



# CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

Año 10 N° 29 Agosto de 2014  
DISTRIBUCION GRATUITA



A (i)mobilização do par parental frente ao diagnóstico de sua criança • Por enésima vez: Psiquiatria vs Psicoanálisis Capítulo1000: las Clasificaciones Operacionales • ¿Qué ética para la salud mental? • La dimensión psiquiátrica del psicoterapeuta • El dispositivo de Hospital de Día • Algunas consideraciones acerca del denominado problema de las drogas

## COMISION DIRECTIVA

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

### COMISIÓN FISCALIZADORA:

PRESIDENTE: Jerónimo Grondona  
 VOCAL TITULAR: Guido Axel Idiart  
 VOCAL SUPLENTE: Beatriz Schlieper

## Miembros de Honor

Samuel Basz, Pedro Boschan (f), Jorge Chamorro, Carlos Coquet, Horacio Etchegoyen, Osvaldo Delgado, Enio Linares, Gabriel Lombardi, Miguel Márquez, Roberto Mazzuca, Roger Montenegro, José Schávelzon (f), 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 Darío, 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 Ercilia, Falcoff Ariel Darío, Frechino Jorge, Gallardo Ruben Darío, García Mª Fernanda, Gaspar Verónica E., Gutiérrez Clarisa, Kahn Clara, Kennel Beatriz, Marquis Ana Ines, Morazzani Ivan D., Naddeo Silvana E., Nisembaun Adriana, Olivera Patricia B., Pontiggia Susana, Rodríguez 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

PRESIDENTE: Miriam Aparicio  
 VICEPRESIDENTE: Nancy Caballero  
 SECRETARIO: Jimena Aguirre

## Área Administrativa

Jorgelina Catenacci (coordinación)

# Capítulos

## PRESIDENTES DE CAPÍTULOS

### ABORDAJES TERAPÉUTICOS INTERDISCIPLINARIOS

PRESIDENTE: JUAN CARLOS BASANI

### ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO

PRESIDENTE: GUSTAVO PABLO ROSSI

### ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN

PRESIDENTE: JUAN CARLOS FANTIN

### ARTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: MARÍA JULIA CEBOLLA LASHERAS

### AUTISMO Y PSICOSIS EN LA INFANCIA

PRESIDENTE: SILVIA ELENA TENDLARZ

### BIOÉTICA

PRESIDENTE: SANTIAGO MAFFIA BIZZOZERO

### CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

PRESIDENTE: ANAHÍ REBAGLIATI

### CONFLICTO VINCULAR: ETIOLOGÍA, PATOGÉNESIS Y TERAPÉUTICA

PRESIDENTE: ELOISA ABELLO

### CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL

PRESIDENTE: SILVIA KLEIBAN

### CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ANA INÉS MARQUIS

### DELGADEZ: CUERPO MENTE Y PSICONEUROBIOLOGÍA

PRESIDENTE: BERTA SPAINI

### DISCAPACIDAD Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: EDUARDO GRANDE

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

PRESIDENTE: GUSTAVO F. BERTRAN

### EL IMPACTO DE LA ÉPOCA EN LOS CUERPOS

PRESIDENTE: EDITH TENDLARZ

### EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

PRESIDENTE: BEATRIZ KENNEL

### ESTRÉS Y TRAUMA

PRESIDENTE: ROBERTO SIVAK

### FAMILIA, PAREJA Y GRUPO

PRESIDENTE: SILVIA SINGER

### INTERDISCIPLINA EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: NORMA FANTINI

### LEGISLACIÓN Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: CARLOS PEREYRA

### LO DISRUPTIVO Y LO TRAUMÁTICO

PRESIDENTE: PATRICIA B. OLIVEIRA

### LOS SÍNTOMAS Y LA ÉPOCA

PRESIDENTE: MÓNICA CHAMA

### MEDICINA SOCIEDAD Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: FRANCISCO ALEJANDRO SAYDMAN

### MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: DARÍO CANIGLIA

### NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: GUSTAVO TAFET

### NEUROPSICOLOGÍA

PRESIDENTE: GABRIELA PISANO

### 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

### PSICOONCOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS

PRESIDENTE: SILVIA CHAB

### PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA

PRESIDENTE: GUSTAVO NAHMED

### PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: DIEGO FEDER

### PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

PRESIDENTE: FABIO CELNIKIER

### PSIQUIATRÍA CLÍNICA, TERAPÉUTICA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ARIEL FALCOFF

### SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVIA VOULLAT

### SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

PRESIDENTE: LILIANA VERÓNICA 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 RAÚL 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

### VIOLENCIA

PRESIDENTE: SUSANA PONTIGGIA

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA  
 DE SALUD MENTAL  
 Año 10 • N° 29 • Agosto de 2014

**Directores:**

*Eduardo Grande*  
*Alberto Trimboli*

**Director Asociado:**

*Ariel Falcoff*

**COMITE EDITORIAL**

*Pablo Fridman*  
*Juan Carlos Fantin*  
*Alberto Trimboli*  
*Silvia Raggi*  
*Gustavo Bertran*  
*Dario Galante*

**COMITE CIENTIFICO**

*Daniel Millas*  
*Alberto Carli*  
*Ruben Gallardo*  
*Pedro Boschán (†)*

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** A (i)mobilização do par parental frente ao diagnóstico de sua criança  
 Jailma Belarmino Souto,  
 Maria Lígia Gouveia, Amanda Lima
- 9** "Por enésima vez:  
 Psiquiatría vs Psicoanálisis  
 Capítulo 1000: las Clasificaciones Operacionales"  
 Ariel D. Falcoff
- 14** ¿Qué ética para la salud mental?  
 Juan Carlos Fantin
- 17** La dimensión psiquiátrica del psicoterapeuta  
 Liliana Verónica Moneta
- 20** El dispositivo de Hospital de Día  
 Gustavo Fernando Bertran
- 25** Algunas consideraciones acerca del denominado problema de las drogas  
 Alberto Trimboli



**Henri Rousseau. El sueño (1910),**  
 204x298 cm. Óleo sobre lienzo.  
 Museum of Modern Art, (New York).

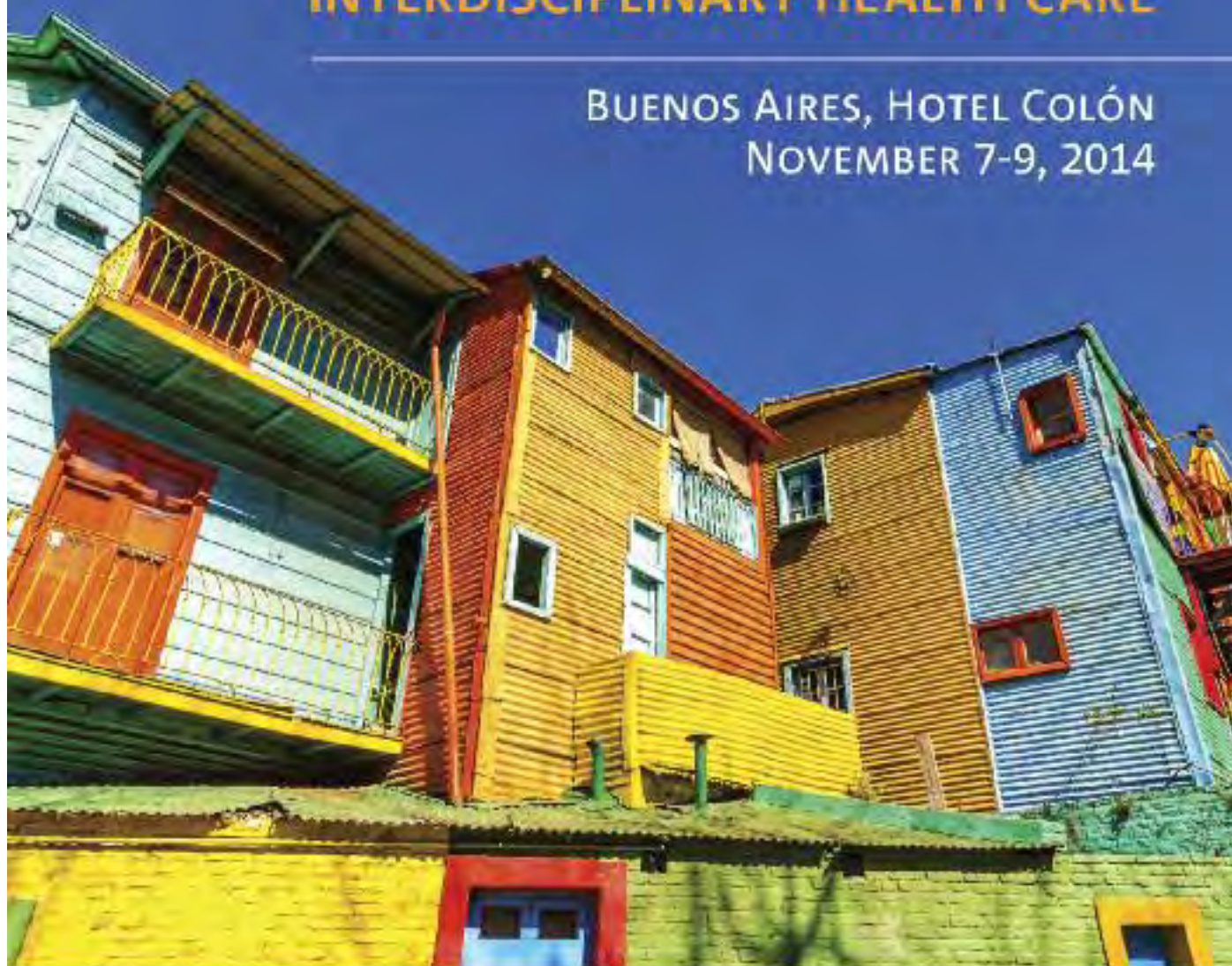


**AASM** | Asociación Argentina  
de Salud Mental

# 2<sup>ND</sup> INTERNATIONAL CONGRESS OF PERSON CENTERED MEDICINE

## ADVANCING HUMANISTIC AND INTERDISCIPLINARY HEALTH CARE

BUENOS AIRES, HOTEL COLÓN  
NOVEMBER 7-9, 2014



Local Conference  
Secretariat

Ayacucho 234 • Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina  
Tel/Fax: +54 11 4952-1923 • [info@icpcmbuenosaires2014.com](mailto:info@icpcmbuenosaires2014.com)

[www.icpcmbuenosaires2014.com](http://www.icpcmbuenosaires2014.com)

# A (i)mobilização do par parental frente ao diagnóstico de sua criança

Jailma Belarmino Souto\*, Maria Lúgia Gouveia\*\*, Amanda Lima\*\*\*

## Considerações iniciais

Este trabalho tem como campo de referência um projeto de Extensão do curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba/BRASIL, desenvolvido no CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial/ intervenção precoce - Campina Grande/PB. Tem como objetivo discutir a questão diagnóstica, em crianças com comprometimentos mentais, tal qual, a questão é trazida pelos pais, em um acolhimento de grupo oferecido pela Instituição.

O CAPSi é um serviço substitutivo criado a partir da Reforma Psiquiátrica; recebe a demanda de 0 a 15 anos, oferecendo atendimento à crianças e adolescentes, portadores de transtornos mentais, assim como o acolhimento ao seu grupo familiar. Essa atuação, referendada pela teoria e ética da psicanálise, utiliza-se, tanto da escuta individual, quanto do trabalho com grupos em oficinas, onde são desenvolvidas atividades instrumentalizadas pelo brincar em suas mais diversas formas de expressão criadas pela criança.

O diagnóstico recebido e sustentado pelos pais interfere quase que sempre, de maneira negativa

no desenvolvimento e novas aquisições da criança, porque eles ficam aderidos ao nome do diagnóstico. Diante disso, deixam de investir no filho, colocam-se como não sabendo em como agir com o seu filho e assim, buscam no outro (o profissional) uma forma de orientação para lidar com esse sujeito “marcado” como se fosse uma sentença.

Observa-se nos resultados desse trabalho o quanto os pais encontram-se “colados” ao diagnóstico como representação das impossibilidades do filho. Nessa perspectiva, o trabalho pautado na ética da psicanálise propõe-se a desmistificar a soberania do diagnóstico, a fim de que o casal parental possa descolar-se do estigma, elaborar o luto de suas dores e reinvestir nas possibilidades de sua criança.

## Centro de atenção psicossocial /CAPSi/ intervenção precoce

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira surge em paralelo ao Movimento sanitário na década de 70. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) alia-se ao Movi-

\* Professora da Universidade Estadual da Paraíba. Paraíba, Brasil

\*\* Professora da Universidade Estadual da Paraíba. Paraíba, Brasil

\*\*\* Estudante do curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba. Paraíba, Brasil

mento Sanitário que nasce no meio acadêmico, como forma de repúdio político ao regime militar. A luta consistia na busca por mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Tais movimentos têm como inspiração no panorama geral da Reforma Psiquiátrica, a experiência italiana de Trieste, comandada por Basaglia, cujo destaque fundamental mobilizou a discussão de propostas que buscaram romper com as formas desumanas de tratamento da loucura. O circuito de Trieste provocou a superação da luta manicomial com a desapropriação de hospitais psiquiátricos, promovendo a substituição desses por uma rede territorial de atendimento.

O movimento da Reforma Psiquiátrica provocou a discussão da saúde mental na amplitude de sua complexidade (AMARANTE, 2007). É compreendida como um novo paradigma em saúde mental. É entendida como um conjunto de transformações de saberes, práticas, valores culturais e sociais em relação à doença mental. Embora também marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Esse processo não se restringe a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos ou de criar apenas novos dispositivos, como a construção da rede de atenção de base comunitária: implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa de Volta pra Casa, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Ambulatório Mental e os Hospitais-Dia; significa, sobretudo, compreender que a partir desses serviços substitutivos a desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas para a sociedade.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram implantados a partir da década de 80, entretanto, é em 2002 que experimentam grande expansão com uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

Esses serviços devem se configurar como substitutivos e não complementares aos hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, realizam atendimento clínico diário cujo objetivo é evitar as internações em hospitais psiquiátricos e reinserir as pessoas com transtornos mentais em ações intersetoriais dando suporte à saúde mental na rede de atenção básica. Dentro da perspectiva de construção da rede de atenção de base comunitária, os CAPSs são classificados de acordo com o porte, capacidade e clientela de atendimento. Organizam-se no país de acordo com o perfil das regiões e classificam-se como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS Ad.

É com a implantação do CAPSi, Centro De Atenção Psicossocial destinado a infância desde a intervenção precoce, que a questão de transtornos mentais na infância, ganha relevância enquanto tratamento de clínica infantil especializada. Os CAPSi oferecem atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e estão concentrados nos municípios com população superior a 200.000 habitantes. Sua equipe é composta por 11 profissionais de nível médio e superior, com abertura para atividades de extensão e de estágios universitários.

A psicanálise apresenta pontos de convergência ao trabalho realizado no CAPSi, principalmente pelo fato de reinserir a dimensão de sujeito no paciente, ao apoiar o modelo antimanicomial, e ao situar a responsabilidade do paciente quanto a sua posição de sujeito, buscando possibilitar a construção de um saber, na medida em que este saber interromperá seu modo de gozo, produzindo-se assim um novo discurso para o sujeito (CARMO E POLLO, 2010).

## A psicanálise na instituição

Considerando-se que cada sujeito é responsável pelo seu ato, a clínica da psicanálise no referido CAPSi trabalha no âmbito do grupo familiar do paciente na perspectiva do singular. A intervenção proposta aposta na criação de um vín-

culo entre o acolhimento oferecido e o paciente, que se apresenta “taxado” pelos ideais do diagnóstico que recaem sobre ele (CARMO; POLLO, 2010).

Diferentemente da perspectiva médica, o diagnóstico psicanalítico vai além das patologias, não evidenciando a doença e privilegiando, assim, o sujeito do inconsciente, abstendo-se de uma classificação e de um saber externo, concentrando-se na verdade do sujeito (ADELINO 2010). O estabelecimento inicial do diagnóstico é necessário, pois é preciso um direcionamento no curso do tratamento, a partir do qual se delineará uma posição frente ao sujeito. Esse diagnóstico não é fechado, confirmando-se ou não apenas posteriormente. A psicanálise trabalha com o diagnóstico sem considerá-lo um rótulo, mas sim como uma hipótese que deve ser constantemente questionada, pois não o considera imutável, já que ele se efetua de acordo com o tempo lógico de cada paciente e não cronológico (ADELINO, 2010).

A proposta de trabalho no âmbito do grupo familiar do paciente acontece na perspectiva do “um a um”. Neste sentido, a defesa da unidade na clínica psicanalítica é, na verdade, uma defesa em favor da singularidade. “Não se trata nesse caso do “Um” do universal, mas do “um-a-um” o traço, cuja marca indelével pode ser verificada sob transferência uma vez despida as identificações imaginárias que a recobrem” (ADELINO, 2010). O psicanalista se compromete em seu atendimento com a escuta, focada na fala, afinal o sujeito tem que se implicar com seu sintoma e se responsabilizar pelo que diz. É a clínica do dito, na qual a relevância se volta para a maneira como o paciente reporta seu caso através da linguagem, através da singularidade de sua fala, e não só de sua queixa (NETO; SILVA; PEDERZOLI; HERNANDES, 2011).

## O par genitor e a questão diagnóstica

Com base no referencial da psicanálise, com-

preende-se que a inserção da criança no mundo acontece a partir do desejo dos pais, desejo este que se manifesta anteriormente ao nascimento, influenciando diretamente na formação psíquica, afinal, ela é “Desejo de Desejo”, ou seja, um filho é produto do par parental, e responde pelo mito que lhe é destinado; e, é o imaginário do par genitor que reflete a expectativa dos padrões instituídos pela sociedade. A criança que nasce com necessidades especiais, seja qual for o diagnóstico, foge a essa idealização, física ou psíquica, feita pela família e pelo outro social, acentuando, assim, a angústia dos pais; fato que os motiva na busca de ajuda, apresentando-se como que perdidos em sua função tutelar. Essa dimensão de perda aponta para o luto, que precisa ser trabalhado e elaborado, no sentido de que esses consigam identificarem-se com o filho para além da ótica limitada do diagnóstico.

O destino do sujeito nunca é conhecido por antecipação, haja vista que se constrói cotidianamente pautado no investimento libidinal que lhe é previsto. Contudo, os pais, ao receberem um diagnóstico de algum comprometimento mental em seu filho, se restringem a esse, na maioria das vezes, “colam” ao diagnóstico como “aquele” que tem o poder de definir o futuro de sua criança, passando daí em diante a atuar, como que impedidos de continuar a investir e a idealizar para essa criança, agem apenas cumprindo o ritual do tratamento.

Nesse sentido, o trabalho de acolhimento destinado aos pais, acontece sistematicamente recebendo-se a queixa trazida inicialmente por eles, seja em ambiente de grupo, ou em atendimento individual, quando a queixa prevalente assim exige. O casal parental procura tratamento para seu filho com uma demanda recoberta pela prevalência do imaginário. Eles vêm queixar-se de alguma coisa. “O sintoma, eis o fato fundamental da experiência analítica, se define nesse contexto como representante da verdade” (LACAN, 1998). Há que se possibilitar de que possam se utilizar da linguagem e de-

positar, pela via da transferência, seu “mal estar” no “Sujeito Suposto Saber”, eleito por eles para o tratamento de seu filho.

No trabalho com o grupo familiar privilegia-se a escuta, trabalha-se a elaboração do luto da perda do filho ideal, manejando-se a transferência destinada à instituição e ao profissional, na perspectiva que favoreça também o surgimento da demanda da criança. Identificar e sustentar a demanda da criança com necessidades especiais é mais complexo, haja vista que no discurso, ela é colocada como um objeto, representada pelo diagnóstico e excluída de sua subjetividade. Com vistas a marcar um lugar outro para essa criança, sustenta-se a demanda parental, pois é via relação transferencial que se abre alguma condição para que essa criança construa o seu lugar singular no contexto familiar.

A demanda trazida pelos pais deve ser acolhida; contudo, esse acolhimento não tem como foco uma terapia de casal, tendo cada um dos pais, muitas vezes, que recorrer a sua própria análise individual, o acolhimento está voltado ao que diz respeito às implicações do diagnóstico que imobilizam os pais e travam o tratamento da criança. Para atender a essa demanda familiar o CAPSi - intervenção precoce - oferece o serviço ao grupo de família, no qual os responsáveis pela criança podem levar suas próprias questões relacionadas as questões com de seu filho.

Nas falas que circulam nos grupos é possível perceber o quanto os pais se expressam ainda como que “colados” no diagnóstico dos filhos, imobilizados em sua dor e melancolicamente lamentando perdas e impossibilidades. O acolhimento pautado na ética da psicanálise atua no sentido de que o grupo familiar se mobilize e consiga olhar para além do diagnóstico que marca o pequeno sujeito em formação. É inevitável que haja certo impasse nesse contexto;

não se trata de negar a realidade dos fatos. Porém, é preciso que se atente para esse embotamento; que o profissional não se coloque também aderido a essa demanda imaginária da impossibilidade orgânica da criança.

## Considerações finais

É recorrente que os pais tragam a criança, em seu discurso, como um objeto real, excluída de sua subjetividade. Também é freqüente buscarem o atendimento infantil, ainda, tomados pelo lamento ou angústia sobre a perda do filho “ideal”, aderidos à marca real no corpo de seu filho; perdidos em sua função tutelar, buscando orientações em como proceder, independente do tempo cronológico transcorrido desde que o diagnóstico foi recebido.

Nesse sentido, já fica explícita uma demanda do par parental, e a existência implícita ao atendimento infantil, de que há um luto a ser trabalhado e elaborado pelo grupo familiar. Há uma tentativa de recobrir a falta, há um pedido de algo seja curado, retirado, homogeneizado, suturada a falta de sua criança.

Comprova-se nos resultados do trabalho em grupo e individual, o quanto os pais chegam à instituição, ainda “aderidos” ao diagnóstico como representação das dificuldades do filho. É nessa perspectiva que a psicanálise abre espaço de fala que possibilite ao casal desmistificar a soberania do diagnóstico, recebido como palavra de “oráculo” para o pequeno sujeito em formação. É colocando em movimento a fala do casal parental que surge outra esfera do destino previsto ao filho; é nesse contexto que pode acontecer o reinvestir do desejo, no sentido de fazer emergir um lugar para esta criança como possibilidades de construções para advir.

---

## REFERÊNCIAS

ADELINO, C. M. *Diagnóstico na infância: alguma conclusão possível?* Psicologia Revista São Paulo, 2010.v. 19, n.1. p.79-96.



- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007. p. 120.
- CARMO, Z.; POLLO, V. *O CAPSi Dom Adriano Hipólito: uma instituição atravessada pela psicanálise? Pesquisas e Práticas Psicossociais* In: São João del-Rei, Jul. 2010.
- LACAN, J. *Duas notas sobre a criança*. In: *Opção Lacaniana*, nº 21/ Abril 1998.
- NETO, F. K.; SILVA, C. F. L.; PEDERZOLI, A. A.; HERNANDES, M. L. A. *DSM e psicanálise: uma discussão diagnóstica* In: *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 2011. v.12, n. 2.p. 44-55.Jul.-Dez. 2011.
- MILLER, Judith (org.). *A criança no discurso analítico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- MILLER, Jacques-Alan. *A criança entre a mulher e a mãe*. In: *Opção Lacaniana*, nº 21/ Abril 1998.

# "Por enésima vez: Psiquiatria vs Psicoanálisis Capítulo 1000: las Clasificaciones Operacionales"

Ariel D. Falcoff \*

*“Siempre he sentido que las verdades profundas, antagonistas  
las unas de las otras, eran para mí complementarias, sin  
dejar de ser antagonistas”  
Edgar Morin*

## Introducción

Seguramente contará la historia que en la primera mitad del siglo XX, habían ya tenido lugar tres fantásticos aportes al *corpus* teórico de la Psicopatología. Por un lado, Emil Kraepelin

daba forma entre los finales del siglo pasado y los inicios del XX a las sucesivas versiones de su *“Tratado de Psiquiatria”*, configurando así un sistema de clasificación de los cuadros mentales que integraba el enfoque descriptivo y longitudinal de Kahlbaum con el concepto de

\* *Psiquiatra. Prof. de Psicopatología UNSAM (Univ. Nac. de San Martín)  
Pres. Cap. Psiquiatria y Salud Mental (AASM)*

enfermedad somática de Griesinger. Mientras tanto, en Viena, Sigmund Freud, a partir de los incipientes esbozos sobre histeria e hipnosis que habían expuesto (y disputado intensamente) Charcot y Bernheim, genera una teoría absolutamente revolucionaria para el pensamiento humano: el *Psicoanálisis*.

Avanzando unas pocas décadas (hacia inicios de los '50) el mundo científico asiste al descubrimiento del primer psicofármaco realmente efectivo: la Clorpromazina. Enseguida surgen el Litio y la Imipramina, generándose una nueva revolución (ya no intelectual, sino “técnica”) que permitiría el tratamiento de los cuadros más graves, reduciendo así la necesidad de reclusión de éstos pacientes y modificando definitivamente la planificación asistencial.

Se trataba entonces, de 3 increíbles avances cuya integración podía, quizás, convertir al campo de la Psicopatología en el máximo paradigma del pensamiento humano.

Sin embargo, el de la integración no sería el camino seguido.

El Psicoanálisis y la Psiquiatría seguirían caminos muchas veces bastante diferenciados, por momentos, incluso, totalmente opuestos (mas allá de los esfuerzos de lo que se dio en llamar “Psiquiatría Dinámica”). A su vez, tanto el uno como la otra, quedaron durante los años siguientes, escindidos en múltiples escuelas.

Mientras tanto, la investigación psicofarmacológica y neurocientífica continuó avanzando, pero desligadas de los procesos que venían sufriendo los dos modelos anteriormente citados. La enorme cantidad de líneas teóricas que involucraba la psicopatología permitía relevar en 1967, 340 clasificaciones de los cuadros mentales (38 con carácter oficial en diferentes países). Todo esto, más algunas otras circunstancias, como por ejemplo el surgimiento de corrientes sociogenéticas “antipsiquiátrica” que se oponían a las clasificaciones, generó desinterés por la nosografía. Sin embargo, ya entrada la década del '70 el estudio nosográfico recobra importancia en el universo psicopatológico. ¿Cuáles

fueron los motivos de este cambio? Variados y difíciles de jerarquizar. Se pueden citar por un lado los avances farmacológicos, que comenzaban a requerir la existencia de pautas de tratamiento e indicaciones acordes a cuadros específicos. Por otro, el aumento de las posibilidades de comunicación entre clínicos e investigadores de todas partes del mundo. Paralelamente, podríamos también plantear el redescubrimiento de Kraepelin (y la llamada “caída del bleulerismo”), con el consiguiente interés por su sistematización de los cuadros mentales. Sin embargo, quizás ninguna de estas cuestiones haya tenido tanto peso como el registro que se comienza a tener de los problemas de definición, lenguaje y comunicación que impiden cualquier acuerdo dentro del campo; comprometiendo las posibilidades de un progreso realmente sostenido.

## El surgimiento de las clasificaciones operacionales

En el marco expuesto en el punto anterior, comienzan a aparecer los esfuerzos por lograr clasificaciones que puedan ser compartidas por clínicos e investigadores de diferentes escuelas, y países.

Si bien podríamos considerar que el primer intento por alcanzar una clasificación ecuménica de los cuadros mentales data ya de 1889 (propuesta por el *Congreso Internacional de Ciencia Mental*, celebrado en París, bajo la presidencia de Morel), solo se puede hablar de una clasificación aceptada internacionalmente, y de manera muy relativa a partir de la CIE 8 (Clasificación Internacional de Enfermedades, OMS; 1965). Años mas tarde, en 1979, se pone en vigencia una nueva versión de la clasificación citada, el ICD 9. Paralelamente, en EEUU junto a la nosografía de la OMS, coexisten los así llamados “*DSM*” (Manuales Diagnósticos y Estadísticos producidos por la Asociación Psiquiátrica Americana). En 1980 se publica su tercera edición:

DSM III. Su rápido éxito es uno de los motivos que hacen que la OMS se plantee una readaptación de su sistema de clasificación.

En el año 1982 se reúnen en Copenhague expertos de 40 países y se establecen varios puntos respecto a la clasificación en psicopatología, de los cuales extractamos 5:

1. La clasificación es una herramienta indispensable, tanto en la clínica como en la epidemiología
2. Las clasificaciones locales deben supeditarse a criterios validados internacionalmente. Aunque el DSM III se inició como clasificación local, ha demostrado considerable validez internacional
3. Las teorías subyacentes a los conceptos clasificatorios son poco satisfactorios, oscilando entre reduccionismos de tipo biológico o psicodinámico.
4. Respecto a la estrategia y metodología de la clasificación, nuestro primer obstáculo es la limitación en el conocimiento de los fenómenos que se deben clasificar. Por tanto, más que mejorar los métodos estadísticos, se debe fomentar un retorno a los métodos clásicos de observación clínica
5. Aceptación unánime sobre la necesidad de colaboración internacional en la mejora del diagnóstico y clasificación

(Extractado de Jablensky y col, 1983)

El tipo de clasificaciones resultante de poner en marcha estos postulados (actualmente representado por el ICD 10, el DSM IV TR y desde el año pasado, por el DSM V) se ha dado en llamar “*Clasificación Operacional*”, dado que uno de sus elementos nucleares es, justamente, el uso de *definiciones operacionales*. Se denomina así al proceso de convertir construcciones teóricas en declaraciones que sean pasibles de alguna forma de objetivación. Estas declaraciones, entonces, deben indicar como el clínico o el investigador debe escoger y medir la variable en cuestión. En

las clasificaciones de las cuales nos ocupamos, toman la forma de *criterios*. Por ejemplo, el DSM IV plantea en su *criterio A* para Esquizofrenia:

*“Síntomas Característicos: 2 o más de los siguientes, cada uno presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito) 1) ideas delirantes; 2) alucinaciones; 3) lenguaje desorganizado; 4) comportamiento catatónico gravemente desorganizado; 5) síntomas negativos...”*

Las clasificaciones operacionales se limitan a la descripción de las manifestaciones clínicas y no hacen en general ningún tipo de inferencia etiopatogénica, ni de orden biológico ni psicológico. La excepción queda hecha en los pocos casos en que las causas del cuadro son totalmente conocidas y aceptadas (cuadros debidos a tóxicos o a enfermedades médicas, estrés postraumático, trastornos adaptativos etc.). Los criterios conforman “categorías”. El enfoque categorial implica pensar en cuadros discretos, con límites netos, aun cuando se acepte la existencia de “formas de transición”. Sin embargo aún se discute si en muchos casos, el enfoque más adecuado sería el dimensional (esto es, la consideración de características diagnósticas que se comportan como un espectro o continuo). Al momento de escribir este artículo, aún se esperaba la publicación en castellano de la quinta edición del DSM. Su presentación se vio demorada en el tiempo por el efecto de de agrios desacuerdos en el medio de la salud mental americana e internacional. En el año 2010 fue presentado un borrador, que incluye varios diagnósticos nuevos que impresionan de dudosa validez, por tratarse de síndromes comportamentales que no corresponden a ninguna tradición psicopatológica ni muestran tampoco suficiente apoyo empírico. Diversos expertos, entre los que destaca Allen France (presidente del comité redactor del DSM IV) advirtieron sobre el riesgo de que estas nuevas categorías aumenten el nivel de sobrediagnóstico de los trastornos mentales, generando una innecesaria

inclusión en los sistemas de atención mental de personas que posiblemente no requieran ningún tipo de intervención psicológica ni farmacológica. El mismo France reconoce que ya el DSM IV “contribuyó en forma inadvertida, y a pesar de tratar de ser cuidadosos, a la producción de 3 `falsas epidemias`: el ADD, el Autismo y la bipolaridad en niños...”

Por supuesto (y a pesar de que esta no es la postura de France), pesa la sospecha respecto a que intereses de la industria farmacéutica puedan estar detrás de los cambios nosográficos propuestos.

En este marco de desacuerdos y suspicacias, parece poco probable que el DSM V alcance los niveles de utilización de su antecesor, incluso en el mismo territorio de los Estados Unidos. Pero más allá de ello, la situación parece también implicar la necesidad de reconceptualizar aspectos inherentes a la concepción general de las clasificaciones actuales, especialmente en relación a su discutible ateoricismo. Será éste un trabajo a realizar en los próximos años y el desarrollo del próximo ICD 11 (donde se encuentran participando clínicos e investigadores de todo el mundo) puede ser un paso importante en este proceso.

### **Las clasificaciones operacionales y la farmacología como amenazas**

En nuestro medio, mientras tanto, se reabre el debate acerca de las clasificaciones operacionales (que habitualmente se consideran únicamente representadas por los DSM, dado que por algún motivo parece ignorarse que la ICD 10 es la clasificación más utilizada en clínica a lo largo y lo ancho del mundo entero). Sin embargo, la discusión no es tanto acerca de si son herramientas útiles para la práctica de psiquiatras y de psicoanalistas. No parece tampoco una discusión acerca de si debieran o no ser reconsideradas en sus basamentos y/o en sus categorías internas. Más bien, el cuestionamiento que

se abre es el de si implican una amenaza para la praxis de los clínicos que participamos de la orientación psicoanalítica. Además, como en el imaginario psicopatológico suelen “soldarse” dos cuestiones diversas como son la de clasificaciones operacionales y la de los tratamientos psicofarmacológicos, el cuestionamiento termina también desbordando hacia éstos. Pareciera considerarse que la prescripción de psicofármacos fuera una práctica, de por sí desubjetivante, que no resulta del juicio clínico de los psiquiatras en su intento por proveer alivio al padecimiento del paciente; sino mas bien de la existencia y las “exigencias” de los DSM.

Planteado el caso, intentemos avanzar un poco en su análisis.

Es claro que las clasificaciones operacionales retoman el camino de la psiquiatría kraepeliniana en el sentido de poner el énfasis decididamente en los aspectos observables de los cuadros mentales, tales como presentación sintomática y evolución. Además, su aparición en una época donde el avance de los tratamientos biológicos es tan ostensible, hace que dichas clasificaciones intenten aportar elementos que faciliten la discriminación de las indicaciones farmacológicas, estableciendo una suerte de posición colaborativa con la investigación neurocientífica.

Hablamos, entonces, de un tipo de clínica anclada en el modelo médico, que surge del estudio de las psicosis y los cuadros mentales orgánicos, para recién luego acercarse al estudio del mundo de los cuadros neuróticos más graves. Toma para ello algunos aportes del psicoanálisis, pero solo en su sentido más descriptivo, intentando “lavarlos” de sus aspectos metapsicológicos.

Se trata entonces de una praxis claramente diferenciada de la del psicoanálisis, que nace fundamentalmente a partir del estudio de la neurosis, ampliándose en un momento posterior al terreno de las psicosis. Una clínica (la psicoanalítica) centrada en la escucha y en “un más allá” de la manifestación sintomática visible. Para el psicoanálisis, al menos en el caso de

su vertiente freudiana fundacional, el síntoma muestra (pero también en otro sentido oculta) los efectos del inconciente, y no puede pensarse como una mera manifestación fenoménica.

Estamos así frente a 2 posicionamientos clínicos muy diferentes. Pero no ligados por una relación de mutua exclusión, a condición que ninguno de ellos se piense a sí mismo como una cosmovisión capaz de dar cuenta de todos los fenómenos del campo de lo psíquico.

En una época en la cual el paradigma de la complejidad comienza a ser aplicado a diversos campos del conocimiento, no parece ocioso retomar las palabras de Morin: "...en este sentido el pensamiento complejo aspira al conocimiento multidimensional. Pero sabe, desde el comienzo, que el conocimiento completo es imposible: uno de los axiomas de la complejidad es la imposibilidad, incluso teórica, de una omnisciencia..."

Como se notará, el presente artículo no pretende ser una apología de las clasificaciones operacionales, las cuales son sin duda instrumentos provisorios y perfectibles, signados por múltiples sobresimplificaciones. Tampoco parte de una remanida exhortación en el sentido de la necesidad de "un lenguaje común" para la Psicopatología, dado que esta posibilidad parece muy distante en el contexto de la "Babel epistémica" dentro de la cual se en-

cuentra el campo de conocimientos que nos ocupa. En cambio, sí lo determina una invitación a continuar construyendo ese campo, a partir de sostener la tensión dialógica entre los diferentes saberes que lo constituyen. Especialmente el de sus vertientes fundantes: el pensamiento psiquiátrico y el psicoanalítico.

Claro está que resulta más tranquilizador encolumarse detrás de un posicionamiento teórico (a veces de manera cuasi dogmática), denigrando las aproximaciones diferentes, que darse la posibilidad de reconocer que nuestro propio punto de vista en solitario es insuficiente para pensar los fenómenos en su verdadera complejidad. Quizás eso sea lo que haga que algunos psicoanalistas se sientan amenazados por los planteos provenientes del campo médico y neurocientífico; mientras que ciertos médicos y neurocientíficos se sienten amenazados por el Psicoanálisis.

Asumirnos como herederos de esa gesta por la integración de un verdadero campo del conocimiento de los fenómenos psíquicos, que alcanzó sus puntos más altos en Freud y Kraepelin, es hoy un desafío válido. Un desafío, que de ser aceptado, puede permitirnos escapar del narcisismo de nuestras pequeñas (o grandes) diferencias para orientarnos en el sentido de un objetivo común.

---

#### Bibliografía

- American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 1995.
- Aulagnier, P. "Los destinos del placer" Buenos Aires: Ed. Paidós. 1998
- Bleichmar, H. "Avances en psicoterapia psicoanalítica". Buenos Aires: Ed. Paidós. 2005
- France, A. "Abriendo la caja de Pandora: las 19 peores sugerencias del DSM V" <http://www.wikio.es/news/Allen+Frances>
- Freud, S. "Obras Completas", Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1997
- Jablensky, A.(Ed); Sartorius, Norman(Ed); Hirschfeld, R.(Ed); Pardes, H.(Ed) *Psychological Medicine*, Vol 13(4), Nov 1983, 907-921.
- Kupfer, D; First, M; Regier, D "Agenda de investigación para el DSM V". Barcelona: Ed. Masson.2004
- Morin, E "Introducción al pensamiento complejo" Barcelona: Ed. Gedisa.1996
- Nasio, J D "El magnífico niño del Psicoanálisis", Barcelona: Ed. Gedisa.1994
- Organización Mundial de la Salud. "Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10ª revisión", 1992 Madrid: Ed Meditor
- Vallejo Ruiloba, J; Leal Cercós, C "Tratado de Psiquiatría", 2006. Ed Ars Médica

# ¿Qué ética para la salud mental?

Juan Carlos Fantin \*

La función de la ética hoy insume la posibilidad del cuestionar y del pensar, comencemos entonces con una pregunta: ¿Por qué y de qué modo, en qué sentido la ética –un saber filosófico- gana un lugar considerable de atención, en ámbitos que en otros tiempos han sido totalmente refractarios a la misma, como es el ámbito científico? La pregunta es absolutamente pertinente, si se piensa que un signo de la época en que vivimos lo constituye la caída de los grandes metarrelatos. Esto es, los grandes relatos acerca del mundo, del lugar del hombre en el mundo y en la sociedad y de cuál sería la mejor forma de interrelación humana, a fin de evitar el sufrimiento y alcanzar la felicidad. En fin, los grandes relatos religiosos y/o filosóficos que intentaban definir una coherencia en el mundo histórico social, en la relación del Yo con lo otro de sí.

¿Por qué caen estos relatos, sobre todo luego de la segunda guerra mundial?, por un lado porque no pueden sostener su legitimidad, ya no se confía ni en la revelación ni en la razón como garantía de producción de Verdad; pero, por otro lado, por algo más terrible y oscuro aún: surge, junto a la experiencia de un doloroso sentimiento, luego de las atrocidades de la segunda guerra mundial, la idea de que esos relatos hegemónicos estuvieron a la base y fueron justificadores de enfrentamientos, genocidios y torturas en nombre de una afirmación de quién o qué debe ser el ser humano, y cuál y cómo debe ser su otro.

Lo anterior explica por qué, frente a uno de estos flagelos que nos toca de cerca, me refiero a la investigación criminal en seres humanos, se

impone el dictamen ético con fuerza de ley. La investigación, dentro de ciertos límites, no puede excluir a los humanos como objeto de investigación, pero entonces tendrá que ser ética.

Pero, y de allí la segunda pregunta: ¿qué significará que sea ética la investigación, o cualquier práctica con seres humanos, en una época donde los grandes relatos filosóficos ya no aúnan voluntades o incluso son rechazados? ¿No requiere acaso una ética, más que ninguna otra posición filosófica, de un relato positivo y coherente que defina qué es lo bueno y qué es lo malo? sin dicho saber ético, ¿en qué sentido puede el pensamiento ético influir en el avance tecnocientífico, que, como se ve tras la segunda guerra, no tiene ningún freno intrínseco, propio, frente a la humanidad del otro, ni reparo frente al uso ético de sus inventos?

La primera respuesta es que no importó en nada el relato positivo de lo ético, porque la ética tenía, frente al mortífero avance, una función negativa: debía frenar al monstruo. Dicho de otra manera, la postmodernidad de la postguerra, desde el punto de vista ético, no sabe muy bien qué es el bien, pero no duda en afirmar qué es el mal, es decir, define el bien a partir del mal.

En relación a la investigación en humanos, el mal es la imposibilidad de la ciencia de definir un freno ético a sus prácticas desde sí misma, y las consecuencias autoritarias y mortíferas a las que puede conducir un pensamiento único. Por esto, la investigación debe ser sometida al veredicto de un comité de ética, y por eso, dicho comité, debe estar constituido por sujetos claramente

\* *Psiquiatra-psicoanalista. Presidente AASM*

portadores de diversos modos de pensar, incluso francamente opuestos.

Ahora bien, con esto la función descubridora y sancionadora del mal, parecería estar cumplida (no es tan seguro). En investigación, se insiste en la protección y resguardo de los sujetos de investigación, en clínica en la protección de los derechos de los sujetos vulnerables: nuestros pacientes. Pero... las cosas no son hoy tan simples, y el sujeto vulnerable de una situación clínica, si bien en la mayor parte de los casos es el paciente, en algunos casos puede no ser el único ni el más vulnerable (un profesional hoy que es apuntado con un arma y golpeado para que actúe, es por lo menos, un sujeto vulnerable de ciertas situaciones).

Sin embargo, esta forma postmoderna del pensamiento ético, nos deja inermes para una definición positiva acerca del Bien y lo bueno. Cuando llevamos esto a un entrecruzamiento de saberes, como el que se da en nuestro campo, nos encontramos con que convivieron y se aceptaron posiciones francamente antagónicas, o pasibles de serlo, sin una clara discusión, dejando que la deriva, el azar o la contingencia, definieran la posición predominante, con lo cual, frente a la carencia de una definición de lo que *debe* hacerse, una *lógica*, la lógica de mercado, ahora sin pensamiento y sin capacidad crítica alguna, termina dominando. Ya no tenemos un pensamiento único autoritario, tenemos una lógica utilitaria desprovista de pensamiento... (esclavitud, sufrimiento y violencia generalizada pero aparentemente aislada una de otras, que no suscita una reacción contundente y eficaz, por parte de los sujetos).

A modo de ejemplo, una ética sustentada en una afirmación del mal estableciendo el bien (esto es, *el no mal*) es la que subyace en la lectura de todo diagnóstico como estigma o toda terapéutica como *represiva*; pero, si bien actúa como barrera de contención contra el advenimiento del mal como exceso, no dice nada acerca de una afirmación del bien (que es un modo de que advenga el mal, en procesos de salud y enfermedad). Dice como no aumentar el sufrimiento,

pero no dice que es lo que estaría bien para mitigarlo o combatirlo, más aún, destituye los modos de hacerlo en tanto quedan ligados a una lógica binaria de extremos: todo diagnóstico es un estigma, toda terapéutica una represión.

La pregunta es entonces: ¿cómo pensar una ética que defina el bien sin caer en una cosificación mercantilizada y discriminadora de los seres humanos? ¿Qué importancia tiene la misma en el campo de lo mental (cómo repercute en nuestros pacientes, en nuestra práctica toda)?

Alain Badiou, haciéndose eco de la influencia de Lacan, afirma que no es posible hoy una ética general, un principio ético general, una máxima, que valga para todo ámbito, toda situación y todo sujeto. En el caso del psicoanálisis, Lacan se pregunta cuál será la ética en relación a su práctica, si ésta puede resumirse en una palabra, en una frase, que actúe como guía ineludible. Lacan no descuida que, dicha expresión ética, no puede ejercer una función normativa sobre analizando y analizado, que finalice alienando aún más a los sujetos, en fórmulas imaginarias defensivas y extrañas a la posición del sujeto. Encontrará la expresión de una ética para el psicoanálisis, en el sintagma: “no retroceder ante el deseo”; que vendrá punto fundamental de su enseñanza.

Lo que Badiou recoge de la apuesta de Lacan, es la propuesta de encontrar una ética que sea ética de un ámbito, no ética general, y que oriente el buen accionar de dicho ámbito. Así se plantea una ética de la psiquiatría y del psiquiatra, en relación a la locura y al loco.

Volviendo entonces a la última pregunta: ¿qué importancia tiene una ética así definida en el campo de lo mental?, responderemos que es fundamental. ¿Es posible pensar dicha ética? Desde ya, posible y necesario, en tanto que está ligada justamente a los fundamentos mismos de nuestra práctica, y contiene la esencia de un pensamiento ético posible para la época que nos toca vivir. Pues es en nuestro campo donde podemos encontrar una afirmación de lo humano y lo inhumano.

Nuevamente es Badiou quién dice que el

psiquiatra debe tener “Coraje para enfrentar la inhumanidad de lo imposible”.”.

Por esto, el clínico en el campo de lo mental, es llamado a cumplir la tarea propia de todo clínico: en el campo de la clínica de lo somático, el intento ineludible de interrumpir el proceso mórbido que obstruye o imposibilita la vida; en la clínica de lo mental, lo que está imposibilitado es la posibilidad de afirmación de un sujeto, evento singular y único, cuya “vida”, puede desafiar y contrariar incluso una definición biológica de la misma.

Así la inhumanidad se define como la imposibilidad de la afirmación subjetiva. Pero esto no es sencillo, puesto que, en este sentido, nuestro tiempo es cruel, porque exalta las capacidades operatorias (animales), la competencia y la supervivencia, la eficiencia al servicio de intereses. Se requiere, por tanto, de gran capacidad de discernir, muchas veces, mínimos efectos de subjetividad, y no caer en la fuerte tentación de enseñar quién y cómo debería ser ese sujeto que se afirma en nuestro paciente.

A modo de conclusión, nos preguntaremos ¿qué se observa en los dos grandes campos de intervención terapéutica?

En el campo de la Psiquiatría y la medicina,

resurge un neopositivismo en las clasificaciones, con el consiguiente dominio de la clínica por el psicofármaco, que sin una clínica que lo delimite y que determine su uso, se convierte en un objeto técnico, de uso compulsivo, por excelencia.

En el campo de la Psicología, insiste el desplazamiento de toda forma de psicoterapia que no se rija por un cálculo de eficacia, entendida ésta como el menor gasto en el menor tiempo posible. Hay que aclarar que el problema no son ni las clasificaciones y sus fármacos, ni las formas de la psicoterapia, que usados adecuadamente pueden y son de gran impronta terapéutica, el problema grave es que tanto fármacos como psicoterapia puedan entrar en esta forma de uso compulsivo mercantilizado, siguiendo un puro cálculo de utilidades.

Si no hay un reconocimiento de un efecto sujeto, singular propio, más allá de la forma uniformada de eficacia productiva, nuestros pacientes tienen muy poco lugar en este mundo, más aún los más graves. Su inclusión depende de reconocer y relevar mínimos efectos de subjetividad que, en ocasiones, pueden no tener nada que ver con la exigencia de la época actual tal como la hemos definido.

---

#### Bibliografía.

- 1) Badiou, Alain (2004), *La ética*, México, Herder.
- 2) Badiou Alain (2000), “Ética y psiquiatría”, en *Reflexiones sobre nuestro tiempo*, Buenos Aires, Del cifrado.
- 3) Díaz, Esther (2005), *Posmodernidad*, Buenos Aires, Biblos.
- 4) Fantin, Juan Carlos y Fridman, Pablo (2009), *Bioética, salud mental y psicoanálisis*, Buenos Aires, Polemos.
- 5) Fantin, Juan Carlos (2006), *Filosofía y psicoanálisis: Freud, Lacan, Heidegger*, en *Conexiones Revista argentina de salud mental*, Buenos Aires, AASM, Año 2 – N° 6.
- 6) Heidegger, Martín, “La pregunta por la técnica”, en *Conferencias y artículos (2001)*, Barcelona, España, Ediciones del Serbal.
- 7) Lacan Jacques (1960), “¿Es el psicoanálisis constituyente de una ética a la medida de nuestro tiempo?”, en *Textos escogidos (1952 – 1958)*, Edición universitaria.
- 8) Lipovetsky, Pilles (2004), *Los tiempos hipermodernos*, Barcelona, Anagrama.
- 9) Lyotard, Jean-François (1987), *La condición postmoderna*, Argentina, Rei.
- 10) Macintyre, Alasdair (1970), *Historia de la ética*, Buenos Aires, Paidós, Cap. 18: “La filosofía moral moderna”.
- 11) Regnasco, María (1989), “Prólogo” a *La tecnociencia y nuestro tiempo*, Buenos Aires, Biblos.
- 12) Rovalletti, María Lucrecia (2007), “¿Es posible pensar una psico-ética?”, en *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XVIII, N° 75, pág. 370-375.
- 13) Žizek, Slavoj (2005), *La suspensión política de la ética*, Argentina, Fondo de cultura económica.



# La dimensión psiquiátrica del psicoterapeuta.<sup>1</sup>

Liliana Verónica Moneta \*

Nobleza obliga a realizar la siguiente salvedad. Cuando me comentaron la idea de realizar una actividad en donde se invirtieran los términos de uno de los títulos del lema convocante del congreso de este año “La dimensión psicoterapéutica de psiquiatra”; lo primero que acudió a mi mente tipo asociación libre fue relacionarlo inmediatamente con algo que hizo eco semántico desde el mismo enunciado: ‘La dimensión ‘psiquiátrica del psicoterapeuta’. Porque tirado así como así y considerando el término DIMENSIÓN en su acepción más acérrima: *faceta*, y en ese juego dialéctico que convoca, me puse a pensar precisamente en el estado psiquiátrico o la calidad de la salud mental de aquel que conducía una psicoterapia o más precisamente, de aquel que ejercía la función psicoterapéutica. Yo creo que en ese momento me traicionó mi inconsciente, ya que desde hace un tiempo largo vengo madurando la idea de que existirían determinados puntos que se intersectan entre las ‘locuras’ e ‘hitos históricos vitales’ del paciente y del psicoterapeuta que lo recibe en consulta y pacta un tratamiento, una realidad que determinaría la continuidad o adherencia al tratamiento, obviando por supuesto la pericia o no que posea dicho psicoterapeuta en el obrar.

Me refiero más precisamente a la cuestión del establecimiento de la transferencia; pues al decir de Freud, el sujeto proyecta determinadas motivos, deseos, afectos o modos de vinculación en lo que se presupone es la pantalla blanca, establecida en la figura del psicoterapeuta, que se ofrece a recibir dichas proyecciones, y que debe estar entrenada para que así suceda. Sin embargo a mi entender, en determinado momento se juega algo de los puntos ‘oscuros’ del terapeuta, por lo que resulta imperioso, el análisis personal para poder resguardar que esto suceda. Claro está, que cuando apuntamos a aquellos pacientes que yo denomino ‘complejos’, a veces la pantalla no debe poseer dichas cualidades y si, deberá prestar contenidos y formas allí en donde no existen, o bien existió una falla que no generó una organización estable de la personalidad y para eso, uno tiene que sincerarse consigo mismo, cuando se enfrenta a este tipo de pacientes, en si se encuentra habilitado o no (en condiciones, o no) de hacerse cargo de lo que aquel nos invita a analizarlo. Ahora bien, al repensar el siguiente tópico, un tiempo después de aquel momento en que inmediatamente asocié libremente con lo que explique previamente, se me ocurrió plantearlo

<sup>1</sup> Taller presentado durante el Congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Año 2013.

\* *Psiquiatra y Psicoanalista Infanto Juvenil.*  
Fundadora y Presidente del Capítulo de Psiquiatría Infanto Juvenil de la AASM.  
Secretaria de Relaciones Interinstitucionales de la AASM.  
Coordinadora de Capítulos de la AASM.  
Presidente del Capítulo de Psiquiatría Infanto Juvenil de APSA.

desde el área que incursiono cotidianamente: de niñ@s y adolescentes, y al hacerlo, tomar el tema de las *resistencias*, que creo que no contradice a lo que en un primer momento pensé. Y se ciñe al título del presente escrito, precisamente con el ‘*ser psiquiatra*’ del *psicoterapeuta* que se juega (y de *jugar* precisamente se trata cuando abordamos o incursionamos en el ámbito infante juvenil), constantemente en la relación paciente-psicoterapeuta. Marcando así una *diferencia* con el tratamiento de adultos.

Pienso que, fundamentalmente serían ‘tres’ las *resistencias* que entrarían en escena en el profesional que se dedica al área.

1. La centrada en la ‘palabra’. Estamos inmersos en una cultura psicoterapéutica donde se privilegia la palabra por sobre otras potencialidades: musicales, plásticas, etc, del individuo. Estas son consideradas como actividades lúdicas en general. Se trata de una cultura logocéntrica. Y esta instancia logocéntrica cumple una función tranquilizadora. Yo me pregunto: ¿tranquilizadora para quién? Ahora bien ¿Qué sucede con el psicoterapeuta que trata niñ@s y adolescentes?. Este se las tiene que ver la mayoría del tiempo con materiales no verbales, como son: los juegos, los dibujos, y las conversaciones coloquiales de los adolescentes en sus idas y venidas; encuentros y des encuentros con sus pares. Y no solamente esto último, sino también que una interpretación verbal de estos contenidos no verbales, pueden brindar tranquilidad para el psicoterapeuta, pero no así para el niñ@ y/o adolescente quienes pueden desde no entender el nivel de abstracción simbolizante de dicha interpretación, hasta generar algo de orden del ‘*acting*’, o afianzar una ‘*mentalización precoz*’. Y esto que representaría una diferencia con el tratamiento de adultos, puede causar resistencias, ya que hay que estar preparados como para dejar que estos materiales vayan surgiendo, sin fasciarse con ninguno, como así también abstenirse de complejizar y enmarañar lo que

comporta de riqueza estas producciones con inútiles palabras que sirven de sostén al terapeuta, y no así al pacientito.

2. Una pronunciada tendencia a realizar categorías diagnósticas. Es algo habitual que el psiquiatra en su esencia psiquiátrica, apele a la realización de diagnósticos psiquiátricos apresurados, en base a una clasificación nosográfica estandarizada (los DSM), y ahí cometer un error que entraña ciertos visos de peligrosidad, pues esta clasificación solo representaría un corte transversal en el devenir evolutivo de niñ@ y/o adolescente. Aquí también, no solo calmaría angustias e incertidumbres propias del profesional actuante al enfrentarse con una población, que como buenos hijos de esta época, no encajan en un manual de clasificaciones diagnósticas de enfermedades mentales, y podría significar entrar en el terreno de las patologías comórbidas o bien, ver patología en donde no la hay. Lo más adecuado sería, realizar un diagnóstico longitudinal y contextualizar la sintomatología en un contexto que tome varias variables que competen tanto a factores inherentes al sujeto en sí mismo, como así también aquellas que compondrían su entorno. Y realizar un seguimiento en el tiempo por venir, si es posible, pues lo que al día de hoy (o sea en la primera consulta) se presenta de determinada manera, durante el curso (o evolucionar) del tratamiento puede variar a una modalidad totalmente diferente. A veces no quedando tan en claro si el motivo de dicho viraje, se debe al tratamiento per se, o bien a lo psicoevolutivo que en todo momento está presente en esta población.
3. Esta tercera *resistencia*, corre totalmente por mi cuenta. Y refiere directamente a la posición de *supuesto saber* que ocuparía el analista, que entraría en relación directa con el vínculo que posee el analista con el psicoanálisis, y a eso acude en su demanda el paciente (ya descrita por Lacan, y retomada claramente por Nasio). Creo que esto marcaría una diferen-

cia notable entre el psicoterapeuta que realiza el tratamiento de infantes y adolescentes, y aquel que se las tiene que ver con adultos. Convengamos que el adulto va en busca de ese lugar de *supuesto saber*, y nosotros como psicoterapeutas-psicoanalistas nos erigimos en el mismo, y el silencio que entraña esa posición nos permite ocupar el lugar de ese objeto velado que teóricamente añora el analizante, causa de supuesta satisfacción y simultáneamente angustia en el caso que vislumbrara obtenerlo... Ahora bien, en los niños y adolescentes, ese lugar ni siquiera está cuestionado. Simplemente no es cuestionado, porque ni siquiera existe (es vinculante con *lo real*). Ese lugar hay que construirlo (se trataría de *construir el semblante, el velo*), y para construirlo resulta prioritario bajarse de esa posición de poder, lo que significaría simbólicamente ‘tenderse en el piso’ (porque de eso se trata), para abrirse a la experiencia del jugar. Y para jugar hay que tener una capacidad de ‘bajar al suelo’, que no todos consideran hacerlo. Dejar de lado ese logocentrismo que prioriza nuestra cultura psicoanalítica, para ingresar en el área de la creatividad, de ‘lo lúdico’. Creatividad que no puede ser descripta a veces con palabras convencionales, y si con neologismos, que en la psiquiatría clásica serían consideradas como patológicas, como el área de los delirios-ilusiones que si también nos atenemos a la *semiología psiquiátrica Eyriana*, también entrarían en el terreno de la anormal, pero que en esta etapa es con-

siderada como normal. Solo se podrá vislumbrar la verdad con el evolucionar del tratamiento, y si no cristaliza, si no coagula el síntoma, se podrá abrir una dimensión, que yo llamo la dimensión desconocida. Y por supuesto en esa dimensión desconocida a veces no existe tierra firme, al menos en la acepción que los adultos conocemos.

Sin embargo, no todo resulta tan negativo ni tan resistencial al considerar el ‘*ser médico*’ del psicoterapeuta (porque convengamos que el *ser psiquiatra* es una especialización del *ser médico*), pues tiene su vertiente positiva también que atañe al orden de otra mirada complementaria o, simultánea o, paralela (yo diría más bien que paralela), que nos permite en esa mirada particular, la escucha en la primera entrevista ahí en el terreno donde se juega el orden de la psicosemiología. Permitir entrever que existe algunos síntomas que si bien se expresan manifiestamente en un síntoma psíquico nos puede hacer pensar en un diagnóstico diferencial de un cuadro psiquiátrico puro, con un cuadro de tipo orgánico que tiene concomitantemente manifestaciones psíquicas y que si uno no tiene en cuenta ello, aborda este último obviando la causa primigenia que lo origina. ¿Entonces qué? Mi parecer es que tratemos de realizar una reflexión acerca del trabajo que realizamos cotidianamente. Y que como *médicos psiquiatras psicoterapeutas* o *psicoanalistas* consideremos de un modo importante ambas *facetas*: la *psiquiátrica* y la *psicoterapéutica* que son indispensables y complementarias (paralelas), y en ningún momento excluyentes entre sí.

---

*Bibliografía:*

- Badiou, A. – Roudinesco, E. – “Jacques Lacan, Pasado - Presente, Diálogos” – Edhasa, Buenos Aires, 2012.
- Benoit, P. “Crónicas médicas de un psicoanalista – Medicina y psicoanálisis”. Nueva Visión. 1988.
- May, Rollo. “El dilema del hombre hasta hoy” – Ediciones Gedisa – Barcelona. 2000.
- Moneta, Liliana V. “Tribulaciones y vicisitudes en la adolescencia. Notas acerca de los fenómenos adolescentes contemporáneos”. Ed. Polemos. Buenos Aires. 2013.
- Nasio, J.D. “Como trabaja un psicoanalista”. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2010.
- Rodolfo, Ricardo. ‘Futuro Porvenir’. Ensayos sobre la actitud psicoanalítica en la clínica de la niñez y adolescencia. Ed. Noveduc. Buenos Aires. 2008.
- Winnicott, Donald W. “Realidad y Juego”. Editorial Gedisa. España. 1986.
- Zack, Oscar. “Los decires del amor”. Editorial Serie Tri-Grama. Buenos Aires. 2012

# El dispositivo de Hospital de Día

Gustavo Fernando Bertran \*

## 1. Introducción

El Hospital de Día es un dispositivo de internación parcial. El objetivo primario es evitar internaciones, acotar el padecer psicótico y su ética se enmarca en integrar al sujeto psicótico a nuestro grupo, cultura o sociedad. El objetivo esencial de este equipo de trabajo es ofrecer una asistencia sanitaria especializada y técnicamente cualificada, en modalidad ambulatoria, evitando la estadía hospitalaria en régimen de internación y la cronificación. Secundariamente, la reducción de costos (75 % del giro cama), tanto en el orden sanitario como en el orden de las consecuencias que padecen los familiares de los pacientes hospitalizados.

Tomaremos para este curso, como modelo, el Hospital de Día Vespertino del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, para dar cuenta de cómo, desde la clínica, surgen algunas cuestiones teóricas que seguimos pensando. (Clase 12: Articulación de Conceptos Psicoanalíticos en Hospital de Día y la Clase 13 corresponde a algunos casos clínicos)

Los pacientes con los que se trabaja en el dispositivo son pacientes psicóticos y neuróticos graves, que requieren una atención intensiva y

diaria. Actualmente se encuentran en tratamiento 42 pacientes en su mayoría esquizofrénicos en su modalidad paranoide, hebefrénica y catatónica. Sostenemos que en estos pacientes, hay una ruptura témporo-espacial, que es necesario recomponer para que puedan armar un lazo social que se sostenga por fuera de la institución. Por eso es que podemos definir al Hospital de Día como una oferta de espacio-tiempo. El proceso de alta y **externación**, (del cual se hablará más detalladamente en la Clase 10), lo comenzamos a pensar en el mismo proceso de **admisión** (Clase 2), y luego, se trabajará grupal e individualmente en el trascurso del tratamiento. El **equipo de trabajo** es interdisciplinario, por lo cual se trata de un entrecruzamiento de discursos (Clase 11)

Contamos con **espacios terapéuticos grupales**: asambleas de apertura y cierre, asambleas multifamiliares y grupo terapéutico (Clase 7); espacios individuales: **terapia individual** (Clase 4), atención a la **familia** (Clase 3), **terapia psicofarmacológica** (Clase 5) y sesiones de **externación**; y también cuenta con **talleres expresivos**: música, teatro, movimiento, lectura de diarios, juegos, literario y radio (Clase 6). Además, existen los grupos de almuerzo, espa-

\* Lic. en Psicología, UBA. Psicólogo clínico. Psicoanalista. Fundador y coordinador del Hospital de Día vespertino, división de Salud Mental. Hospital Gral. Agudos Dr. Teodoro Álvarez. Ministerio de Salud (GCBA). Jefe de Trabajos prácticos, Hospital de Día y Problemáticas Clínicas Contemporáneas, Facultad de Psicología, UBA. Miembro fundador y integrante de la comisión directiva de la Asociación Argentina de salud Mental. Presidente del Capítulo Dispositivo de Hospital de Día en Salud Mental: Temporalidad en la psicosis (AASM). Compilador y editor del libro: Hospital de Día. Particularidades de la clínica. temas y dilemas. Y del libro Hospital de Día II: Dispositivo. Clínica y Temporalidad en la Psicosis" Presidente de la Asociación de Profesionales, Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez. Co-fundador y coordinador de la primera Unidad Docente Hospitalaria (UDH), Hospital Gral de Agudos "Dr. T. Álvarez" y la Facultad de Psicología (UBA).

cio intermedio y **acompañamiento terapéutico** (Clase 9).

El tiempo estimado de tratamiento es de un año. Una vez que el paciente es dado de alta continúa en terapia individual psicoterapéutica y psiquiátrica, durante cuatro meses. Esto permite evitar el efecto de *revolving door* (puerta giratoria), fenómeno que describe a aquellos pacientes que reingresan a los dispositivos repetidamente.

En nuestro dispositivo, funcionan también comisiones de trabajos prácticos de diferentes pasantías de la Universidad de Buenos Aires y la Universidad de Belgrano así como pasantes de diferentes países del continente americano y europeo. (Clase 8 de Docencia e Investigación)

## 2. Definición

---

El Hospital de Día es un dispositivo de internación parcial que funciona de lunes a viernes en el horario vespertino (de 12.00 hs. a 16.30 hs.).

Los pacientes con los que se trabaja en el dispositivo son pacientes psicóticos que requieren una atención intensiva pudiendo prescindir de una internación completa, pero, donde la atención ambulatoria corriente es insuficiente.

Definimos al dispositivo de Hospital de Día como una internación parcial donde se entrecruzan diferentes discursos terapéuticos: psicoanálisis, psiquiatría, psicología, musicoterapia, terapia ocupacional. Un dispositivo integrador de la diferencia. Es asimismo una oferta de espacio-tiempo.

Donde su **ética** se encuentra en integrar al sujeto psicótico a nuestro grupo, cultura o sociedad.

## 3. Objetivos

---

El objetivo esencial de este equipo de trabajo es ofrecer una asistencia sanitaria especializada y técnicamente cualificada, en modalidad ambulatoria, evitando la estadía hospitalaria en régimen de internación.

Por otro lado, el hospital de día se plantea los

siguientes objetivos:

- Facilitar un acceso rápido y eficaz al sistema sanitario y a la atención especializada.
- Evitar internaciones.
- Posibilitar altas hospitalarias a corto plazo, derivando a un seguimiento inmediato posterior hasta el alta definitiva.
- Proporcionar una atención integral.
- Integrar al sujeto psicótico a nuestra cultura como una posición ética del Hospital de Día.
- Evitar la desinserción social y la cronificación propias de la hospitalización completa.
- Incluir activa y permanentemente en el tratamiento a las familias.
- Reducir el riesgo de cronificación al dispositivo.
- Generar una posición activa del paciente, que debe renovar cada día su contrato en el tratamiento.

## 4. Criterios de Admisión.

---

- Destinado a pacientes psicóticos y neuróticos graves.
- Pacientes en vías de estabilización.
- Pacientes que presenten cierta capacidad de agrupamiento.
- Interés por parte del mismo en realizar tratamiento, (lo cual puede ser parte del trabajo a realizar en el proceso de admisión).
- Edad entre los 16 y los 70 años.

## 5. Criterios de Exclusión

---

- Pacientes descompensados con los cuales no sea posible el trabajo ambulatorio.
- Ausencia de referente familiar o social.
- Imposibilidad marcada o manifiesta para integrarse a un grupo.
- Impulsividad marcada hacia sí o hacia terceros, con episodios de agresividad reiterada.

## 6. Duración de tratamientos.

---

La duración aproximada de los tratamientos es de doce meses, con una continuación de cuatro meses en la modalidad “Hospital de Día acotado”

## 7. Criterios de Alta.

---

- Compensación del paciente.
- Lograr la integración social del paciente.
- Una vez que el paciente es dado de alta continúa en terapia individual y psiquiátrica, durante cuatro meses, (hospital de día acotado).

## 8. Recursos Profesionales.

---

El equipo esta compuesto por los siguientes profesionales: psicólogos, psiquiatras, musicoterapeutas, psicopedagogos, trabajadores sociales. A su vez, cuenta con sólo un profesional rentado de dedicación exclusiva, un médico rentado de dedicación parcial, dos psicólogas contratadas, concurrentes, cursistas, becarios y residentes rotantes.

## 9. Recursos terapéuticos

---

En el marco del tratamiento en Hospital de día Vespertino, se elabora una estrategia terapéutica singular para cada paciente, para la cual se cuentan con los siguientes recursos: terapia psicológica individual, terapia farmacológica, terapia musicoterapéutica individual, terapia grupal, entrevistas familiares individuales, entrevistas individuales de externación, musicoterapia individual, talleres expresivos (talleres de juegos, de diarios de movimiento, de teatro, de musicoterapia, literario y de radio) , acompañamiento terapéutico individual y grupal, asamblea multifamiliar, asamblea de externación, y asistencia social en los casos que sea necesario.

## 10. Organigrama.

---

El Hospital de Día Vespertino esta estructurado con una Coordinación General y con nueve equipos de trabajo:

**Equipo de Admisión:** constituye el área de inicio e ingreso al dispositivo, encargado de realizar las entrevistas con los pacientes para evaluar la pertinencia de su inserción al tratamiento y despejar criterios diagnósticos. Este proceso consta de por lo menos dos o tres entrevistas con el paciente y una entrevista con algún familiar referente. En caso de no considerarse adecuado un ingreso a Hospital de Día, se orienta tanto al paciente como a la familia sobre los posibles pasos a seguir.

Las admisiones en curso se supervisan semanalmente con el coordinador de área, a la vez que se realiza una reunión mensual de los miembros del equipo.

**Equipo de Terapia Individual:** encargado de brindar tratamiento psicoterapéutico en entrevistas individuales con el paciente. Dicho tratamiento se encuentra enmarcado en una estrategia elaborada grupalmente en la que se determinan los caminos posibles para la estabilización de cada paciente en particular. El equipo posee reuniones semanales de supervisión grupal con supervisores externos. A su vez, se realiza una reunión mensual con todos los integrantes del equipo.

**Equipo de Terapia Psicofarmacológica:** encargado de brindar tratamiento farmacológico al paciente. A su vez, realiza supervisiones mensuales y sostiene reuniones semanales con todos los miembros del equipo.

**Equipo de Terapias Grupales:** encargado de sostener los espacios de psicoterapia grupal formados por tres grupos diferenciados: asamblea de apertura (espacio que inicia las actividades semanales y donde se trabaja sobre lo acontecido el fin de semana), grupo terapéutico (espacio de terapia grupal donde cada paciente habla de su padecer) y asamblea de cierre (última actividad de la semana

donde se trabaja sobre lo acontecido durante la misma y sobre las expectativas o planes para el fin de semana).

El equipo realiza supervisiones grupales con frecuencia mensual, y reuniones semanales con los miembros del equipo.

**Equipo de Terapias Expresivas:** encargado de brindar tiempos y espacios diferenciados donde se realizan diferentes actividades con fines terapéuticos como son: taller de juegos, taller de movimiento, taller de diarios, taller de teatro, taller de musicoterapia, taller literario y taller de radio.

Pensamos la inserción de los talleres dentro del dispositivo como un modo de favorecer el lazo social, y permitir que algo de la singularidad del paciente pueda advenir.

Se realizan supervisiones grupales mensuales y reuniones semanales con los coordinadores de cada taller.

**Equipo de Terapia Familiar:** El Equipo de Terapia Familiar trabaja con las familias de los pacientes en diferentes momentos dentro del tratamiento del Dispositivo de Hospital de Día, como ser: en el proceso de admisión del futuro paciente, durante el tratamiento, en el proceso de alta del mismo y a través de la asamblea multifamiliar (que posee frecuencia mensual).

Los objetivos de los distintos espacios en los que trabaja el Equipo de Familia dentro del Dispositivo de Hospital de Día son:

*Objetivos de las entrevistas familiares dentro del proceso de admisión:*

- comentamos de qué se trata el dispositivo de hospital de día
- relevamos datos de la familia y del paciente
- firman contrato de responsabilidad tanto el familiar como el paciente

*Objetivos de las entrevistas individuales:*

- funcionan para ordenar a la familia
- colaboración de la familia en pos del tratamiento del paciente

- brindamos información en caso que sea necesario
- bajamos el nivel de exigencia, en caso que lo hubiera

*Objetivos de las asambleas multifamiliares:*

- identificamos familias para luego trabajar de forma individual
- brindamos información necesaria y los criterios de uso sobre el proceso salud enfermedad
- facilita el intercambio del grupo para ampliar sus redes sociales
- colaboración de la familia en el tratamiento del paciente

*Objetivos de las entrevistas familiares dentro del proceso de alta:*

- aclaramos que no se trata de una cura definitiva
- firman alta tanto el paciente como el familiar responsable
- explicamos que está en proceso de alta y que continuará en Hospital de Día acotado, y que no se trata de un alta definitiva, para después ser derivado a consultorios externos.

A su vez se realizan supervisiones grupales mensuales y reuniones semanales con los miembros del equipo.

**Equipo de Externación:** encargado de trabajar, mediante entrevistas individuales y asambleas grupales, cuestiones referidas a actividades que pueda realizar el paciente por fuera de la institución. Se trabaja sobre las actividades, intereses y expectativas que tienen los pacientes por fuera del hospital, sociabilizando las experiencias que cada uno posee en los espacios socio culturales y/o laborales en que transitan.

A su vez, se promociona el armado de una estructura externa que sirva de soporte en la participación y circulación social del paciente.

Realiza supervisiones grupales mensuales y

reuniones semanales con los integrantes del equipo.

**Equipo de Acompañamiento Terapéutico:**

encargado de brindar acompañamientos terapéuticos individuales y grupales, dentro y fuera del hospital.

Realiza supervisiones grupales mensuales y reuniones semanales con los miembros del equipo.

Cada equipo de trabajo cuenta con un coordinador.

Dadas las características del dispositivo, las supervisiones son de carácter grupal, debiendo intervenir en las tácticas de los tratamientos, todos los profesionales que integran el equipo terapéutico.

Además, se realiza una reunión semanal con todos los integrantes del equipo. Definimos la reunión de equipo *como una estrategia grupal en la dirección de la cura de cada paciente, estrategia pensada en conjunto con una táctica como manera particular de implementarla.*

## 11. Recursos institucionales

Este equipo se encuentra ubicado en el pabellón I, en el 1er. Piso del Hospital General de Agudos Dr. T. Alvarez. *La inserción en un Hospital Polivalente actúa como neutralizador de significaciones discriminativas, integrando la problemática de la patología mental a la problemática de la salud en general. Ser uno entre todos los pacientes, coloca al enfermo institucionalmente en un plano de igualdad respecto de aquel afectado por otras patologías.* El piso es compartido con el Servicio de Dermatología.

El dispositivo cuenta con seis consultorios, un comedor y un aula distribuidos semanalmente para las distintas actividades terapéuticas individuales y grupales, talleres, actividades de docencia, reuniones y supervisiones de las diferentes áreas y reunión de equipo.

## 12. Recursos en docencia e investigación.

Si bien desde hace tiempo venimos desarrollando estas actividades, los últimos años hemos puesto especial énfasis en la investigación de esta tan compleja problemática. A partir del año 1995, comenzamos a estudiar epidemiológicamente algunos ítems fundamentales para conocer en profundidad las características de las patologías con las que trabajamos en nuestro medio. Este trabajo es realizado cada año por nuestro equipo. Así, en el año 1999 dimos a conocer los primeros resultados obtenidos en nuestras investigaciones y fueron publicadas en el libro *“Los Bordes de la Clínica”*, del Dr. Osvaldo Delgado. En el año 2004 publicamos nuestro primer libro *“Hospital de Día: Particularidades de la clínica, temas y dilemas”*, Editorial Minerva. En 2011, publicamos el segundo libro inscripto en una serie: *Hospital de Día II: Dispositivo. Clínica y Temporalidad en la Psicosis*, también de Editorial Minerva, logrando auspicios y menciones nacionales e internacionales.

También, en nuestro dispositivo, funcionan comisiones de trabajos prácticos de diferentes cátedras de la Universidad de Buenos Aires y la Universidad de Belgrano.

Asimismo, desde el equipo de docencia e investigación se organiza y lleva a cabo el curso anual de posgrado de Hospital de Día, trabajando año a año diversos temas vinculados a nuestra clínica.

Por otro lado, se organizan mensualmente presentaciones de pacientes con el objetivo presisar diagnósticos y situar la dirección de la cura. En las mismas participan tanto los miembros del equipo como invitados externos y alumnos de las distintas pasantías.

Por último, este dispositivo pensado desde está lógica y teñido del psicoanálisis nos permite sostener el discurso y la diferencia que implica la psicosis. Integrándola a nuestro discurso cotidiano, a nuestra cultura, a nuestra sociedad.



# Algunas consideraciones acerca del denominado problema de las drogas

---

Alberto Trimboli \*

*“... si una cultura no ha podido evitar que la satisfacción de cierto número de sus miembros tenga por premisa la opresión de otros, acaso la mayoría, es comprensible que los oprimidos desarrollen una intensa hostilidad hacia esa cultura que ellos posibilitan mediante su trabajo, pero de cuyos bienes participan en medida sumamente escasa... Huelga decir que una cultura que deja insatisfechos a un número tan grande de sus miembros y los empuja a la revuelta no tiene perspectivas de conservarse de manera duradera ni lo merece”<sup>1</sup>*

Sigmund Freud

A menudo se cree, inclusive en círculos profesionales, que el uso de sustancias psicoactivas es propio de la sociedad contemporánea como un intento de resolver o evitar las dificultades y/o conflictos. Si bien es cierto que el problema se complejizó en los últimos tiempos, el consumo de sustancias tiene sus inicios con el hombre mismo.

En este sentido, la pregunta sería: ¿Si el consumo de sustancias psicoactivas ha acompañado al hombre desde el comienzo mismo de la humanidad, por qué no en todas las épocas ha sido percibido como problema? ¿Cuáles son los elementos que contribuyen a crear una determinada representación de un determinado objeto o hecho social?

---

1 Freud, S. “El Porvenir de una Ilusión” en *Obras Completas*. Vol. 21. 2ª Edición, 3ª reimpresión, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1992 (pág. 12)

\* Psicólogo Clínico. Doctor en Psicología. Psicoanalista. Vicepresidente para América Latina de la World Federation for Mental Health. Expresidente de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Actual secretario General de la AASM. Integrante (por la AASM) del Organo de Revisión de la Ley 26.657. Secretario General de la Asociación de Psicólogos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Coordinador del Sector de Adicciones del Hospital General de Agudos “Dr. Teodoro Álvarez. Docente y Tutor de la Facultad de Psicología de la Università della Sapienza (Roma, Italia). Profesor Adjunto del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad J. K. Kennedy. Profesor Honorario de la Facultad de Psicología de la Universidad de Chiclayo (Perú). Vicepresidente de la Asociación de Profesionales del Hospital Álvarez. Miembro del Consejo Consultivo Internacional del “Proyecto Aventura Social” de la Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, Portugal. Docente del departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA. Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires UBA. Secretario Adjunto del CODEI del Hospital Álvarez.

Tengamos en cuenta que las sustancias psicoactivas han sido utilizadas por el hombre desde la antigüedad y a lo largo de la historia dentro del contexto de prácticas bien definidas y socialmente integradas de orden cultural.

La mayoría de los pueblos primitivos, y muchos de los que actualmente se asientan en regiones con estrecho contacto con la naturaleza, poseen una concepción de la misma totalmente diferente a la del hombre urbano, quien, podríamos decir, ha perdido contacto con ella.

Las plantas, la vegetación y los animales para el hombre primitivo tienen una estrecha vinculación con lo sagrado. Por eso, estos elementos, ocupan un sitio privilegiado en la simbología antigua.

Con el correr del tiempo y a medida que avanzaba la introducción de sustancias psicoactivas por parte de la medicina y la industria farmacéutica en general, el uso popular de las drogas se fue extendiendo bajo la lógica capitalista, llegando a introducirse en el juego de oferta y demanda impuestas por el mercado. De esta manera, las drogas, involucradas ahora al sistema económico de la compra-venta, se convirtieron en mercancía.

Es importante entender cómo las creencias de los diferentes individuos y grupos componentes de la sociedad llegan a crear un fenómeno, como en este caso, el de la denominada “drogadependencia”.

Las creencias instaladas en la sociedad tienen un papel fundamental al momento de enfocar el tema de las drogas. El análisis del consumo de sustancias y la respuesta social que se le va a dar, depende en gran medida de esas creencias. Es evidente, si realizamos un análisis del lugar que ocuparon las drogas en cada una de las épocas, que “el problema de las drogas” es un fenómeno socialmente construido. En otras palabras, la influencia que el significado que los grupos de poder le dan a estas drogas (medicamentos) es importante para la construcción social del problema.

Desde ciertos sectores afirman que existen mu-

chas sustancias que se constituyen como extremadamente peligrosas para la salud individual y social de la comunidad, de allí, que su comercialización hoy está prohibida y quienes posean en su poder esas sustancias prohibidas pasarán a ser considerados delincuentes.

Sin embargo, la historia nos muestra que muchas de estas mismas sustancias han pasado por momentos muy diferentes en el pasado. Inclusive, casi todas, en estado natural, tenían un valor social muy importante para un gran número de personas. Un ejemplo de ello, son el uso de plantas psicoactivas, como el cannabis, la adormidera y la hoja de coca que luego, a partir de la intervención de los laboratorios de especialidades medicinales fueron transformadas en medicamentos, como es el ejemplo de la cocaína, medicamento muy utilizado en el pasado por la comunidad médica, y considerado como uno de los mejores remedios para muchísimas enfermedades a fines del siglo XIX y principios del X.

La historia nos muestra que una gran cantidad de sustancias psicoactivas comienzan a constituirse como problema luego de la manipulación química y la administración masiva de las drogas por parte de la comunidad médica, a pesar de percatarse de que algunas sustancias pueden ser potencialmente adictivas para el hombre.

En efecto, durante el siglo XIX hacen su aparición las drogas elaboradas en laboratorios de especialidades medicinales a partir del opio y otras sustancias psicoactivas. Estas sustancias comenzaron a ser prescritas para curar innumerables enfermedades, pero especialmente como remedio contra el dolor, tanto físico, como moral.

Cuando estas drogas empiezan a ser prescritas, muy rápidamente la sociedad, cada vez más necesitada de lograr la felicidad a cualquier costo, las acepta y las incorpora como la opción más conveniente. De esta manera, podríamos decir que la sociedad comienza a cambiar las plantas por remedios más eficaces para lograr los efectos deseados. Así, la ciudad empieza a brindar al hombre lo que en la antigüedad daba la naturaleza.

El auge de las sustancias psicotrópicas, dice Fukuyama<sup>2</sup>, ha coincidido con lo que se ha dado en llamar “revolución del neurotransmisor”. Los avances científicos relacionados con el descubrimiento del funcionamiento del cerebro han traído, por un lado, solución a muchos de los problemas psíquicos que hacía años no tenían solución, pero por el otro, han abierto un gran problema a millones de personas que, ante la desesperación de salir del “dolor moral”, han quedado atrapados en una de las más complejas problemáticas: la adicción.

Fukuyama dice que “no sorprende, pues, que el Prozac y sus parientes emergieran como un fenómeno cultural de enorme importancia en las postrimerías del siglo XX. Tanto en “Escuchando al Prozac”, de Meter Kramer, en “Nación Prozac”, de Elizabeth Wurtzel, se elogia este fármaco considerándolo un remedio portentoso que obra cambios milagrosos en la personalidad.”<sup>3</sup>

Lo que plantea Fukuyama es comparable con lo que sucedía en el pasado en con la cocaína y la heroína, considerados en su momento como los más grandes medicamentos descubiertos por el hombre.

Fukuyama, en su libro “El fin del Hombre”, al referirse al Prozac, dice que existen estudios que indican que ese medicamento no es tan eficaz como parecía, y que además, se ha criticado a algunos científicos, por exagerar su importancia. Incluso, existen denuncias que dicen que sus fabricantes han ocultado una gran cantidad de efectos secundarios que el Prozac provoca con su uso prolongado.<sup>4</sup>

El mencionado autor plantea que “La Ritalina<sup>5</sup>

es un estimulante del sistema nervioso central químicamente relacionado con otras sustancias restringidas como la metanfetamina o la cocaína. Sus efectos farmacológicos son muy similares a la de las dos drogas mencionadas: aumenta la capacidad de atención, genera una sensación de euforia, incrementa los niveles de energía a corto plazo y permite una concentración mayor. De hecho, los animales de laboratorio a los que se le da la opción de autoadministrarse cocaína o Ritalin no muestran una preferencia clara de una sustancia sobre la otra. Estas drogas aumentan la atención, la concentración y los niveles de energía también en las personas normales. Utilizado en exceso, el Ritalin puede provocar efectos secundarios semejantes a los producidos por la cocaína, entre ellos insomnio y pérdidas de peso”.<sup>6</sup>

Giulia Sissa denomina a la sociedad actual, sociedad de consumo. En este sentido, esta autora, plantea que en esta sociedad “todos estamos en lo mismo. No sólo los dandis de segunda categoría en que nos habríamos convertido desde que abrieron las grandes tiendas y se inventaron las vidrieras, sino todos nosotros, humanos deseantes desde siempre. Glotones, ávidos, impacientes, queremos por lo menos la paz, en el mejor de los casos la felicidad, ciertamente el bienestar. En consecuencia, ansiamos cosas. Mirarlas, tocarlas, gustarlas, inhalarlas, escucharlas, poseerlas.”<sup>7</sup>

Sissa, además, afirma que en la actual sociedad de consumo, el cuerpo nos hace sentir nuestros bienes (y nuestros males).

Beck<sup>8</sup> sostiene que en la sociedad actual se ha producido la destrucción industrial de las bases ecológicas y naturales de la vida. Agrega, además, que en nuestra sociedad se pone en marcha una dinámica social y política de desarrollo his-

2 Fukuyama, Francis, *El fin del Hombre*, Sine Kua Non, Buenos Aires, 2002 (Pág. 76)

3 *Ibid.* Ant. Pág. 78

4 *Ibid.* Ant. Pág. 86

5 Ritalin (USA) y Ritalina (ARG), nombre comercial de la droga metilfenidato, de venta por receta, es un estimulante del sistema nervioso central, de efecto parecido al de la cafeína, pero mucho más potente.

6 *Ibid.* Ant. Pág. 86

7 Sissa, Giulia, *El placer y el mal. Filosofía de la droga*. Manantial, Buenos Aires, 1997. (Pág. 11).

8 Beck, Ulrich. *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Editorial Paidós Surcos, Barcelona. 2006 (pág. 113).

tórico sin precedentes y que hasta ahora no ha sido comprendida, la cual nos obliga a repensar la relación entre naturaleza y sociedad.

En ese sentido, podemos decir que la naturaleza ya no puede ser pensada sin la sociedad y la sociedad ya no puede ser pensada sin la naturaleza. Es decir, ya no existe una sin la otra. Las teorías sociales del siglo XIX pensaron la naturaleza como algo dado, y por lo tanto, contrapuesto a la sociedad. En otras palabras, sería una “no sociedad”.

Hoy la naturaleza ya no está dada, sino que se ha convertido en un producto histórico de la producción industrial, convirtiéndose de esta manera, en un componente integral de la dinámica social, económica y política.

Giddens<sup>9</sup> sostiene que la intervención tecnológica sobre la naturaleza es la condición del desarrollo de los sistemas abstractos, pero de igual modo afectan también a muchos otros aspectos de la vida social. La “socialización de la naturaleza”, o el control sobre ella, siempre ha sido intentada por el hombre. Este es el caso de los sistemas de riego en las zonas agrícolas. Pero, en la época moderna, el proceso de intervención humana en la naturaleza se ha visto enormemente incrementado y globalizado. Este control ha aparejado beneficios, pero también cambios negativos.

En ese contexto, Beck<sup>10</sup> plantea que existe en la actualidad una lógica del reparto de los riesgos de la modernización. Según él, una de las características de la actual sociedad, es que existen situaciones de amenaza global a partir de la socialización de la naturaleza.

*“El efecto secundario inadvertido de la socialización de*

*la naturaleza es la socialización de las destrucciones y amenazas de la naturaleza, su transformación en contradicciones y conflictos económicos, sociales y políticos: las lesiones de las condiciones naturales de la vida se transforman en amenazas médicas, sociales y económicas globales para los seres humanos, con desafíos completamente nuevos para las instituciones sociales y políticas de una sociedad mundial superindustrializada.”<sup>11</sup>*

Si al planteo de Beck le agregamos el gran avance tecnológico, podemos decir que nos encontramos ante una nueva dimensión en relación al consumo: la tecnología de lo portátil: objetos técnicos que por su pequeño tamaño y su utilización simple, se ponen a disposición de la comodidad del sujeto y que pueden adquirirse, por el avance de internet, en el momento que se desee. De esta manera no hay espera, el deseo es cumplido de inmediato. De alguna manera, y salvando las distancias, recordemos lo que Baudelaire<sup>12</sup>, el autor de los paraísos artificiales, al referirse al hachís dijo: *“¿Aquí estaba la felicidad; ¡Y sólo ocupa el espacio de una cucharita!”*.

La industria farmacéutica del siglo XIX percibe el malestar en la sociedad que ella misma provoca y comienzan a ofrecer felicidad envasada. Ya no se trataba sólo de hierbas o yuyos, ahora la felicidad venía en envases con diseños especiales y su contenido previamente testado. La sociedad moderna había logrado transformar esas sustancias naturales en pequeños objetos portátiles, con el beneficio del correspondiente control de calidad. Así, de alguna manera, surge el beneficio y el riesgo en el mismo objeto.

En este sentido, acerca de la transformación de la naturaleza, Beck, al mencionar la producción de riqueza y producción de riesgos dice: *“Mientras en*

9 Giddens, Anthony. *Las consecuencias perversas de la modernidad: modernidad, contingencia y riesgo*. Anthropos Editorial, Barcelona, 2007. (pág. 69).

10 Beck U. *Op. Cit.* pág. 21

11 *Ibid.* Ant. Pág. 113

12 *Revista Noticias, Ed. Perfil*. Buenos Aires. 19/11/2008. Pág. 97. Charles Pierre Baudelaire fue poeta, crítico y traductor francés (1821-1867). También llamado el poeta maldito (*le poète maudit*), dada su vida bohemia y de excesos. Entre sus obras encontramos “Las Flores del Mal” y “Los Paraísos Artificiales”

la sociedad industrial la lógica de la producción de la riqueza domina a la lógica de la producción de riesgos, en la sociedad del riesgo se invierte esta relación. Las fuerzas productivas han perdido su inocencia en la flexibilidad de los procesos de modernización. La ganancia del poder del progreso técnico económico se ve eclipsada por la producción de riesgos.”<sup>13</sup> A este mecanismo, Beck lo denomina “efectos secundarios latentes”.

De esta manera podríamos decir que lo que fue inventado para el bienestar, luego se llega a la conclusión que ese invento no era tan beneficioso o, que si bien trae beneficios, muchas veces, los riesgos son mucho mayores que los beneficios.

Un ejemplo de esto es el lanzamiento al mercado de las diferentes drogas –como ya fue citado- que venían para ser utilizadas por la medicina para determinadas enfermedades y que luego se convirtieron en el “enemigo público número uno de la sociedad”. Podemos citar a la cocaína como anestésico, la heroína y la morfina para el dolor, el LSD para la esquizofrenia. También podríamos incluir en ella a la metadona, ofrecida como reemplazo de la heroína y que comenzó a registrarse como problema en Europa. Esta lista es larga.

Con la denominada “sociedad del riesgo”, Beck<sup>14</sup> plantea que con la extensión de los riesgos de la modernización (con la puesta en peligro de la naturaleza, de la salud, de la alimentación, etc.) se relativizan las diferencias y los límites sociales. En otras palabras, lo que se produce en la modernidad es un efecto igualador. Todos estamos en riesgo.

Con relación a la manipulación de la naturaleza por parte del hombre, el autor habla de *efecto Bumerang*. Dice que en la época actual los riesgos creados por la sociedad afectan, más tarde o

más temprano, también a quienes los producen o se benefician de ellos. Esto quiere decir que no hay una previsión de futuro. Se inventa, se transforma o se utiliza una determinada cosa, pero más tarde esa cosa que surgió para un beneficio, termina provocando daño. En otras palabras, esos elementos se convierten en una amenaza y nadie está seguro. “*Tampoco los ricos y los poderosos están seguros de ello*”,<sup>15</sup> dice Beck.

Esto es lo que sucedió con los psicofármacos que finalmente terminaron como objetos de consumo provocando adicción entre los pobres, pero también los ricos. Fueron prescriptos y difundidos, pero luego, al constatarse que generaban perjuicios en la salud, fueron prohibidos. El discurso prohibicionista gana la batalla.

Ante el aumento del uso de esas sustancias, los gobiernos toman la decisión de prohibirlas por medio de leyes por temor a que esas drogas terminen “destruyendo a la sociedad”. Esta última respuesta no sólo llega tarde, sino que crea la figura del “delincuente” y por lo tanto deben ser excluidos de la sociedad. Sin embargo, ante la producción sistemática de dolor y opresión, los problemas se vuelven más y más visibles, y finalmente emergen y hasta deben ser reconocidos por aquellos que los han negado, dice Beck.”<sup>16</sup>

A partir de la imposición del discurso prohibicionista, los gobiernos comenzaron a tomar cartas en el asunto a través de la implementación de normas, declaraciones y leyes antidrogas cada vez más severas.

Las políticas comenzaron a centrarse más en la sustancia que en el sujeto. Tanto es así, que a principios de los años setenta, el Presidente Nixon llegó a declarar a “la droga” como el enemigo público número uno.<sup>17</sup>

En el mismo sentido, es que en 1982, otro pre-

13 Beck U. Op. Cit. pág. 22

14 Ibid. Ant. Pág. 52

15 Ibid. Ant. Pág. 53

16 Ibid. Ant. Pág. 72

17 Díaz, Aurelio y Yubero, Santiago. *Drogas y drogadicción: Un enfoque social y preventivo*. Univ de Castilla La Mancha, 2001 (pág. 42)

sidente de Estados Unidos, Ronald Reagan, declaró la “Guerra contra las Drogas”, elevándola, luego, al rango de “asunto de seguridad nacional” en abril de 1986.

La línea impulsada por Estados Unidos era que todos los países tuvieran su ley anti-droga.

En los años ochenta del siglo XX, todo el continente americano sancionó leyes anti-droga muy parecidas, en general por presión de la agencia estadounidense especializada.<sup>18</sup> Estas leyes, según señala Zaffaroni, que “*permanecen en vigencia en su mayoría, violaron el principio de legalidad, asimilaron participación y autoría, tentativa, preparación y consumación, desconocieron el principio de ofensividad, violaron la autonomía moral de la persona y penaron a enfermos y toxicodependientes*”.<sup>19</sup>

Es posible prohibir el dolor? O lo que es peor, el remedio a ese dolor? Cuando Freud escribe “El malestar en la cultura” nos estaba anticipando una de las alternativas, aunque artificial, que posee el hombre para refugiarse en un mundo menos peligroso y hostil. Pero a la vez, nos estaba alertando sobre la contracara negativa de esa salida: la adicción. Recordemos a Derridá, en “La Farmacia de Platón” cuando habla del Phármacon que es a la vez remedio y veneno. El hombre no consume sustancias para experimentar placer, sino que lo hace para escapar de lo que le causa malestar.

Roberto Esposito cita a Thomas Hobbes que

plantea “*Cada uno, en efecto, está llevado a desear lo que para él es bueno, o a huir de lo que para él es malo, sobre todo del máximo de los males naturales, que es la muerte*”, En este sentido, la adicción a sustancias psicoactivas sería una salida para resguardarse de lo que el sujeto siente que es peligroso.

En este sentido, “*Hobbes prefiere la expresión negativa “huir de la muerte” a la expresión positiva “conservar la vida” porque advertimos la muerte y no la vida, porque tememos infinitamente a la muerte, mucho más de lo que deseamos la vida.*”

Foucault dice que la sociedad no quiere reconocerse como enferma, entonces en el momento mismo que aparece la enfermedad, excluye al enfermo para dejarlo fuera de ella, considerándolo desviado o alienado (o delincuente). Este es el mecanismo que está puesto en marcha en la sociedad actual en relación a los llamados “drogadictos”. La sociedad crea el objeto de consumo, lo ofrece, lo difunde, pero luego considera desviados (por medio de la ley) a quienes lo consumen. En otras palabras, trata de negar y poner en el exterior un problema que es propio de la sociedad y un producto de ella. Como vemos, “el problema de las drogas” tiene componentes que la convierten en un fenómeno complejo que merece una discusión seria. Penalizar el dolor no parece ser la solución. La adicción no es más que el resultado que la sociedad misma hizo de la naturaleza.

18 Zaffaroni, Eugenio. *El Enemigo en el Derecho Penal*. Librería-Editorial Dykinson, 2007. Madrid, 2006. (pág. 50)

19 *Ibid.* Ant.

20 Freud, S. *El malestar en la cultura*, en *Obras Completas*. Vol. 21. 2ª Edición, 3ª reimpresión, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1992 (Págs. 77 a 79)

21 Derrida, Jacques. *La diseminación*. Editorial Fundamentos, 3ª Edición. Madrid, España, 1975. (págs. 50, 51, 52)

22 Esposito, Roberto: *Comunitas. Origen y destino de la comunidad*. 1ª Edición en español. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2003 (pág. 55)

23 *Ibid.* Ant.

# AASM CATEGORIA DE SOCIOS

CATEGORIA	CONDICION	VALOR DE LA CUOTA
Miembro titular	Más de 5 años de profesión	\$ 75 mensuales
Miembro adherente	Hasta 5 años de profesión	\$ 65 mensuales
Miembro estudiante	Estudiantes universitarios	\$ 45 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](mailto:administracion@aasm.org.ar) - [www.aasm.org.ar](http://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.*

# IX Congreso Argentino de Salud Mental

## Lecturas de la Memoria. Ciencia, Clínica y Política

**Buenos Aires**  
**Agosto 26, 27, 28**  
**de 2015**

**Panamericano Hotel & Resort**  
Av. Carlos Pellegrini 551 Ciudad de Buenos Aires

Informes e Inscripción:  
[www.congreso2015.aasm.org.ar](http://www.congreso2015.aasm.org.ar)

ORGANIZA:

**AASM** | Asociación Argentina  
de Salud Mental

MIEMBRO DE:

