisis”. En *Psicoanálisis de los derechos de las personas*, Buenos Aires, Tres Haches, 2000, p. 25-35.

LO GIÚDICE, A. (2005). “Psicoanálisis: restitución, apropiación y filiación”. Centro de Atención por el Derecho a la Identidad de Abuelas de Plaza de Mayo, Comp., Bs. As., 2005.

LO GIÚDICE, A. (2008). “Psicoanálisis: identidad y transmisión”, Centro Atención por el Derecho a la Identidad de Abuelas de Plaza de Mayo, Comp., Bs. As., 2008.

LO GIÚDICE, A. (2009). “La apropiación de niños: una lógica concentracionaria”. Ponencia del Simposio “Derecho a la Identidad: Restitución, Apropiación y Filiación”, 1er Congreso Internacional en Psicología. XVI Jornadas de Investigación y 5º Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Inédito.

MILLER, J. A. (2004-2005). *Pièces détachées, Orientation lacanienne III, 6, cours 2004-2005*. Inédito.

Sentencia del juicio de María Eugenia Sampallo Barragán. www.abuelas.org.ar.

Texto leído por María Eugenia Sampallo Barragán en la Conferencia de prensa del 31 de marzo de 2008. www.juiciosampallobarragan.blogspot.com/

TOTÉ, S. (1996). “A la historia ¿se entra por el síntoma?”. En *Lazos, Publicación de la EOL, Sección Rosario, Nueva Serie, Nº 5, Rosario, 2002, p. 131-136*.

¹⁰ LACAN, J. (1976-77). *Clase del 15/2/1977*.

¹¹ Cf. LEWKOWICZ, I. (2004), p. 160-161.

¹² Cf. MILLER, J. A. (2004-2005).

AASM CATEGORIA DE SOCIOS

CATEGORIA	CONDICION	VALOR DE LA CUOTA
Miembro titular	Más de 5 años de profesión	\$ 50 mensuales
Miembro adherente	Hasta 5 años de profesión	\$ 44 mensuales
Miembro estudiante	Estudiantes universitarios	\$ 32 mensuales
Institución miembro	Institución legalmente constituida	Según convenio

Aclaración: Los miembros de la AASM cuentan con descuentos significativos en las actividades organizadas por la asociación (cursos, congresos, jornadas). Los miembros de la AASM aparecen en el Róster (cartilla) que se encuentra en nuestra página web con los datos profesionales de cada uno. Además, los miembros tienen la posibilidad de incorporarse y participar del capítulo que sea de su interés. Los miembros titulares pueden proponer la fundación de un nuevo capítulo si creen que la temática así lo justifica. La propuesta será evaluada por la Comisión Directiva.

Los miembros de las diferentes zonas del Gran Buenos Aires, del interior del país o argentinos residentes en el exterior, pueden solicitar la fundación de filiales o representaciones de la AASM. Los miembros que se desempeñen en los diferentes establecimientos públicos o privados del país, podrán solicitar la fundación de una filial y actuar como representantes de ese grupo de profesionales ante la AASM. Para solicitar la fundación de filiales, se deberá conformar una Comisión Directiva con: un presidente, un vicepresidente, un secretario científico y por lo menos un vocal, hasta un máximo de tres. La misma se registrará por el estatuto de la AASM.

INFORMES AASM Ayacucho 234 - Tel 4952-8930
E-mail: administracion@aasm.org.ar - www.aasm.org.ar

REGLAMENTO DE PUBLICACION DE ARTICULOS

- *Los trabajos deberán ser enviados al director de la Revista Conexiones, Lic. Alberto Trimboli.*
- *El Comité Editorial de la revista se reserva el derecho de rechazar los originales que no considere apropiados o cuando no cumplan con los requisitos mínimos.*
- *Los trabajos serán evaluados por el comité científico de la revista.*
- *Los trabajos no deberán haber sido publicados anteriormente ni presentados simultáneamente a otra publicación. Si fue publicado anteriormente, y el artículo es considerado de sumo interés, el autor deberá presentar la autorización del editor que lo haya publicado con anterioridad.*
- *Se presentará el trabajo original acompañado de tres copias (texto, gráficos e ilustraciones si las hubiere) en diskette o CD, aclarando el formato de los mismos.*
- *Deberá tener una extensión total de entre 4 y 7 páginas con letra arial N° 14.*
- *Deberá figurar: Título del artículo, nombre y apellido de los autores, institución a la que pertenecen, localidad y país. Dirección, teléfono, e-mail y fax de los autores. Los autores son los responsables exclusivos de toda la información que se incluya en el artículo.*
- *Resumen del trabajo y palabras clave en castellano y en inglés, y no excederá las 200 palabras.*
- *Si el artículo fuera resultado de un trabajo de investigación, deberá constar de las siguientes partes: Introducción, Material y Método, Resultados y Conclusiones.*
- *Referencias bibliográficas: Bibliografía de Revistas: Apellidos e iniciales de todos los autores (a partir de tres autores se añadirá "y cols."), título del trabajo en su idioma original, nombre de la revista, número de volumen, primera página y año. Bibliografía de Libros: Apellidos e iniciales de todos los autores, título del libro en su idioma original, páginas, editorial, ciudad y año, en este orden.*
- *Las publicaciones presentadas para que sea considerada su publicación, que no cumplan con los requisitos explicitados anteriormente, serán remitidas al autor responsable para su modificación.*

Los atípicos



Kemoter[®]
Quetiapina

Simina[®]
Olanzapina

Restelea[®]
Risperidona