



CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL
PUBLICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL

AÑO 11 N° 30 AGOSTO DE 2018
DISTRIBUCIÓN GRATUITA



CONTENIDO: ¿Pero qué es la salud mental? *F. Rotelli* • Psicoanálisis y Derechos Humanos. *O. Delgado* • ¿Qué es la curación? El objeto oscuro de nuestra (vuestra) investigación. *R. Mezzina* • Medicalización, subjetividad de la época y complejidad crítica del problema. *J. C. Fantin* • El delirio tiene estructura de verdad. *L. Leibson* • Fibromialgia: ¿un cuadro psicopatológico? Estudio de variables psicológicas y psiquiátricas en una muestra de pacientes derivados de los consultorios de reumatología. *A. Falcoff*

EVA GIBERTI

Nuevo libro

“

*... el patriarcado
heterosexual y capitalista,
responsable de las violencias
contra el género mujer...*

”

MUJERES Y VIOLENCIAS

*Investigación, análisis y abordaje de las problemáticas:
discriminación, violación, trata y feminicidio.*



Disponible en librerías
y en **Noveduc.com**

Año 11 - N° 30 - Agosto de 2018

Directores:

Alberto Trimboli

Director Asociado:

Juan Carlos Fantin

COMITÉ EDITORIAL

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

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 tres ejemplares de la publicación de dicho material.

Guardia Vieja 3732, 1ªA · Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Horario: Lunes a Viernes de 13:00 a 17:00 hs.
Tel: (54-11) 2000-6824 | 4978-7601
Teléfono celular: (54-11) 15-3013-0929
administracion@aasm.org.ar

Diseño e impresión

Ediciones **NOVEDADES
EDUCATIVAS**

Noveduc.com

Contenidos

- 5** Editorial: **Palabra y modernidad**
Alberto Trimboli
- 6** **Capítulos**
- 7** **Agenda**
- 8** **Pero, ¿qué es la salud mental?**
Franco Rotelli
- 10** **Psicoanálisis y Derechos Humanos**
Osvaldo Delgado
- 14** **¿Qué es la curación? El objeto oscuro de nuestra (vuestra) investigación**
Roberto Mezzina
- 18** **Medicalización, subjetividad de la época y complejidad crítica del problema**
Juan Carlos Fantin
- 24** **El delirio tiene estructura de verdad**
Leonardo Leibson
- 27** **Fibromialgia: ¿un cuadro psicopatológico?**
Ariel D. Falcoff



Foto de tapa: 123rf.com. Derecho de autor: Laurin Rinder

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente: Silvia Raggi
Vicepresidente: Liliana Verónica Moneta
Secretario General: Gustavo Fernando Bertran
Tesorero: Eduardo Francisco Grande
Secretario de Actas: Darío Galante
Secretario Científico: Alberto Trimboli
Secretario Interinstitucional: Juan Carlos Fantín
Secretario de Asuntos Profesionales: Rubén Darío Gallardo

Secretario de Ética: Ariel Darío Falcoff
Secretario de Cultura: Roberto Eduardo Sivak
Secretario de Publicaciones: Pablo Fridman
Secretaria de Biblioteca: Beatriz Liliana Kennel
Secretario de Prensa: Ricardo Horacio Soriano
Vocales titulares: Fabio Sergio Celnikier, Juan Carlos Basani, Jerónimo Grondona
Vocales suplentes: Alberto Calabrese, Alberto Carli

COMISIÓN FISCALIZADORA

Presidente: Beatriz Schlieper
Miembro titular: Néstor Belisario Saborido
Miembro suplente: Mónica Juárez

GRUPO FUNDADOR CONVOCANTE

Eduardo Grande
 Alberto Trimboli
 Pablo Fridman
 Juan Carlos Fantin

Silvia Raggi
 Gustavo Bertran
 Darío Galante

DELEGACIÓN MENDOZA

Presidente: Nancy Caballero
Secretaria: Jimena Aguirre

DELEGACIÓN B. BLANCA

Presidente: Claudia Amigo
Vicepresidente: Claudia Bongiorno
Secretaria Científica: Elvira Chaar de Díaz Nóblega
Vocales: María Elena Marquina, María José Banchero, Andrea Martínez, Paul Majluf

ASÓCIESE

Aranceles a partir del 15 de mayo de 2018

CATEGORÍA	CONDICIÓN	VALOR DE LA CUOTA (ARGENTINA)	VALOR DE LA CUOTA (EXTERIOR)
Miembro titular	Más de 5 años de profesión	\$ 250.- mensuales (Con débito: \$200.-)	US\$ 15.- mensuales
Miembro adherente	Hasta 5 años de profesión	\$ 200.- mensuales (Con débito: \$150.-)	US\$ 12.- mensuales
Miembro estudiante	Estudiantes universitarios	\$ 150.- mensuales (Con débito: \$100.-)	US\$ 10.- mensuales
Institución miembro	Institución legalmente constituida	Según convenio	Según convenio

Aclaración: Para los miembros extranjeros residentes en el exterior el valor de la cuota es en dólares. Consultar por bonificaciones en pagos trimestrales, semestrales o anuales anticipados. 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. Se está trabajando, además, en que aparezcan los datos profesionales, para que puedan ser difundidos a la comunidad.

Editorial

Palabra y modernidad

A lo largo de su historia, muchos fueron los momentos de festejo para los miembros de la Asociación Argentina de Salud Mental. El primero fue a principios de 2004, cuando un grupo de colegas del Hospital Álvarez de la Ciudad de Buenos Aires nos reuníamos en el aula del servicio de Salud Mental para pensar en fundar una institución de esa área que fuera diferente de todas las existentes en ese entonces. El segundo momento de festejo fue en noviembre de ese mismo año, cuando la Inspección General de Justicia nos oficializó como institución. También celebramos a principios de 2005, al presentarla oficialmente ante cientos de invitados en un teatro del barrio de Almagro. Otra circunstancia feliz fue la realización de nuestro primer congreso, en marzo de 2006, cuando la cantidad de participantes nos desbordó. El año 2010 marcó otro hito: fuimos invitados al Senado de la Nación como relatores, en ocasión de la discusión de la Ley Nacional de Salud Mental. Uno más de esos momentos que ratificó que estamos en el camino correcto fue la organización del Congreso Mundial de Salud Mental, en 2013. En ese evento recibimos a casi seis mil participantes provenientes de más de setenta países: hasta el presente, ese ha sido el congreso más grande de la historia de la WFMH en sus 70 años de vida.

Hay muchas más circunstancias felices que hemos celebrado juntos, pero volver a editar *Conexiones*. *Revista Argentina de Salud Mental*, nuestra publicación, es un acontecimiento realmente muy especial para nosotros. Constituye, sin duda, un hecho histórico que quedará en nuestra memoria como el momento en que retomamos la relación directa, no solo con nuestros asociados, sino también con los miles de colegas con los que mantenemos contacto.

Sabemos qué importante es la palabra para quienes integramos el denominado "campo psi". En la AASM, siempre hemos pensado que no puede considerarse completa una institución del campo de la Salud Mental si carece de un instrumento que registre la palabra en forma escrita y permanente.

Alberto Trimboli

Presidente de la World Federation for Mental Health (WFMH). Miembro fundador de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM).

Exintegrante del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental Coordinador del Sector de Adicciones del Hospital Álvarez.
● [facebook.com/alberto.trimboli](https://www.facebook.com/alberto.trimboli)

Para una institución, una publicación periódica no solo es un medio que da cuenta de lo científico; además, sin lugar a dudas, es el lugar en donde deben quedar plasmados sus pensamientos, su ideología, sus acciones.

Vivimos en una época de cambios vertiginosos. Baudelaire, en 1886, afirmaba que en la modernidad todo es transitorio, fugitivo y contingente. Y sostenía también que lo bello es lo eterno e inmutable.

Al decir de Bauman, vivimos en la modernidad líquida. Somos conscientes de ser cambiantes y, por lo tanto, tememos fijar algo para siempre. Internet nos da la posibilidad de ser seres flexibles, lo que, de alguna manera, significa que uno puede cambiar en cualquier momento.

Todas las características de los fluidos implican que los líquidos, a diferencia de los sólidos, no conservan fácilmente su forma. Los fluidos, por así decirlo, no se fijan al espacio ni se atan al tiempo, en tanto los sólidos poseen una clara dimensión espacial.

La revista *Conexiones* retoma el contacto con sus miembros gracias a la colaboración desinteresada de la editorial Noveduc, que confía en nosotros y valora la tarea que llevamos a cabo.

Nuestra publicación es cuatrimestral: habrá tres números por año. Su comité editorial está integrado por Juan Carlos Fantin, Silvia Raggi, Gustavo Bertran, Eduardo Grande, Darío Galante y yo, que seleccionaremos artículos de autores de notoria trayectoria, daremos a conocer informes y comunicados de la Comisión Directiva y difundiremos a través de este medio los cursos, congresos, jornadas y cualquier otra actividad científica de interés.

Finalmente, señalo que, en tiempos de lo líquido, de lo cambiante y de lo virtual, nosotros preferimos lo sólido: el espacio en donde la palabra (nuestra palabra) quede impresa, eternizada e inamovible. Ese es un riesgo que elegimos asumir.

Alberto Trimboli
Director

Capítulos de la AASM

Los Capítulos son grupos de estudios e investigación de la Asociación que reúnen a los miembros interesados en alguna rama particular de la Salud Mental. Sus funciones son asesorar al Consejo Directivo en el ámbito de su competencia y encargarse de la programación y ejecución de las actividades científicas que les correspondan.

- Abordajes terapéuticos interdisciplinarios
- Acompañamiento terapéutico
- Actualizaciones en psicopatología
- Ansiedad, depresión y somatización
- Arte y salud mental
- Autismo y psicosis en la infancia
- Bioética
- Clínica y psicopatología
- Conflicto vincular: etiología, patogénesis y terapéutica
- Consumos Problemáticos
- Creación, subjetividad y lazo social
- Cuidados paliativos y salud mental
- Delgadez: cuerpo, mente y psiconeurobiología
- Discapacidad y psicoanálisis
- Dispositivo de Hospital de Día en salud mental: temporalidad de la psicosis
- Educación y salud mental
- El impacto de la época en los cuerpos
- Epistemología y metodología de la investigación
- Estrés y trauma
- Familia, pareja y grupo
- Historia de la salud mental en Argentina
- Interdisciplina en salud mental
- Lo disruptivo y lo traumático
- Los síntomas y la época
- Los usos del tiempo en salud mental
- Musicoterapia y salud mental
- Neurociencias
- Neuropsicología
- Perinatología y salud mental
- Psicoanálisis y psicosis
- Psicoanálisis y cine: referencias aplicadas del psicoanálisis al séptimo arte
- Psicología positiva y mindfulness
- Psicología y terapia cognitiva
- Psicofarmacología y terapias biológicas
- Psiconeuroinmunoendocrinología
- Psicooncología y psicoanálisis
- Psicoprofilaxis clínica y quirúrgica
- Psicoprofilaxis y transdisciplina en las nuevas demandas actuales
- Psicoterapias
- Psicoterapia integrativa
- Psiquiatría clínica, terapéutica psiquiátrica y salud mental
- Salud mental infantojuvenil
- Salud mental comunitaria y diversidad cultural
- Salud mental laboral y previsional
- Salud mental y espiritualidad
- Salud mental y ley
- Salud mental y universidad
- Suicidio: prevención y consecuencias, clínicas y sociales
- Trastornos de alimentación: obesidad
- Violencia

Accedé a las ediciones anteriores en:

[aasm.org.ar/es/st/
es.conexiones](http://aasm.org.ar/es/st/es.conexiones)



Próximas actividades científicas de la AASM

CURSOS A DISTANCIA

Para mayor información general, costos y programas de cada una de las actividades, ingrese a www.aasm.org.ar. O contáctese con nosotros al (54) 11-2000-6824 y (54) 11-4978-7601. Por email: administracion@aasm.org.ar
 > > Más información: aasm.org.ar/es/st/es.cursos

EL PSICOANÁLISIS EN LOS TIEMPOS HIPERMODERNOS

Directores: Darío Galante y Alberto Trimboli. Coordinación Docente: Lic. Alicia Prefumo, Lic. Laura Potick y Lic. Silvia Venturino. Docentes: Darío Galante, Pablo Fridman, Laura Valcarce, Jorge Chamorro, Pablo Muñoz, Pablo Olivero, Enrique Prego, Miguel Furman, Gerardo Battista, Juan Carlos Fantin, Gabriel Lombardi, Nicolás Bousoño, Tomasa San Miguel, Alejandra Eidelberg, Maximiliano Zenarola.
 De septiembre a diciembre de 2018. *Cursada Virtual*
Clases audiovisuales semanales.

PSICOPATOLOGÍA DEL TRABAJO

Dirección: Dra. Elena Bisso
 Inicio: 3 de septiembre de 2018

PUNTUACIONES EN LA CLÍNICA CON PAREJA Y FAMILIA

Dirección: Mónica Ana Simari
 Inicio: 4 de septiembre de 2018

LA INTERPRETACIÓN DE LOS SUEÑOS EN EL GRAFO DEL DESEO DE LACAN

Dirección: Dra. Elena Bisso
 Inicio: 5 de septiembre de 2018

LA TERAPIA GRUPAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Dirección: Lic. Jerónimo Grondona
 Inicio: 7 de septiembre de 2018

EL IMPACTO PSICOEMOCIONAL DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Dirección: Lic. Natalia Liguori y Lic. Mariela Cacciola
 Inicio: 12 de septiembre de 2018

LA VIOLENCIA MASCULINA EN LA PAREJA. PREVENCIÓN Y ASISTENCIA

Dirección: Susana Pontiggia
 Inicio: 12 de septiembre de 2018

PSICOSIS ORDINARIAS Y PSICOSIS DESENCADENADAS: SUS MANIFESTACIONES EN TRANSFERENCIA

Dirección: Lic. Beatriz Schlieper, Lic. Graciela Ortiz Zavalla, Lic. Edit Beatriz Tendlarz y Lic. Karina Benuzzi
 Inicio: 15 de septiembre de 2018

NUEVAS MATERNIDADES Y PATERNIDADES

Dirección: Edit Beatriz Tendlarz
 Inicio: 1 de octubre de 2018

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

Sede: Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez"
 Curso teórico – práctico en el hospital | Duración: Tres años



Informes e inscripción: <http://www.fmed.uba.ar/posgrado/especialistas/detalles/psiquia.htm>

Pero, ¿qué es la salud mental?

Traducción del italiano de Silvia Raggi y Juan Carlos Fantin

Franco Rotelli

Psiquiatra. Fue uno de los protagonistas de la Reforma Psiquiátrica en Italia y uno de los principales colaboradores de Franco Basaglia, primero en el Hospital Psiquiátrico de Parma y luego, hasta 1979, en el Hospital Psiquiátrico de Trieste. Exdirector del Departamento de Salud Mental de Trieste.

Puede ser que la salud mental sea lo contrario de la locura. En lo que a mí respecta, imagino que ser loco no significa otra cosa que tomarse muy, demasiado (o del todo) en serio. Si está en el lado opuesto, la salud mental no podrá más que identificarse con el ejercicio de la vacuidad, de lo insignificante; en síntesis, la realización completa del ser de mala fe y del sufrir la obtusa planicie de la inercia.

Afortunadamente, entre estos dos extremos hay una razonable dosis de angustia que casi todos llevan detrás y una razonable dosis de estolidez y de mentira que no permite, de entrada, abrumar nuestro equilibrio inestable. Equilibrio quién sabe qué tanto deseable, quién sabe cuánto mediado, hecho tal por un contrato social que, medido en mercancías y productos, constituye nuestra formación mercantilista que avanza sobre todo y que decide sobre inclusión/exclusión.

La verdadera cuestión es, entonces, cuándo y por qué la producción de sentires y un hacer compartido que nos asocien son posibles, creíbles, dedicados a otra utilidad que no sean las mercancías. El socialismo real nos ha enseñado que por el camino de las mercancías existe el engaño, la falta de libertad, la institucionalización de un poder abstracto hecho de ideología que deviene concreta y penetrante violencia: el Estado.

Se podría imaginar que la salud mental está allí donde un sujeto puede existir con otros, comunicar de sí a través del lenguaje, poder hablar de él mismo a través de diferencias aceptables, constituirse por singularidad parcial y parcial comunalidad. Constituirse y ser constituido allí donde inclusión/exclusión tienden, y se arriesgan entre ellas, sobre el límite en el cual otros puedan quedarse, tú puedas quedarte y juntos puedan hallar un sentir común, una praxis conjunta, un proyecto interrelacionado.

Si es probable que solo el lenguaje pueda salvarnos; si es probable que en la locura haya, no sé si una elección, pero sí una complacencia segura, un mimo continuo, una seducción sufrida, un tormento acariciado, una identidad

extrema cualquiera, el otro resulta aún más decisivo de tu futuro. Si solo el otro puede salvarte de ti, puede retenerte aquí, quizás también pueda empujarte hacia allá o dejarte, abandonado y naufragado, desconectado; solo de esto es útil hablar.

Mucho más no sé. Sé pues, entonces, que cuando se sobrepasa el límite, el contrato social prevé que alguno deba, por profesión y servicio, por tarea estatutaria, de algún modo, ocuparse de ti.

Y también hemos visto qué puede suceder allí y vemos cada día qué sucede o es probable que suceda. Como allí pueda ser cementada la exclusión, juzgada tu no-salud y objetivada la enfermedad (sin embargo, siendo conscientes de que quizás es mejor ser “enfermos” que endemoniados o similar, pensando con duda razonable que sea mejor que de ti se ocupe el *soi-disant* médico en lugar de un *soi-disant* exorcista, y tal vez mejor un hospital en lugar del exilio en los confines del pueblo).

Se tratará de entender mejor si desde allí es posible que vuelvan a anudarse los hilos de la inclusión o se agrave siempre y solamente la carga de una exclusión a menudo irreversible e irrevocable a través de profesiones y servicios dedicados.

Si es claro que salud y enfermedad son a menudo copresentes en el cuerpo y en el alma; si es más difícil decir aquí dónde empieza una –la salud– la otra –la enfermedad– se adquiere, difícil escapar a la sensación de que las palabras no indican nada de aquello que de verdad sucede aquí. La inadecuación de las palabras atañe a su naturaleza racionalizante, que parece inadecuada a la peculiaridad de lo irracional. Usar el lenguaje para entrar dentro de la locura es como usar un centímetro para medir un líquido. Pero, ¿es entonces adecuado el lenguaje para hablarnos de qué es la salud de la mente, de qué ingredientes se nutre una mente en la salud? Y salud, ¿a los ojos de quién? ¿De los otros que me observan y juzgan, o de mí, que me revuelvo en el sueño y en la vigilia para hacer frente a las amena-

zas guerreras que me son dirigidas cada día e intento así conservarme en la salud?

Y, por otro lado, la secesión del mundo que es la exclusión internalizada, la agresión interiorizada y autovalidada, ¿será el signo extremo de la locura o el último residuo de salud mental, defendida a ultranza y contra toda evidencia? (Se necesitaría, pues, interrogarse sobre este extraño destino: si es así que sea propio destino que se deba pasar el tiempo defendiéndose de la "competencia").

Pero la verdadera cuestión permanece, si tiene algún sentido preguntarse qué sea la salud o la enfermedad mental en el interior de una organización social que decide ella qué es una y qué la otra. El control social casi total hace que, de la familia al sistema social, "el hacerse cargo" del presunto trastorno mental, el juicio sobre el venir a menos de la salud mental de un individuo, sean en general precoces y fulminantes. Podría ser salud mental el ser libres de la competencia, de la necesidad de producir más y mejor, del riesgo de exclusión por inadecuación a las leyes del mercado (que pueden incluir el saber pescar, cazar, conocer de literatura y teatro, ser sonrientes y divertidos, poder cantar y bailar, estar llenos de iniciativas y fantasías, ser desenvueltos y *sommeliers*, eréctiles y actualizados, informatizados y musculados y, sin embargo, productores de cualquier mercancía en boga). La salud mental podría ser la infinita diversión del reconocerse todos diferentes, finalmente, y no por ello desiguales (no quiero ir a buscar en la biblioteca si la igual raíz de "diversidad" y "diversión" tiene razón de ser: me basta pensarlo y me gusta).

¿Qué establece, en cambio, en concreto, esta dañina equivalencia entre salud mental y homologación, sino nuestro miedo de perdernos en el no-reconocimiento de mis homólogos? También la literatura, el arte, el alimento, la poesía y el teatro son ya puros productos de consumo, objetos de conversación fútil, como charlas acerca de la calidad de cremas de belleza o del stock de ropa de marca. El pensamiento propio no existe más como algo reconocible, objeto de ironía en el mejor de los casos; la transformación del

mundo es ahora un concepto vacío de hombres y de ideas. Si el único concepto compartido es el desarrollo (y el consumo), allí estará el indicador de salud mental. O a lo mejor en la casucha en Toscana donde se cultiva la huerta y el guisante oloroso, alguna vez allí donde la fatiga del vivir realiza su riesgo y su finitud, se descubre el hombre en su infinita miseria y, sin embargo, asume la carga.

La evidente obviedad de aquello que estoy diciendo tiene un singular desconocimiento del noventa por ciento de las prácticas de quien hace profesión de producción de salud mental, las ciencias "psi" se dislocan y organizan pensamientos, modelos, prácticas y conceptos de distinta naturaleza, yuxtaponiendo autor sobre autor en un largo monólogo sin fin, soliloquio potente en tanto constitutivo de corporaciones de poder-saber, en tanto mercancía que se acumula y capital que se reproduce, no verificado, gratuito, por lo más autorreferencial, intangible por consensos entrecruzados. La psiquiatría ha sido (y lo es aún, en varios lugares) una suerte de instrumento del terror entendido como anulación y atribución de una identidad insoportable.

"Basagliano" devendrá entonces el pensamiento sensato (ahora inhallable), el actuar inspirado en una ética mínima, la práctica decente de las instituciones y de los institutos, una acción dotada de aquel mínimo de crítica de la idiosincrasia científica instituida en la conveniente sociedad de la cual la psiquiatría forense constituye su apogeo, desinstitucionalizar el prejuicio, relativizar todo juicio, respetar aquel tomarse tan en serio, con esto quizás poder romper los muros, por un ansia de democracia que pueda reducir en alguna medida la obligación de la mala fe como única defensa de la locura.

Podrá permitirlo el tener proyectos autónomos, tener un *socius* en esto, cómplices aquí y allá, construir junto al otro una frase de la cual sepamos solamente alguna palabra, alguno o alguna cosa que no se canse de tu deformidad. ¿Y si, además, fuésemos capaces de constituir al otro en valor? Quizás (psiquiatras) habremos comenzado a hacer nuestro trabajo. Será siempre tarde.

Nuevo beneficio para socios **AASM** Asociación Argentina de Salud Mental



Adquisición de bibliografía especializada en
Noveduc.com

Utilizá el código de descuento **socioaasm**
antes de finalizar la compra

Consultas: contacto@noveduc.com

Psicoanálisis y Derechos Humanos

Oswaldo L. Delgado

Doctor en Psicología (UBA). Psicoanalista, AME EOL-AMP. Docente del ICdeBA y Maestría en Psicoanálisis ICdeBA-UNSAM y del IOM. Profesor Titular de la cátedra I de Psicoanálisis: Freud. Profesor a cargo de Construcción de los Conceptos Psicoanalíticos y de la cátedra II Psicoanálisis: Escuela Francesa.

Si no se dispone del concepto de pulsión de muerte, considero que el análisis de la práctica del terror –como la aplicada por la Junta Militar argentina de 1976– se desorienta y se entra en profundas contradicciones, del mismo modo que cuando se analizan comportamientos sociales y se deja de lado el concepto de inconsciente.

Al igual que otros estudiosos a los que también respeto, Pilar Calveiro se va a preguntar si los seres humanos son potencialmente asesinos, controlados y neutralizados por el Estado. La respuesta que brinda, al igual que muchos otros, es que la maquinaria burocratizante, rutinizante, naturaliza la muerte. El efecto de esa maquinaria con sus grupos y especializaciones de tareas lleva a que el torturado y/o asesinado pase a ser un dato burocrático.

No adscribo a esa posición; considero más bien, como lo entendía Freud, que el mandamiento “No matarás” ha sido necesario en la cultura, porque las pasiones oscuras están a la espera de condiciones sociales propicias para exteriorizarse.

La cultura no resuelve las pasiones oscuras. La Alemania de la que surge el nazismo era la sociedad más culta del mundo. Incluso Freud va a formular que forzar a los individuos a ser mejores de lo que su naturaleza les permite lleva a lo peor.

Ninguna educación o formación solidaria eliminará la pulsión de muerte. Es más, todo forzamiento en ese sentido solo albergará el imperativo categórico kantiano y llevará a lo peor.

Es mi punto de vista que de lo que se trata es de crear las condiciones sociales que inhiban, que no posibiliten que se realicen en el mundo las pasiones oscuras bajo el modo de la crueldad, la tortura, el asesinato.

Una sociedad más justa, democrática, con pleno desarrollo de las funciones del Estado, que garantice salud, educación, vivienda y trabajo, y que consienta la construcción de proyectos individuales y colectivos, permite la sintomatización de los modos de satisfacción pulsional.

Una sociedad que no garantice los derechos ciudadanos, donde se promueva como ideales las figuras del cínico y

el canalla, capturada en la ley de hierro que impone la relación de la ley del mercado con el desarrollo científico-tecnológico, no da lugar a la sintomatización sino que promueve las prácticas directas de goce sin la operatividad de los recursos simbólicos e imaginarios, para vérselas con lo real pulsional. Una sociedad burocrática y totalitaria, que tome a lo diferente como hostil, como enemigo, imponiendo una uniformidad que aplaste lo singular y realice un empuje a la masa, se transforma en una cruel pesadilla.

La lectura de los testimonios de sobrevivientes de los diversos procesos genocidas no deja lugar a dudas sobre la satisfacción “sádica” que se ponía en juego en cada uno de los represores. La obediencia debida, el argumento militar de torturar para recabar información (nefasto, por cierto), la burocratización, etc., no eliminan la responsabilidad ni la culpabilidad por la satisfacción que las prácticas represivas producían. Los represores, ¿eran todos asesinos?, ¿todos perversos? No, bajo ningún punto de vista. No hay ninguna duda de que entre ellos había psicóticos y perversos, pero en absoluto los psicóticos y los perversos en su gran mayoría se dedican a asesinar.

El horror, lo que cuesta aceptar, es que en su inmensa mayoría eran personas que, si las condiciones hubieran sido otras, hubieran tenido una vida más o menos común, sin nada que llamase especialmente la atención de sus congéneres.

Sus rasgos singulares hubieran tenido un destino más doméstico.

Esta lectura que realizo puede presentarse como pesimista para algunos, pero no lo es. Es una lectura advertida, cauta.

Decir que las condiciones sociales permitieron la realización de las pasiones oscuras en el mundo no desresponsabiliza a nadie. Todo lo contrario: no hay justificación posible. Se es responsable por los actos. Ha habido quienes dijeron “No”, ha habido “Justos entre las Naciones”.

Juicio y condena le dicen que no al goce de la impunidad asesina y le dicen que no al goce de la venganza.

Calveiro (2008) afirma que “la fragmentación del traba-

jo suspende la responsabilidad moral, aunque en los hechos *siempre existen posibilidades de elección, aunque sean mínimas* (el subrayado es mío).

Esas "posibilidades mínimas" dan cuenta de que la posición del sujeto no es eliminable, de que hay una decisión, una satisfacción y una responsabilidad. En esa "posibilidad mínima" anida la dimensión de la elección.

Calveiro relata el caso de un represor que se dedicaba a "chupar" gente, pero no a torturarla; no lo hacía porque "no lo sentía".

¿Qué burocratización explica el otorgarse el lugar de sostener o quitar la vida? ¿Qué rutinización explica las violaciones? ¿Qué maquinaria explica el robo de bebés?

El teniente coronel Hugo ldebrando Pascarelli lo dice claramente en el texto citado por Walsh (2012) en su *Carta abierta*: "La lucha que libramos no reconoce límites morales ni naturales, se realiza más allá del bien y del mal".

Violencias del Estado, el excelente texto de Calveiro (2012), en su capítulo 5, "El tratamiento de los cuerpos", así como *El Estado terrorista argentino* (el serio y riguroso libro de Duhalde, 2013) en el capítulo "La metodología criminal del Estado terrorista", nos aportan elementos contundentes para la fundamentación de la dimensión pulsional en la práctica represiva.

Una primera cuestión que deseo rescatar del texto de Duhalde es la afirmación de que elegir "hacer desaparecer" en lugar de efectuar juicios y fusilamientos públicos permitió que el Episcopado y los obispos apoyaran al Proceso.

Esto, mucho más que complicidad, constituye un pacto siniestro. Por otra parte, los modos de connotación sexual de la tortura a hombres y mujeres, bajo toda forma de abuso y violación, son descritos por el autor claramente como "especial morbosidad". Los relatos de Calveiro en el texto citado se encuentran en total correspondencia.

En Calveiro (2012, pp. 146-147), la autora transcribe dos relatos de prisioneros, uno recluido en Guantánamo y otro en Marruecos, ambos a cargo de estadounidenses, en los que se narran prácticas salvajes llevadas a cabo en los genitales "sin motivo operacional".

Duhalde, por su parte, señala:

Incluso la psicología moderna ha aportado sus experiencias condicionantes para convertir a un "buen ciudadano común" en un experto torturador, sin necesidad de apelar a sádicos locos y criminales natos. Vietnam también mostró la eficiencia de este aporte. Los estudios como los realizados en la Universidad de Yale por Stanley Milgram sobre sumisión y obediencia a la autoridad son altamente demostrativos de este tipo de contribuciones (Duhalde, 2013, p. 352).

Es efectivamente así; efectivamente, eso es posible.

No podemos idealizar al género humano, tampoco estigmatizarlo. Pero no debemos rechazar estas palabras de Duhalde pues hacerlo es suicida, sacrificial: sería realizar

un fantasma masoquista. Por otra parte, Freud aludirá en varias oportunidades al concepto de desmezcla pulsional.

A la altura de *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud (1979/1924-1925) se referirá a ella bajo uno de los modos de defensa que denomina regresión. Describe este proceso especialmente en las neurosis obsesivas.

Debemos recordar, además, que la nominación imaginaria propia de la armadura del Yo como síntoma mayor permite un desplazamiento de la hostilidad hacia el objeto exterior en las neurosis obsesivas.

Esta modalidad puede alcanzar la destrucción del otro, atravesando, yendo más allá de la tensión agresiva del narcisismo de las pequeñas diferencias.

Esa regresión alcanza el fundamento mismo del vínculo primario entre los hombres: el odio.

¿Cómo es esto posible? Sabemos que hay lo que Lacan llama "perversiones transitorias" y que no es preciso ser perverso para realizar actos perversos.

Un neurótico puede perfectamente llevar a cabo actos perversos, si está seguro de no pagar un precio por ello. Su cobardía esencial lo lleva a desplegar todos sus fantasmas sádicos y, por identificación con la víctima, sus fantasmas masoquistas, cuando se encuentra a resguardo de sanción por sus acciones. O que incluso puede ser un modo de "hacer carrera" (el cálculo obsesivo es capaz de llegar a esos extremos).

En el *Seminario 16* (2008), Lacan se referirá a las Cruzadas, donde los caballeros encontraban la perversión que iban a buscar arrasando con todo. Además, advierte que es necesario estar atentos ante Cruzadas actuales.

Si en todos los testimonios de los sobrevivientes de los campos de concentración encontramos el relato de los fantasmas perversos que proferían y realizaban los torturadores, con una fijeza inaudita y una repetición al mejor modo del Marqués de Sade, hallamos lo propio de la apuesta perversa.

Sostengo que en las llamadas "perversiones transitorias", en los actos perversos de tantos neuróticos represores, se ponía en juego asumir la posición de ser un instrumento del Otro para buscar completarlo.

El (sádico) también intenta, aunque de manera intensa, completar al Otro quitándole la palabra e imponiéndole su voz pero, en general, falla. Baste en este sentido referirse a la obra de Sade, donde es verdaderamente imposible eliminar de la palabra, de la discusión, del debate, la dimensión de la voz (Lacan, 2008, p. 35).

Desde la posición sádica, la voz viene al lugar de completar al Otro, produciendo en la víctima el desgarramiento de angustia. Se trata de volverse un mero instrumento para realizar con ese acto perverso la división angustiante del sujeto. A eso lo llamaban "quebrar".

Muchos torturadores alcanzaban una satisfacción masoquista por identificación con el torturado, porque la es-

estructura era neurótica. En una perversión como estructura esta identificación no sería posible.

Se pone en juego una modalidad excepcional de lo que Lacan (1992) formula en el *Seminario 17*, en tanto el sujeto recibe su propio goce en forma invertida desde el lugar del Otro bajo la modalidad del tercer tiempo del fantasma “pegan a un niño” (el padre golpea al niño odiado por mí), tiempo que aparenta ser sádico, pero donde la identificación hace posible el goce masoquista.

“Claramente, el sádico no es más que el instrumento del suplemento dado al Otro, pero que en este caso el Otro no quiere. No quiere, pero obedece de todos modos” (Lacan, 2008, p. 236).

Estas “perversiones transitorias”, pueden producirse a partir de un rasgo de perversión o no.

Sabemos que, en las psicosis, el rasgo de perversión constituye un modo de estabilización, en tanto en la neurosis da cuenta de un modo de satisfacción que no se articula como síntoma y requiere del acto. Este refiere a lo que denominamos “pasaje al acto”, instante de ver, momento de concluir fallido, ya que se sostiene en la exclusión, en la no operatividad del tiempo para comprender, lo que permite que el deseo advenga como voluntad de goce. Tendlarz y García formulan que:

(...) la característica del pasaje al acto en la perversión, a diferencia de la psicosis, involucra la puesta en juego de un fantasma en la escena, por lo que la elección de las víctimas obedece y responde a una condición erótica particular (...) El neurótico es un criminal inconsciente, dice Freud; no obstante, el crimen fantaseado puede volverse real bajo determinadas circunstancias (Tendlarz y García, 2008, p. 23).

Lacan (2008), al referirse al sadismo, nos habla de la práctica de la tortura. En los tiempos actuales, como hemos visto, realizar ese acto donde se invoca que se lo hace por la patria o por algún otro supuesto ideal requiere cierto entrenamiento especializado. La tortura pone en juego la dimensión de la confesión, de un modo particular: “Quienes la practican (cualesquiera que sean las razones que tengan para ello) lo hacen porque su goce está implicado en el asunto” (Tendlarz y García, p. 156).

Miller, en su curso *Piezas sueltas*, expone con claridad que Lacan:

(...) siguiendo el paso de mayo de 1968, cuando había puesto en tela de juicio precisamente la vertiente explotación social del asunto, construyó ese plus de gozar como el análogo de lo que en Marx es la plusvalía. No lo esconde, lo dice con claridad: el plus de goce está construido del mismo modo que la plusvalía (Miller, 2013, p. 106).

Hasta tal punto que “si decimos que la plusvalía es plus de gozar, el plus de gozar es plusvalía” (ibid, p. 107).

La obtención tanto de la plusvalía como del plus de goce

hizo necesaria la dimensión del terror de la última dictadura cívico-militar argentina, apoyada decididamente por Estados Unidos, a partir de lo que formula Lacan (2009) en su *Seminario 18*, esto es, que el progreso capitalista se sostiene en el subdesarrollo de los países periféricos del Tercer Mundo. Pero, más allá de lo que las categorías marxistas pueden explicar, “la captura monstruosa ante la ofrenda de un objeto de sacrificio a los dioses oscuros” (Lacan, 1986) requiere desmontar las condiciones pulsionales, ya que como él mismo afirma, muy pocos pueden no sucumbir a ser protagonistas o cómplices de esos crímenes que no entran en el Código Penal ordinario.

Miller se referirá a los crímenes de lo real, que serían los de “los crímenes *serial killer*, que culminan en el crimen nazi” (Miller, 2013, p. 153).

Más aún cuando, citando a Sollers, afirma que esos “crímenes en cuestión no eran útiles para quienes los cometían: los nazis lo hicieron más bien en detrimento propio” (ibid, p. 154), desde el punto de vista económico, político y militar. En Argentina, no es solo la sonrisa de Videla al referirse a los desaparecidos lo que testimonia el goce oscuro, sino también el primer discurso como Ministro de Economía de Alfredo Martínez de Hoz, donde profiere algo que no es un tecnicismo económico ni una propuesta macroeconómica: la frase “piedra libre para los empresarios”.

Aquí se vuelve muy clara la expresión de Lacan, en toda dimensión ética: “Pienso que hay que negar el discurso psicoanalítico a los canallas; seguramente era eso lo que Freud disfrazaba con un criterio de cultura” (Lacan, 2012, p. 569). La “piedra libre” se garantizó con el terror, con 30 mil desaparecidos, con 500 bebés secuestrados, con la destrucción del aparato productivo, con la pérdida de derechos ciudadanos.

Bibliografía

- Calveiro, P. (2008). *Poder y desaparición*. Buenos Aires: Colihue.
- Calveiro, P. (2012). *Violencia de Estado*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Duhalde, E. L. (2013). *El Estado terrorista argentino*. Buenos Aires: Colihue.
- Freud, S. (1970). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas Vol. XX*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1924-1925).
- Lacan, J. (1986). *El Seminario, Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1992). *El Seminario, Libro 17. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008). *El Seminario, Libro 16. De un Otro al otro*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2009). *El Seminario, Libro 18. De un discurso que no fuera del semblante*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2012). Televisión. En *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J-A. (2013). *Piezas sueltas*. Buenos Aires: Paidós.
- Tendlarz S. y García C. (2008). *A quién mata el asesino*. Buenos Aires: Grama.
- Walsh, R. (2012). *Carta abierta a la Junta Militar*. Buenos Aires: Colección Memoria en movimiento, p. 20.

XIII CONGRESO ARGENTINO DE SALUD MENTAL

El Psicoanálisis en la Salud Pública



27, 28 y 29 de Marzo de 2019

Panamericano Hotel & Resort, Ciudad de Buenos Aires

Llamado a presentación de abstracts.

Secretaría Local del Congreso
Guardia Vieja 3732, 1ªA · Buenos Aires, Argentina
Tel/Fax: + 54 11 2000-6824 · congreso@aasm.org.ar

AASM | Asociación Argentina
de Salud Mental



aasm2019.com

¿Qué es la curación?¹ El objeto oscuro de nuestra (vuestra) investigación²

Traducción del italiano: Juan Carlos Fantin

Roberto Mezzina

Director del Departamento de Salud Mental,
WHO Collaborating Centre for Research and
Training, ASUI Trieste, Italia.

El protagonismo de los ciudadanos “usuarios de los servicios” (las personas que viven la experiencia, los familiares, los otros) y la cuestión de la autoayuda se ha impuesto en Italia y en el mundo, a partir del reconquistado rol de “sujetos” de su [propia] historia y de sus vidas, por parte de los pacientes psiquiátricos. Mientras en otros países un fuerte movimiento de los usuarios –todavía y necesariamente antagonico a las instituciones psiquiátricas– debe presionar para el reconocimiento de los derechos civiles y sociales, en Italia, la ley de 1978 y la subsecuente finalización de los manicomios han establecido una condición de ciudadanía que pone tales cuestiones en un nivel totalmente nuevo.

El concepto ha entrado ya con fuerza en las políticas y en los documentos oficiales, incluso en la OMS (Mental Health Declaration, Helsinski, 2005). Ya en el año 2000, el documento del Plan de Salud inglés (National Service Framework) se titulaba “Un viaje hacia la *recovery*”. En ese mismo año, el Connecticut diseñaba un mapa para los servicios orientados a la curación y centrado en torno a la persona, y en los estándares australianos federales de la National Mental Health Strategy.

El concepto de *recovery*³, sin embargo, hoy parece central a fin de ligar las experiencias nacidas de la desinstitucionalización de la psiquiatría y de sus instituciones con el saber que emerge de las experiencias de la persona, a través de los procesos de adquisición del poder (*empowerment*) y de emancipación. Si bien formas de *recovery* son posibles en todas partes y aun en las condiciones más extremas, como dentro de una institución total o como reacción a ellas, la misma se cumple y se materializa solo en una condición plena de ciudadanía. He ahí por qué esta es la palabra que ahora más frecuentemente está asociada a la *recovery*. El problema es hoy cómo las prácticas de salud mental y de rehabilitación deben y pueden contribuir a hacer posible la plena realización del derecho a una cura que no sea sanción, del derecho a un ingreso, a una casa, a un trabajo, a una participación activa en la vida civil y social.

¿Qué visibilidad del sufrimiento de los sujetos ha producido la desinstitucionalización, dentro y más allá de la enfermedad? Si es cierto que ha permitido el restablecimiento de un estado de derecho de ciudadanía para las personas afectadas por un trastorno mental, quienes han recuperado no solo un nivel de poder sino también la posibilidad de “decir”, de poseer palabra, es importante aprovechar el enlace entre las prácticas alternativas de crítica a la psiquiatría y el nuevo protagonismo, la aparición de los sujetos en la escena social. Estos reclaman la posibilidad de una integración verdadera y la defensa del valor de la experiencia sufriente como diversidad.

Hoy se impone, ciertamente, una visión más optimista, fundada en la certeza de que existen oportunidades útiles para favorecer la “recuperación”, que los servicios deben poder garantizar. El proceso de desinstitucionalización – en Trieste como en otras experiencias– ha favorecido el fortalecimiento de los usuarios como sujetos de derecho, dotados de la capacidad de realizar contratos; la posibilidad para estos de expresión autónoma; el potenciamiento de las valencias de salud de las que eran portadores, hacia una idea de emancipación que tendía a superar el mero dato de la “terapia” para extenderse a todo aquello que promueve la salud mental y la calidad de vida o, en otros términos, la inclusión social. La potenciación y la “subjetivación” de los operadores avanzaron en paralelo con las de los pacientes y de cuantos otros se involucraron en una relación directa con el servicio (familiares, ciudadanos, voluntarios, etcétera).

Cuando los operadores comienzan a moverse más allá de las relaciones institucionales, esto se liga a la recuperación de una real toma de decisiones de las personas sobre su propia vida; esto siempre implica enfrentar la cuestión del poder.

La relación institucional sujeto-objeto de tratamiento, curador-curado, ha resultado gradualmente una interacción compleja que comprende sujetos diferentes por edad, clases sociales, normalidad y patología. Han sido favoreci-

das todas las modalidades de participación informal en la vida de los nuevos servicios de comunidad, sobre la base de una tendencia recíproca en las relaciones, incluyendo por lejos en el campo todas las figuras que podían hacer más articulada tal bipolaridad.

Los servicios, por lo tanto, tejen una red (una “red participativa”) a partir de sí mismos: es una *network* de intercambios y de procesos de “adopción”, pero donde no solo son intercambiadas mercaderías sino valores de uso y relaciones, poniéndolas a disposición y haciéndolas llegar a quien (el paciente) habitualmente es excluido.

Por lo tanto, no es posible construir una red comunitaria sin que ella posea una alta calidad participativa. Solo una práctica psiquiátrica en la que las personas sean valorizadas como sujetos, dotadas de su propia contractualidad, y en las que sus necesidades, expectativas y objetivos sean la sustancia del proceso terapéutico, puede producir un consenso para los tratamientos, la confianza y colaboración, la implicación en los programas individuales por parte de cada uno y, por lo tanto (en un paso ulterior), la oportunidad de participación colectiva en la vida de un servicio y en su transformación. El flujo comunicativo en el servicio (en particular en el Centro de Salud Mental, que resulta así favorecido en los momentos formales de las entrevistas, de los encuentros, de las reuniones de servicio, en el trabajo terapéutico individual, familiar o de grupo) o el que se expresa, también, en una multiplicidad de situaciones, ocasiones o momentos informales, ha creado seguramente formas de participación. Se han generado momentos de relación espontáneos a los que se han adjuntado momentos de ayuda entre pacientes, en los que frecuentemente el servicio incluye recursos integrativos. Un ejemplo son las situaciones de convivencia promovidas por el servicio, el sostén espontáneo de pacientes a otros en crisis, la presencia calificada de familiares como interlocutores, con un alto grado de involucración en los programas terapéuticos.

Entre los “valores de uso” del servicio siempre se impone más la calidad de la vida social que, aun entre miles de dificultades, nace en tantas formas espontáneas; la “necesidad de relaciones” deviene ahora central.

Curación⁴ y *recovery*, ¿son el mismo concepto?

Hoy el concepto de *recovery* atraviesa culturas y prácticas de la salud mental y representa ciertamente el desafío más grande a la ideología médica, toda vez que destaca el rol activo de la persona y los factores de significación conectados a su existencia concreta. Por otra parte, esta corre el riesgo de confirmarla en el momento en que se inscribe en una enfermedad que no resulta criticada y que no cambia en su significado ni en su construcción. El verbo inglés *to recover* significa resurgir, reconquistarse, recupe-

rarse. *Recovering* es el recorrido o proceso que se realiza. Pero, ¿identificarla con “curación”, en italiano, es correcto? A pesar del origen latino de este término, no existe ninguna palabra del vocabulario italiano ni de otras lenguas romances que abrace y nos permita recoger en un instante esta accidentada amplitud de significados posibles.

Pero, ¿qué cosa es este objeto misterioso? ¿En qué medida se diferencia de *remission*, que aparece tanto en la propaganda de las casas farmacéuticas, pero referido a una enfermedad que persiste y que solo temporariamente se atenúa o desaparece?

“Remisión es el estado de ausencia de enfermedad activa en pacientes con una enfermedad crónica ya conocida”, señala Wikipedia. En el *Diccionario de la salud*, remisión es “atenuación o desaparición de los síntomas de una enfermedad. Puede ser debido al cese de una acción patógena, a su superación por parte de los mecanismos de defensa del organismo, a la actuación de una terapia adecuada. El término es utilizado cuando el fenómeno es transitorio, puede tener una duración variable, incluso muy prolongada (meses o años). El proceso morboso, sin embargo, persiste en el organismo, y vuelve luego fatalmente a presentarse una vez más”.

En italiano, “curación” reconduce a un concepto tal vez aún demasiado “médico”, que no contiene nada del *sentido* del estar mal, y que rápidamente reclama la cuestión de los modelos de enfermedad. ¿De qué enfermedad –o trastorno, sufrimiento, discapacidad u otra cosa– se habla?

Recovery tiene probablemente poco o nada que ver con el sanar, según su acepción común. Aunque la palabra “curación” represente bien la más alta aspiración de aquellos que sufren de cualquier enfermedad, lo que estos mayormente desean, parece engañosa en psiquiatría y salud mental, en tanto no sea demostrada ninguna lesión biológica, alteración anatómica, etiología ni patogénesis que se adapten a los códigos de la medicina positiva de Virchow: la desregulación de algunos circuitos neurotransmisores no explica nada de la compleja condición de trastorno mental severo, de su experiencia subjetiva y de su curso objetivo o decurso.

La psiquiatría, aunque recientemente haya admitido y anexado a su vocabulario el término, resulta particularmente inadecuada entre las disciplinas “psi” si propone una comprensión del fenómeno al interior del modelo médico-biológico de enfermedad-deficiencia⁵ (*illness-impairment*) y discapacidad (*disability*), sin salir de un esquema sustancialmente ligado a los síntomas o al funcionamiento social.

Respecto de la enfermedad, se puede registrar la desaparición de los síntomas, pero no es demostrable “cuándo sucede” la modificación de los procesos psicobiológicos y sociales que han llevado al sujeto a enfermar: podemos solo observarla a posteriori, como la no repetición de los episodios de la enfermedad. Menos aún se alcanza a saber qué sucede con otras construcciones complejas, como la predisposición o la vulnerabilidad, cuya naturaleza está

bastante lejos de ser esclarecida. De qué se debería ser curado todavía no está claro. ¿De la enfermedad mental y de las psicosis –y de la esquizofrenia, en particular? ¿O de la experiencia de ser paciente? ¿Del estigma, de los resultados negativos y de los aspectos deshumanizantes que los tratamientos psiquiátricos contienen muy a menudo?

Curación reclama a la mente, sobre todo, un resultado final; un acontecer biológico favorecido o incluso determinado por terapias y tratamientos, lo que vuelve a plantear el nexo causal con el trabajo terapéutico que no es solo arduo de demostrar, sino que resulta un injusto desconocimiento de la complejidad de los factores en juego y, en particular, de aquellos subjetivos. En este sentido, el concepto de curación muestra todos sus límites. Justamente, la psiquiatría inglesa subraya que *recovery* no es *tratamiento*⁶, es decir, el producto de las terapias psiquiátricas, sean estas cuales fueren. Lo que se quiere subrayar es que se trata de conceptos que debemos reconocer por fuera del mundo profesional, nos guste o no, y que solo en un segundo tiempo, con no pocos forzamientos –y con alguna violencia– se pueden encuadrar en los códigos de la psicología o de la psiquiatría. Es engañoso afirmar que esto deba inscribirse de entrada en la historia de las ideas que las ciencias “psi” han producido de manera más o menos brillante, particularmente problemáticas respecto del término curación.

Aun en el sentido psicodinámico, la psiquiatría, utilizando su lenguaje y sus códigos, frecuentemente ha delineado una psicogénesis de la enfermedad. Pero no fue descrito el proceso a través del cual se realiza la curación, y el tiempo de curación permanece misterioso, incluso más que el del enfermar. Sobre estas cuestiones no podemos hacer otra cosa todavía más que emitir balbuceos.

En suma, el término no significa necesariamente curación clínica, mientras que, en cambio, enfatiza el viaje realizado por cada uno en el construirse una vida más allá de la enfermedad. *Recovery* tiene que ver con la “toma de conciencia” de sí y de los propios problemas, pero sobre todo, de los propios objetivos de existencia.

No, por tanto, con la “conciencia de enfermedad”, como pasantía en la institucionalización del paciente, que recibe el cuerpo de la institución. Es necesario salir del modelo médico de delegación total del cuerpo y de la psiquis a los técnicos.

¿Qué es entonces la *recovery*/curación? ¿Cuáles son los indicadores? ¿La desaparición de los síntomas? ¿O, tal vez, la autoestima, la autodeterminación, el *empowerment*?

Si existe una *recovery* del “paciente”, a nosotros nos interesa aquella del “sujeto”. La mayor contribución científica a la idea de este tipo de recorrido es debida a John Strauss, que ha descrito el proceso de elaboración de la experiencia psicótica como relación entre el Sí y los síntomas, en el sentido de un comportamiento dirigido hacia fines, en el afrontamiento del “problema” que se tiene delante.

Una relación entre la objetividad (en cierto sentido) de la enfermedad y la subjetividad del enfermo.

En suma, más allá de la definición médica de curación, este concepto, en el reconocimiento de tales factores de la enfermedad, supone el tema del cambio de la relación con el propio problema o con el propio trastorno: volver a obtener el control sobre aquello que te acontece y, en un sentido más amplio, sobre tu vida; mejorar su calidad, vivirla de un modo más positivo.

La discusión sobre cuáles son los factores que hacen realidad la posibilidad de la *recovery* ya ha crecido en el debate y en la orientación de los servicios de Salud Mental a nivel internacional. Sobre todo, en los años noventa, los estudios dedicados a la *recovery* han sido dirigidos más a entender los recorridos personales de quien ha vivido tal experiencia, desde un punto de vista cualitativo. En diferentes países recientemente han sido practicadas varias hipótesis de investigación con los sujetos y con su historia: un modo diferente, más respetuoso, de investigar.

Se habla de historias y obviamente no es una novedad; pero no se trata de las historias recogidas por los psiquiatras, que devienen anamnesis inmediatamente, caso clínico ejemplar, inscripto precisamente en aquellos códigos. Se trata de historias de sí, de narraciones; son los mismos sujetos que relatan, que ponen en orden su propia experiencia, que encuentran la ilación y el sentido, mientras la redacción de estas historias, a partir de las entrevistas, ve mínimas intervenciones. La demanda central, ¿es entonces “qué ayuda”? Que quiere decir también: ¿qué tan independiente son los recorridos del “recuperarse” de la ayuda profesional? ¿Cuáles son los sistemas naturales de soporte? ¿Cuáles son los factores, los medios, los instrumentos (personales y sociales) que favorecen, y, sobre todo, que la persona reconoce como útiles a la recuperación, digamos, “subjetivamente” importantes?

Es necesario ir a los detalles de las experiencias personales para recoger las riquezas y la diversidad, para descubrir, a través de preguntas abiertas, el contenido de las prácticas/acciones que han contribuido/influenciado el proceso de *recovery*; verificar los aspectos comunes y/o la singularidad de los mismos recorridos.

Las historias de las personas y nuestra experiencia en el trabajo que realizamos nos parecen la mejor demostración de qué quiere decir recuperación y curación. Pensamos en todas las veces que vemos emerger a los individuos de la enfermedad, que parece devenir sutil y desaparecer; existen personas que vemos repentinamente que mejoran después de mucho tiempo y muchos sufrimientos – y no lo habíamos esperado. Y personas que toman conciencia de sus problemas y finalmente son capaces de analizarse y situarlos en su historia. Existen también los miles de modos que las personas demuestran poseer para salir de una crisis, cerrando capítulos de su vida o reconectándose, en

cambio, a temas largamente olvidados –y que en ocasiones nos sorprenden, saliendo del lenguaje de los síntomas y presentándonos la larga lista de sus concientizaciones–.

Desinstitucionalización, emancipación, inclusión social y ciudadanía son algunas de las palabras que se deben ligar a *recovery*, a fin de dotar al proceso de mayor sentido y cualidad. Es necesario preguntarse qué concepción de la sociedad y del ser humano sostiene la *recovery*. De otro modo, esa permanece en el interior del modelo médico de enfermedad, opuesta a un saber laico que es visto como bueno en sí, mientras al mismo tiempo esa es una ideología y refleja las contradicciones de la vida social. Todavía creo que la *recovery* no consiste en enseñar alguna técnica nueva en un proceso de objetivación y homologación de la experiencia individual en algún modelo preformado de curación. La idea de que exista algún “chamán” dotado o algún enseñante perfecto debe ser rechazada. Por el contrario, debemos creer en la *recovery* como la verdad personal de cada quien. Sería honesto, en este sentido, si cada uno se representara los propios límites personales y las contradicciones del propio recorrido.

Como ya ha sucedido con *self help* y *empowerment*, *recovery* corre el riesgo de resultar puramente una definición atrapante, usada para crear la ilusión del cambio, y por ello una “ideología” (o peor, una suerte de religión), mientras los servicios psiquiátricos permanecen encerrados en sus paradigmas. Una palabra, *recovery*, asociada al equívoco de la rehabilitación, como reparación del daño iatrogénico operado por las psiquiatrías. Creo que este es un riesgo demasiado tangible hoy, en Italia, como ya lo ha sido y lo es todavía en los países anglosajones. Ninguno explica suficientemente cómo buenas líneas guía basadas en la *recovery* son capaces de transformar los servicios, que son instituciones dominadas materialmente de su lógica interna y de sus estructuras de poder, pero sobre todo, del paradigma médico-biológico. ¿Una buena dosis de sentido común?, ¿decisiones éticas? La única respuesta, en mi opinión, es aún un retorno a la posibilidad de poner en acto una desinstitucionalización, tal vez de formas nuevas y diferentes, basadas en el reconocimiento de la contribución del usuario en el servicio. Pero tal vez esto no sea suficiente. Si los servicios se orientan a la *recovery*, los conceptos de inclusión social y ciudadanía deberán ser apareados. La

participación, los derechos, el poder y la inclusión social están entrelazados con el rol de los servicios de salud mental comunitarios en soportar las variaciones individuales, como agencias para la integración que proveen o catalizan recursos y oportunidades.

La investigación y la producción de sentido y los recorridos de *recovery* son los ejes fundamentales de la práctica psiquiátrica, en tanto la emancipación y el control de los síntomas suponen los polos entre los cuales se mueve el proceso de tratamiento y de curación. Donde predomina la exclusión, el concepto de libertad se impone como precondition de la *recovery*, en tanto la ciudadanía es impensable donde falta la libertad. Franca Ongaro Basaglia ha escrito que la clínica pretendió la imposibilidad de la presencia participante de la subjetividad del enfermo; la enfermedad sustituyó en la medicina la totalidad sano-enfermo que somos, o separó la enfermedad de la vida y del medio ambiente. Ella dice:

Si la curación sobreviene, se trata de la curación de un cuerpo desconocedor de sí mismo, de sus propias necesidades, de las propias enfermedades y de la propia salud, privado de toda posibilidad de participar y luchar para obtenerla (...). Una asistencia diferente no puede más que moverse en esta dirección, ofreciendo una terapéutica que sea estímulo de una reapropiación de sí mismo y de la comprensión de la medida en la cual hayamos incorporado la lógica que nos determina. Porque la única premisa de una posibilidad de cura para la enfermedad del hombre es una relación diferente, subjetiva, con participación en la vida, y, por tanto, en la enfermedad. Solo comprendiendo que el valor del hombre –sano o enfermo– va más allá del valor de la salud y de la enfermedad, se puede comprender cómo la enfermedad, a la par de toda otra contradicción humana, puede ser usada como instrumento de apropiación o de alienación de sí, por tanto, como instrumento de liberación o de dominio (Ongaro Basaglia, 2012).

Una de las personas entrevistadas en el curso de la investigación nos ha pedido hacer “una psiquiatría de vida en lugar que de muerte –que tome a las personas en un dispositivo de vida”. Nos ha dicho: “Ninguno hace un ‘diagnóstico de curación’ (ninguno se arriesga). La curación de hecho no existe, existe la mejoría de la propia vida”. Por lo tanto, viva la curación, pero no como promesa de la “medicina psiquiátrica”.

NOTAS

1. El término italiano utilizado es *guarigione*, que puede ser traducido también por “recuperación”, que contrasta muy bien con *recovery*, como luego se verá. Aun así, hemos preferido “curación”, adecuado en ciertos puntos esenciales, y, además, una traducción prácticamente exclusiva de *guarigione* (“recuperación”, cuando aparece, traduce el término italiano *ripresa*. (Nota del traductor).
2. “Investigación” traduce el término italiano *ricerca*, que también significa “búsqueda”. (Nota del traductor).
3. Hemos respetado las cursivas del original y no las utili-

zamos, aunque sean palabras extranjeras, cuando no son empleadas en él. (Nota del traductor).

4. Aquí y en los dos párrafos siguientes es cuando más se reclama el sentido de curación/recuperación que el término *guarigione* posee en italiano.
5. El término en italiano es *menomazione*, su contrapartida inglesa en el texto entre paréntesis es *impairment*, que puede ser también traducida por “discapacidad”. Hemos elegido “deficiencia” porque a continuación se menciona “discapacidad”, y porque, para el caso, nos parece bastante ajustada a la traducción del término italiano mencionado. (Nota del traductor).

6. El término italiano es *cure*; hemos elegido la palabra “tratamiento” porque la “cura” en español no tiene el mismo significado que en italiano (e incluso, su sentido en nuestra lengua, se asemeja más al término inglés del cual se lo quiere diferenciar en el texto. (Nota del traductor).

BIBLIOGRAFÍA

- Ongaro Basaglia, F. (2012). *Salud/enfermedad. Las palabras de la medicina*. Merano: AlphaBeta Verlag.

Medicalización, subjetividad de la época y complejidad crítica del problema

Juan Carlos Fantin

Psiquiatra. Psicoanalista. (AASM). Expresidente, miembro fundador y actual Secretario de RR.II. (AASM). Profesor Adjunto, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina (UBA). Miembro del Capítulo de Historia y Epistemología de la Psiquiatría (APSA). Vicedirector de la Carrera de Especialista en Psiquiatría. Facultad de Medicina (UBA).

El primer punto que quisiera resaltar es que la medicalización es un problema que, sobre todo desde las últimas décadas, concierne a la ética en Medicina, aunque haya tomado otras derivaciones. Esta afirmación supone algunas reflexiones.

La medicalización es un fenómeno de la época actual que trasciende los límites de una disciplina científica, es decir, que trasciende tanto el conocimiento científico hacia otro tipo de discurso (ético, filosófico, psicoanalítico, sociológico), como concierne a una lectura del lazo social en nuestra actualidad y a las conductas que este promueve. Por lo tanto, para comprender el problema suscitado en nuestra disciplina es preciso enmarcarlo en una problemática más compleja.

En ética médica, la medicalización se nomina “medicalización creciente de la vida cotidiana” y se define como el avance de la medicina, del saber médico y sus prácticas sobre procesos vitales antes considerados naturales. Como ejemplos, podemos referirnos a la niñez, la adultez y la sexualidad en todas sus perspectivas (el parto, la concepción, la menopausia, entre otras), el envejecimiento, etcétera: todos ellos son pasibles hoy de tratamientos médicos y, más aún, se impulsa hacia ellos, incluso sancionando socialmente, en ocasiones, a quienes los rechacen.

Un fenómeno así de complejo no concierne y responsabiliza solo a los profesionales, sino a todos los involucrados. Sin embargo, nosotros, los profesionales, tenemos una responsabilidad concreta: ser conscientes de los procesos de medicalización, hacer una lectura específica de los mismos y no fomentarlos, sino tender a su resolución en los términos de la *cura*. Esta tarea no es simple, en tanto

la involucración no siempre es consciente y la cura exige una posición ética, con toda la complejidad subjetiva que la misma supone.

La medicalización en Salud Mental no comprende solamente al psiquiatra, sino a todos los profesionales que intervienen en la clínica. Por ejemplo, constituye también un motivo de preocupación la creciente *psicologización* de procesos otrora considerados naturales, que eran soportados, aceptados, sobrellevados y curados como tales en el marco de una relación interhumana, que promovía los vínculos intersubjetivos y acentuaba la conciencia de sí y del otro como sujeto de derecho y de afecto, pero también de un derecho al padecimiento como un factor humano, con su importancia clave en la constitución de la subjetividad. El caso paradigmático es el de los duelos, pero también debemos mencionar la psicologización creciente de procesos como la maternidad o el devenir infantil, entre otros.

Transformar los conflictos subjetivos en una patología que debe ser erradicada racionalmente o en una suerte de error o desconocimiento pasible de una terapéutica debe ser considerado cuidadosamente en cuanto al potencial enajenamiento y aislamiento del sujeto, que impida su elaboración en la dirección de la cura.

Respecto de la psiquiatría, el tema adquirió enorme relevancia en las últimas décadas, en relación, al menos, con dos factores: la utilización de psicofármacos y la clasificación de la enfermedad mental. Cuando en nuestro medio se extendió el uso del DSM IV, lo que nos llamaba la atención era la decisiva apuesta por una epistemología neoempirista y neopositivista, con el borramiento de cualquier alternativa, como la concepción estructural-

lista, acusada de teórica. Es decir, el inapelable apego al cientificismo-naturalista imperante en el resto de las especialidades médicas reclamaba la objetivación y verificación empírica y estadística de todo el conocimiento psiquiátrico. Se excluían así del diagnóstico los fenómenos ligados a la subjetividad (tanto del paciente como del profesional), a saber, la impronta de lo singular, la palabra del sujeto, la historia como instituyente, la modificación cultural de lo mental.

Un proyecto tal solo podría triunfar si lograba que sus entidades así definidas encontrarán su sostén en una *clase natural* invariable, es decir, en una fisiopatología biológica que dé sustento al trastorno correlativamente. Así también, convertido ya el trastorno en una clase natural y con su fundamento biológico aclarado, definiría un tratamiento psicofarmacológico específico y/o psicoterapéutico enfocado, protocolizados ambos. Si esta apuesta fuera la correcta, solo había que volcarse a investigar –que fue lo que se hizo– y a comprobar la hipótesis de la cual se partió. Ahora bien, si la misma no se comprobaba –y, más aún, pareciera refutarse– entonces, por un lado, surgirían peligros como el de la medicalización; por otro, deberían

reconsiderarse los fundamentos epistemológicos mismos de los cuales se partió (puesto que todas las precauciones, dentro del mismo paradigma, ya habían sido tomadas). El problema que veíamos a las puertas del DSM V es que los peligros se concretaron, pero los fundamentos no se reconsideraron suficientemente.

¿Por qué aumentaron los riesgos de medicalización? Pues porque, al no poder validarse la división diagnóstica establecida con una fisiopatología y no poseer una alternativa clínica sustentada en la intersubjetividad más que en la pura objetividad, tanto los diagnósticos como los tratamientos quedan sin una protocolización adecuada que los limite. Específicamente, en el caso de los psicofármacos, con una lectura lineal del síntoma y de su efecto sobre este, se multiplica su utilización acrítica. Sin embargo, siempre creímos que el problema no estaba en que se hubieran hecho mal las cosas, sino en que una protocolización tal de la enfermedad mental no era posible, así como no lo era una desestimación tal de la subjetividad en la clínica.

Por lo tanto, en la antesala del DSM V había que volver a la advertencia misma de los autores del DSM IV: “Este manual solo debe ser usado con experiencia clínica y como

Testimonio de una praxis del psicoanálisis en el hospital público.

Gustavo Fernando Bertran
 Compilador

**LO REAL, LÍMITES
 Y CREATIVIDAD
 EN LA CLÍNICA**

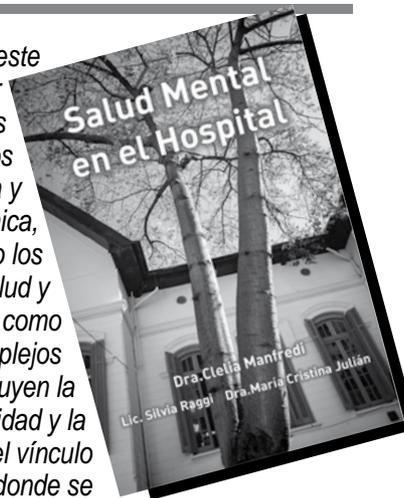
Hospital de Día III

- Gustavo Fernando Bertran • Sergio Zabalza • Natalia Neo Poblet
 Leonardo Leibson • Claudia Lamovsky • Pablo Fridman
 Isidoró Vegh • Oscar Zack • Osvaldo Delgado
 Gustavo Rossi • Mónica Juárez • Martín Raffo • Manuel Castañeda A.
 Valeria Vallebella • Silvina Gómez • Román R. Leone
 Verónica Spinardi • Guido Idlart • Mariana Paz
 Marisa Labanca • Judith Gomel • Valeria Sambucari
 Diego Saidman • Martín Montezanti • Florencia González Pla
 Macarena L. Vera Mora • Gabriela Birensztok • Candelá Chuliver
 Mariana Lalín • Gabriela Faduaga



**SALUD MENTAL
 EN EL HOSPITAL**

El propósito de este libro es abordar diferentes temas referidos a la Medicina y su práctica clínica, considerando los procesos de salud y enfermedad como fenómenos complejos que incluyen la subjetividad y la dimensión del vínculo interpersonal donde se pone en juego la relación del médico con su paciente



Constituye un material de lectura enriquecedor para todos los profesionales del campo de la salud.

Editorial Impresiones Buenos Aires
 Paraguay 2427 - C.A.B.A. +541149620534

complemento de la misma”, aunque era preciso redefinir “experiencia clínica” y, sobre todo, desde qué perspectivas o perspectivas epistemológicas se aceptarían en tal redefinición. Pero esto no sucedió, y el borrador del DSM V presagiaba ya, en nuestra lectura, un agravamiento de las dificultades del IV y de sus consecuencias.

No obstante, tampoco se evitan las consecuencias desestimando, minimizando y/o excluyendo la psiquiatría en su conjunto. Cualquiera que trate pacientes realmente, y más aún con la psicosis, sabe que esto solo induciría el desamparo y la impotencia frente a la patología. Podemos preguntarnos, entonces, cuál puede ser una lectura desde nuestro campo, siendo el mismo un fenómeno así complejo.

Un intento de lectura de los procesos de medicalización en Salud Mental involucra una lectura de la subjetividad de la época, lo que significa que no se puede intentar comprender el fenómeno solamente desde una postura científica y menos aún científicista. La marca de nuestro tiempo es la de la hiperproducción de objetos, con fuerte disociación entre necesidad y satisfacción, y el empuje constante a una satisfacción tan intensa como efímera, generando la ilusión de completud y exclusión del dolor que, en muchos casos, no mide las consecuencias físicas ni psíquicas. Un contexto donde lo inmediato, lo compulsivo y lo adictivo está favorecido en todos los procesos intersubjetivos.

Jacques Lacan, que puso en términos de captura de goce este fenómeno, advertía ya hace décadas a todos los médicos que la demanda del paciente encubriría el reclamo de dicha satisfacción escindida de la historicidad del sujeto, y que en la respuesta a dicha demanda se encontraría el sostén de la posición propiamente médica, es decir, el evitar sostener la posición de enfermo. Todo ello favorecido por un único criterio dominador de eficacia medida en términos mercantiles, que anida en casi todos –si no en todos– los sujetos que intervienen. Tanto la hiperproducción de diagnósticos como de psicofármacos, de consejería y de propaganda psicológica pueden entrar en este circuito, si no se tiene una clara comprensión de la situación y una firme posición ética, sustentada en el conocimiento y la experiencia, y sostenida por la comunidad profesional.

Bajo esta lectura de la subjetividad de la época sobre cualquier situación clínica, tendremos una suerte de presiones y demandas cruzadas. Las empresas-industrias, a fin de vender sus productos, con un accionar propagandístico no siempre aceptable ni aceptado. A la sazón, estas han sido las más criticadas, pero sus métodos, a la vez, son los más conocidos, ya que representan la ideología de mercado –si es que la hay– que se vehiculiza eufemísticamente a través del llamado marketing, aun en nuestro medio hispanoparlante. Esto debería hacernos pensar que mucho del contenido estudiado en ese marketing proviene de investigaciones acerca del deseo humano que originariamente

fueron hechas en el ámbito del psicoanálisis y la psicología, con un propósito francamente opuesto.

Por otro lado, están los prestadores de salud que, en el ámbito privado, se acercan en gran medida a la ideología empresarial; además, no debemos descuidar que, aun en lo público, en muchos países se hace difícil excluir factores de costo-beneficio que no responden a las necesidades de cada sujeto en particular. Tales prestadores buscarán la forma más rápida y barata de la prestación, aferrándose a cualquier teoría que les proporcione esta posibilidad, independientemente de su verdad (por ejemplo, consulta previa a médicos generales, antes de cualquier indicación de psicoterapia, o bien psicoterapias ultrabreves y ultraenfocadas).

Pero veremos, además, que los mismos pacientes demandan su cuota de felicidad rápida en una píldora o mediante unas pocas sesiones. Aunque en el caso de ellos, aliviar el sufrimiento es una realidad que debe ser contemplada y es el fundamento de nuestra tarea, el problema es que las soluciones rápidas, adictivas y compulsivas traen muchas veces sufrimientos mayores que podrían haberse evitado y que es nuestro compromiso evitar, a diferencia de la patología que ya trae nuestro paciente. Este es un factor extremadamente sensible y complejo, ya que es difícil definir cuál es la mejor actitud médico-psicológica, siendo el mismo paciente el que reclama y en un tiempo que le otorga fuerza de ley a la palabra de él y de sus familiares, incluso por sobre el conocimiento del profesional.

Por último, nosotros, profesionales, no estamos al margen de tal subjetividad de época (salvo que alguno venga del pasado o del futuro, atienda y se vuelva a su tiempo: yo no conozco a nadie que haga eso). Es decir que el terapeuta que accione en contra de estas presiones y tendencias deberá enfrentar no solo factores externos, sino también factores que definen su propia identidad. Los factores externos pueden colocarlo al borde de la ley (hay pacientes que han hecho juicios –y los han ganado– por no haber sido medicados, no por haberlo sido, o que –menos problemático, pero no poco– simplemente abandonan, denostando a aquel profesional que sienten que quiere demorarlos en el tratamiento de modo interesado). Sin embargo, los factores identificatorios e identitarios del profesional no deben ser desconsiderados, ya que tienen la enorme dificultad de ser, muchas veces, inconscientes.

En medio de este panorama, la pregunta es qué debe hacerse (o no) para evitar fenómenos como el de la medicalización. Trataré de responder desde el lugar –restringido y no el único posible– del psiquiatra-psicoanalista-psicoterapeuta.

Uno de los problemas de nuestro saber que escandaliza a los cultores de las ciencias duras radica en la multiplicidad de discursos y teorías –muchos de ellos adecuadamente validados en la práctica– que, en diversas ocasiones, son

fuentes de confusión y generan el terreno para una práctica acrítica, de poca formación o de baja responsabilidad, a diferencia de los conocimientos más protocolizados que se establecen en otras áreas y que obligan al profesional a dar clara cuenta de su accionar, pero que también lo proveen de las herramientas para su justificación. Este ha sido uno de los propósitos más rescatables de las clasificaciones de las últimas décadas –como los DSM–: generar un saber y un discurso compartido y fundamentado que pueda ser suscripto por todos los profesionales del campo disciplinar de la Salud Mental. Un propósito que no debe ser abandonado, pero sí complejizado. El problema es que una propuesta de esta naturaleza, atórica y solamente sustentada al modo del fenómeno neurológico, conlleva una exclusión de los fenómenos de subjetividad del paciente, principalmente –aunque también del profesional– y de tornarse acrítica frente a estos. En tal caso, en lugar de propender a evitar los vicios señalados, crea un caldo de cultivo para que se produzcan. Si esto es así, la clínica y la terapéutica deben incluir estos factores o efectos de subjetividad y la dimensión del caso por caso. Por “efectos de subjetividad” entiendo a muchos de los descubiertos por el psicoanálisis, entre los que destacaría los fenómenos de resistencia, transferencia, proyección y mecanismo de formación de síntomas.

Pero tampoco parece válida una propuesta teórico-práctica que no se sustente en uno o más saberes fundamentados, que cuenten con cierto consenso de expertos

e intenten actuar sinérgicamente. La lógica del “o ellos o nosotros”, en nuestra práctica, solo redundaría en el perjuicio de todos, especialmente en el de los más vulnerables. Con ello no se evitan fenómenos como el de la medicalización, sino que se genera una grieta que favorece su producción.

A mi juicio, debemos entonces propender a buscar y hallar instrumentos que nos permitan elaborar una clínica y una terapéutica fundamentada, crítica e integral (en lo que deba –y pueda– serlo). “Fundamentada” no significa que sea válido un solo método de fundamentación, pero sí que este sea válido desde la perspectiva que corresponda. De hecho, la práctica clínica y su beneficio para el paciente es un buen articulador de fundamentaciones. “Crítica”, en tanto pueda ser discutible y justificable, y permita la coexistencia de distintos saberes, si esto es determinante para una buena clínica. “Integral” no significa que permita cualquier opinión infundada, sino justamente que una posición actúe como límite, referencia y enriquecimiento de la otra, si es necesario para el caso.

Una clínica así puede parecer ideal, pero, en todo caso, debería actuar como propósito. En los tiempos actuales, me parece imperioso fijar alcances y límites, lo mismo que acuerdos y desacuerdos en nuestras posiciones, sobre todo frente a hechos que nos trascienden y afectan la vida de todos. Pues solo si toda una comunidad profesional logra sostener una posición clara frente a problemas como el de la medicalización se podrá contener y revertir ese fenómeno.

Bibliografía

- Fantin, J. C. (2004). Una lectura crítica de la clasificación en psiquiatría. En *e-Mariposa* N° 4, noviembre, pp. 2-4.
- Fantin, J. C. (2006). Filosofía y psicoanálisis: Freud, Lacan, Heidegger. En *Conexiones - Revista argentina de Salud Mental*, Año 2 – N° 6. Buenos Aires, AASM.
- Fantin, J. C. (2007). Prejuicio y evidencia, oposiciones y convergencia en la psiquiatría actual. En *Revista Vertex*, Vol. XVIII, N° 71. Enero-febrero.

- Fantin, J. C. y Fridman, P. (2009). *Bioética, salud mental y psicoanálisis*, Buenos Aires: Polemos.
- Heidegger, M. (2001). La pregunta por la técnica. En *Conferencias y artículos*, Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Kaplan H. I., Sadock B. J., Grebb J. A. (1996). Prefacio. En *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Lacan, J. (1985). Psicoanálisis y medicina. En *Intervenciones y textos*. Buenos Aires: Manantial.

Autores de Noveduc y Conjunciones en el Congreso de AASM



EL DISPOSITIVO DEL HOSPITAL DE DÍA EN ADICCIONES

La subjetividad y la intersubjetividad en la clínica

Alberto Trimboli

El Sector de Adicciones del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez abrió un espacio de respuesta y acogida a usuarios de consumos problemáticos de sustancias que suelen ser rechazados en el sistema sanitario e incluso en los servicios de Salud Mental. La creación del dispositivo del Hospital de Día en este hospital general anticipó una concepción que luego plasmaría la Ley Nacional de Salud Mental, al colocar los problemas de consumo en el campo de los padecimientos psíquicos, reconociendo para esos usuarios todos los derechos que esa ley establece.

COLECCIÓN CONJUNCIONES | ISBN 978-987-538-587-0 | 292 PÁGINAS

CLÍNICA DE LAS ADICCIONES. MITOS Y PREJUICIOS ACERCA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Intervenciones, abordajes, proyectos y dispositivos.

Laura Gersberg (comp.)

Este libro pone el acento en la subjetividad de quien consume y la separa claramente de lo que atañe a otros campos (el policial, el penal y el de la seguridad), que no hacen más que estigmatizar al colectivo. Abre un panorama esperanzador, en tanto prioriza la atención del consumidor problemático con un enfoque social, interdisciplinario, intersectorial y con perspectiva de derechos, pero sin perder de vista que se enmarca dentro del campo de la salud, en general, y de la salud mental, en particular.

COLECCIÓN CONJUNCIONES | ISBN EN TRAMITE | 260 PÁGINAS



CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

Bases para una clínica ambulatoria de inclusión sociosanitaria

Alberto Trimboli

Para conocer la problemática y romper con la línea predominante, que indica que la única alternativa posible para la denominada "clínica de las adicciones" es la internación, esta obra parte del desarrollo histórico del consumo de sustancias, su clasificación y formas de abordaje, los aspectos bioéticos y la influencia del discurso jurídico como herramienta de control social. A la vez, el autor, con una experiencia de casi tres décadas en el tema, profundiza el modelo de abordaje ambulatorio de inclusión sociosanitaria basado en normas éticas y científicas, en contraposición a la lógica del encierro y el disciplinamiento.

COLECCIÓN CONJUNCIONES | ISBN 978-987-538-542-9 | 176 PÁGINAS





EL PSICOANÁLISIS EN SITUACIONES SOCIALES CRÍTICAS

Metodología clínica e intervenciones

Emilia Estivalet Broide y Jorge Broide

Este libro propone un diálogo claro, accesible y riguroso con psicoanalistas, educadores y trabajadores sociales que operan en situaciones de exclusión y violencia en comunidades marginales, tanto en los territorios de las periferias como en aquellos periféricos que se constituyen en los intersticios de las grandes ciudades. Denominamos “situaciones sociales críticas” a las urgencias sociales vividas en el mundo contemporáneo, que convocan a la responsabilidad del analista frente a los interrogantes que desafían y desacomodan el pensamiento teórico y el ejercicio clínico.

COLECCIÓN CONJUNCIONES | ISBN 978-987-538-579-5 | 176 PÁGINAS

AUTISMOS Y ESPECTROS AL ACECHO

La experiencia infantil en peligro de extinción

Esteban Levin

Lo originario del lazo social ocurre en la infancia; lo común existe solo si se puede ceder lo propio en función de los otros, como condición de la experiencia infantil. Ella está en peligro, se extingue cada vez que se nombra a un niño como perteneciente a la comunidad de los denominados “espectros autistas”. Cuando mediante diversos catálogos diagnósticos se escamotea violentamente la vida relacional no hay comunidad y, sin ella, el amor no decanta en historicidad; por el contrario, se aísla en la inmovilidad de la experiencia que se calca a sí misma.

COLECCIÓN CONJUNCIONES | ISBN 978-987-538-570-2 | 224 PÁGINAS



SABERES DE LOS UMBRALES

Los oficios del lazo

Graciela Frigerio, Daniel Korinfeld y Carmen Rodríguez (coords.)

Cómo volver pensables los oficios del lazo ahí donde tengan lugar, en las escuelas, en los centros de salud o en la misma calle; cómo reconocer los saberes que allí se ponen en juego, los que necesitamos explorar, los que urge inventar. Asociaciones de ideas, conjeturas, intervenciones, indagaciones sobre historias y casos, resultados de investigaciones, presentación de conceptos y relatos de experiencias son parte de la búsqueda por elucidar lo que allí acontece.

COLECCIÓN ENSAYOS Y EXPERIENCIAS | ISBN 978-987-538-574-0 | 240 PÁGINAS

El delirio tiene estructura de verdad¹

La literatura es un lujo; la ficción, una necesidad.

G. K. Chesterton

Cuando Lacan afirmó que el delirio es también un fenómeno elemental, abrió una nueva perspectiva en el tratamiento posible de la psicosis. Este planteo modifica el modo psiquiátrico de entender al delirio como una suerte de elaboración *a posteriori*, secundaria, y por parte de una parte “sana” de la personalidad, de lo que sería el fenómeno psicótico propiamente dicho. Ya Freud había trabajado en esa línea, oponiéndose así a una psiquiatría que dominaba la terapéutica de la psicosis.

La lectura que hace Freud de las memorias de Schreber es un cuestionamiento radical a ese enfoque psiquiátrico. Freud entiende que el delirio psicótico es legible y descifrable. O sea que, lejos de ser la acumulación de palabras y frases insensatas y alejadas de la razón, encierran en su desarrollo algo que requiere de un esfuerzo de interpretación. Tal como el sueño, el delirio dice más cuanto menos sensato parece. El asunto es saber leerlo. Y eso es lo que Freud arriesga, partiendo del supuesto de que la paranoia también implica una etiología sexual, vale decir, que se origina a partir de un conflicto entre las tendencias libidinales sexuales y las del yo.

Este es el antecedente sobre el que Lacan se apoya para abordar el decir psicótico. En ese marco surge la afirmación de que el delirio no podría sino ser un fenómeno elemental él también, por participar de la misma estructura.

Es por esto que al delirio se le puede suponer una verdad y un saber. Punto fundante de la transferencia en la psicosis, al poner en juego la suposición de un saber y de un sujeto articulado al mismo. Punto de apoyo, también, para la posición del analista y pivote de sus posibles modos de intervención.

El delirio puede ser tomado entonces como un modo de elaboración, sí, pero que solo puede encaminarse por las vías o líneas de fuerza que la estructura psicótica admite. No es algo que esté por fuera ni más allá de eso. Es –y así lo piensan muchos analistas lacanianos– un *trabajo*. Un trabajo que, en tanto tal, no concluye con la producción o estabilización de un sentido. La experiencia nos muestra que prosigue aun cuando esa estabilización del sentido –lo que Lacan llama “metáfora delirante”– haya sido alcanzada. Se trata, al parecer, de algo más.

Leonardo Leibson

Psicoanalista. Médico (UBA). Especialista en Psiquiatría (APSA). Profesor Adjunto Regular de Psicopatología, Cátedra II, Facultad de Psicología, (UBA). Docente de la Maestría en Psicoanálisis, Facultad de Psicología (UBA).

La hipótesis que proponemos es que el delirio no se ocupa tanto de responder a una pregunta o a un enigma, sino que es el trabajo de *producción de una pregunta por la vía de la construcción de una ficción*. Esta pregunta es la que puede horadar el sentido demasiado pesado que tanto la alucinación como las intuiciones delirantes acarrear. La certeza psicótica, impuesta por una palabra que se impone en lo real, cumple una función decisiva que es la de volver a interpelar al sujeto, o sea, volver a plantear la posibilidad de un sujeto a partir de esa interpelación. El ejemplo de la paciente que se siente nombrada como “marrana” lo prueba claramente. Y, como ese, infinidad de ejemplos. Pero esa operación no es sin costo.

Cuando la escucha analítica logra abrir un tiempo de escucha y decir, nos encontramos con que, si el trabajo del delirio prosigue y se sostiene hasta el punto de volverse necesario para el sujeto, es porque cumple otra función que la de reforzar una certeza. Más aún, el trabajo del delirio es lo que puede poner en movimiento a esa certeza. Dicho en otras palabras, es el tratamiento de la certeza como tal. Tiene como condición tomar como punto de partida a la certeza misma, a ese significante especialmente denso que se impone en lo real quedando “inerte y estancado en relación a toda dialéctica”, lo que le permite funcionar como “plomada en la red del discurso” (Lacan, 1985/1955-1956), polarizando las significaciones, haciendo de un puro devenir una red, una organización. Esa red es la que el delirio va a recorrer, investigar, escudriñar y denunciar, incluso.

Se trata de que hay al menos dos tiempos, pero una sola estructura. Una estructura que incluye esos tiempos como uno de sus rasgos constitutivos. Esto está destacado en Freud, cada vez que se refiere al desarrollo de una psicosis.² Un primer momento mudo y de retiro de las cargas libidinales, al que sigue un segundo tiempo de reconstrucción del mundo y recirculación de las investiduras libidinales. Temporalidad que se plasma en la enigmática fórmula: “Lo cancelado interiormente retorna desde el exterior”. Fórmula que Lacan transpone en “Lo forcluido en lo simbólico retorna en lo real”.

Para Lacan, también se trata de dos tiempos, lógicos y cronológicos. No hay psicosis sin desencadenamiento³, que implica la “coyuntura dramática” en la que el sujeto es confrontado a un problema al que no puede responder en lo simbólico por no disponer de un significante fundamental.

A eso sigue el retorno en lo real que se impone a modo de respuesta anticipada –pero, ¿qué respuesta no lo es?–, poniendo fin a un agujero de atribución subjetiva y dando nombre y función a un borde sobre el cual el sujeto podrá reponerse. Lo que evita –y no es poco– que caiga por ese agujero sin fondo que implica la aniquilación subjetiva.

O sea que no podría haber forclusión (en lo simbólico) sin retorno (en lo real). La psicosis es una estructura en la que la pérdida de la realidad se reconstruye por estos medios. Por eso el sujeto psicótico no puede preguntarse por su implicación en la producción de sus síntomas, lo que no le impide estar vívidamente preocupado en ellos, al punto de que no tiene la alternativa de no responder a lo que le ocurre. En esa imposibilidad está también la fuerza de la estructura.⁴

Ese segundo tiempo, el del retorno, lleva en sí una modulación. Por un lado, la imposición misma, que deja al sujeto atado a ese efecto de palabra en lo real que permite la reconstrucción a partir de una serie de retoques en lo imaginario. Y, casi simultáneamente, la puesta en marcha de un hacer con lo que esa palabra impone. A eso, algo hay que responder. Se lo entienda o no, se sepa lo que significa o no. Porque lo que el sujeto no duda es que eso le concierne.

Esto que podemos entender como una ética de la psicosis –el hecho de que el sujeto no puede no responder a lo que se le impone en lo real– es lo que fundamenta su “trabajo”. El de ir construyendo una pregunta que erosione ese exceso de sentido que la certeza representa. Porque ese sentido, pura respuesta sin pregunta (Lacan, 1985/1955-1956, p. 288) resuelve un problema acuciante (la imposibilidad de sostenerse en el mundo) pero con un costo importante: aplasta y oprime el cuerpo, angosta las posibilidades de desplazarse por el mundo, restringe, a veces por demás, los contactos y contratos con los semejantes.

Es en este punto donde añadimos otra hipótesis: el medio para el hallazgo de una pregunta es la construcción de ficciones. El decir delirante es un modo de poner la ficción en juego, en contraposición a una palabra que amenaza convertirse en demasiado monóticamente inequívoca. Pone en juego la búsqueda de una hiancia significativa que haga lugar a la subjetividad y al espacio del deseo. Esto se acompaña de la construcción de una verdad que le dé a ese sujeto en ciernes una referencia y una carnadura, una consistencia posible en la que puede existir.

La única herramienta de la que dispone la experiencia humana para tal hazaña no es otra que el lenguaje. Al menos, cierto uso del lenguaje, al que alude Lacan cuando afirma: “El lenguaje del hombre, ese instrumento de su mentira, está atravesado de parte a parte por el problema de su verdad” (Lacan, 1984/1946). Un lenguaje que no se reduce a la función de comunicación, sino que encuentra otro espesor en la dimensión del malentendido, del equívoco, del *pas de sens* (negación/paso del sentido) e incluso del fuera

de sentido. Porque, siguiendo con Lacan, la palabra no es signo, sino nudo de significación (ibid, p. 165).

Sin entrar en todos los meandros que tiene el problema de la verdad en psicoanálisis –lo que nos llevaría demasiado lejos– acordemos que esa verdad es un horizonte de la práctica analítica –más allá de la estructura subjetiva en juego– que implica una secuencia paradójica que Lacan expresa de este modo: “Yo digo siempre la verdad: no toda, porque no somos capaces de decirla toda. Decirla toda es materialmente imposible: faltan las palabras. Precisamente, por este imposible, la verdad aspira a lo real” (Lacan 1977/1974, p. 83).

Digamos que la verdad, entonces, aspira a lo real, pero no directamente, sino por medio de su estructura de ficción. Pero, ¿de qué hablamos cuando hablamos de ficción? Esto nos dará la ocasión de hacer un rodeo recurriendo al mundo de la literatura.

¿Por qué buscar pistas en lo que dicen los escritores? El psicoanálisis no es literatura, pero aprende de ella. No solo de sus temas o tramas, sino también de cómo se hace literatura. Freud ponía en el mismo plano la confección de mitos y textos narrativos con la de la construcción de fantasías, recuerdos y sueños. Lo cual nos enseña que estos constructos no valen solo por su sentido (que, en verdad, es lo menos interesante) sino también por su lógica. La lógica del relato no es algo más allá de los relatos, no es sin ellos, sin su decir. Pero esa lógica indica que hay un dicho que se resta del decir y que es entre decir y dicho donde la verdad se infiltra, en retazos, bajo sus formas ficcionales.

Escuchemos, pues, a algunos escritores. En primer término, Ricardo Piglia que, en una entrevista⁵, responde así:

Pero, entonces, ¿cuál es la especificidad de la ficción?

Su relación específica con la verdad. Me interesa trabajar esa zona indeterminada donde se cruzan la ficción y la verdad. Antes que nada, porque no hay un campo propio de la ficción. De hecho, todo se puede ficcionalizar. La realidad está tejida de ficciones.

¿Y qué lugar tendría la verdad?

(...) La ficción trabaja con la verdad para construir un discurso que no es ni verdadero ni falso. Que no pretende ser ni verdadero ni falso. Y en ese matiz indecible entre la verdad y la falsedad se juega todo el efecto de la ficción. Mientras que la crítica trabaja con la verdad de otro modo. Trabaja con criterios de verdad más firmes y a la vez más nítidamente ideológicos. Todo el trabajo de la crítica, se podría decir, consiste en borrar la incertidumbre que define a la ficción. El crítico trata de hacer oír su voz como una voz verdadera.

El crítico que menciona Piglia se acerca a la posición del psiquiatra que intenta medir lo que dice el psicótico en relación a una supuesta realidad objetiva. Cuando, con Lacan, nos proponemos escuchar a la psicosis sometiéndonos a sus condiciones propiamente subjetivas (Lacan, 1987/1958, pp. 513-564), descartamos la “crítica del delirio porque supone

hacer lugar, asentir a una palabra y a un decir que testimonian la posición de un sujeto con respecto al lenguaje y al cuerpo. Un sujeto que, por añadidura, está luchando por sostenerse en esa posición. La experiencia nos enseña que podemos acompañar en esa lucha, en esa búsqueda (a veces solo por el mantenimiento de esa escucha atenta y asintiente) o podemos, si la desconocemos, ocasionar severos daños.

Por otra parte, el santafesino Juan José Saer (1997, pp. 9-17), afirma que:

El rechazo escrupuloso de todo elemento ficticio no es un criterio de verdad (...) Podemos por tanto afirmar que la verdad no es necesariamente lo contrario de la ficción (...) Al dar un salto hacia lo inverificable, la ficción multiplica al infinito las posibilidades de tratamiento. No vuelve la espalda a una supuesta realidad objetiva: muy por el contrario, se sumerge en su turbulencia, desdeñando la actitud ingenua que consiste en pretender saber de antemano cómo esa realidad está hecha. No es una claudicación ante tal o cual ética de la verdad, sino la búsqueda de una un poco menos rudimentaria.

Fundamental distinción entre ficción y fraude. Fundamental ambigüedad entre ficción y verificación.

Finalmente, una tercera y última referencia: el escritor austríaco Thomas Bernhard relata lo siguiente en una de sus novelas autobiográficas:

La verdad, pensaba, solo la conoce el interesado, si quiere comunicarla, se convierte automáticamente en mentiroso. Todo lo comunicado puede ser solo falsificación y falseamiento, y por consiguiente solo se comunican siempre falsedades y falseamientos. El deseo de verdad es, como cualquier otro, la vía más rápida para la falsificación y el falseamiento de un estado de cosas. (...) Lo descrito hace comprensible algo que, sin duda, corresponde al *deseo de verdad* del que lo describe, pero no a la verdad, porque la verdad no es en absoluto comunicable. (...) Como no es posible comunicar y, por consiguiente, mostrar la verdad, nos hemos contentado con querer escribir y describir la verdad, lo mismo que decimos la verdad, aunque sepamos que la verdad no puede decirse jamás. (...) Lo que importa es si *queremos mentir o decir y escribir la verdad*, aunque jamás

pueda ser la verdad, jamás sea la verdad. Durante toda mi vida he querido siempre decir la verdad, aunque ahora sé que estaba mintiendo (Bernhard, 1984, pp. 39-41).

Y en otra de esas novelas:

La verdad es siempre un error, aunque sea la verdad al cien por cien, todo error no es más que la verdad (...) El absurdo es el único camino posible (Bernhard, 1985, pp. 66-67).

Si, el absurdo es el único camino posible porque es el que nos permite soltarnos de los sentidos congelantes. La psicosis nos muestra que el absurdo no es lo ridículo, sino la posibilidad de extremar el recurso de la palabra.

Para finalizar, recordemos nuevamente lo que plantea Freud hacia el final de su obra y de su vida. En *Construcciones en el análisis* nos dice que:

(...) no solo hay método en la locura, como ya lo discernió el poeta, sino que esta también contiene un fragmento de verdad histórico-vivencial; lo cual nos lleva a suponer que la creencia compulsiva que halla el delirio cobra su fuerza, justamente, de esa fuente infantil. (...) Así, se resignaría el vano empeño por convencer al enfermo sobre el desvarío de su delirio, su contradicción con la realidad objetiva, y en cambio se hallaría en el reconocimiento de ese núcleo de verdad un suelo común sobre el cual pudiera desarrollarse el trabajo terapéutico (Freud, 1991/1937, p. 269).

En esta línea, en su *Seminario*, Lacan afirma que:

Encontramos también en el texto mismo del delirio [de Schreber] una verdad que en este caso no está escondida como en las neurosis, sino verdaderamente explicitada, y casi teorizada. El delirio la proporciona, ni siquiera a partir del momento en que tenemos su clave, sino a partir del momento en que se lo toma como lo que es, un doble perfectamente legible de lo que aborda la investigación teórica. Allí radica el carácter ejemplar del campo de la psicosis (Lacan, 1985/1955-1956, p. 45).

La ficción, el relato, el decir: la pregunta por su función es relevante. Entendemos así la necesidad, en la práctica analítica, del despliegue del relato, la actividad narrativa, la ficción historizante. El delirio como una de sus formas.

NOTAS

1. Este texto se basa en una exposición realizada en el Hospital Rivadavia (CABA) en junio de 2015.
2. Desde el *Manuscrito K* hasta *Pérdida de la realidad en neurosis y psicosis* o *Construcciones en psicoanálisis*. La lógica en dos tiempos que propone para las neurosis le cabe también a las psicosis, aunque bajo otras formas.
3. Quedaría por discutir la noción de "psicosis no desencadenadas" que algunos postulan a partir de ciertos desarrollos de los últimos seminarios de Lacan. Pero aun en esos casos, el valor heurístico de la noción de desencadenamiento sigue siendo clave para poder pensar a la psicosis como una estructura y no solo como un síndrome.
4. Por eso Lacan señala que "el estado terminal de la psicosis no representa el caos coagulado en que desemboca la re-

saca de un sismo, sino antes bien esa puesta a la luz de líneas de eficiencia" (Lacan, 1958, p. 547). La psicosis no es tanto caos o déficit, sino un modo de la normalidad que el psicoanálisis sabe reconocer como tal, lo que implica una ética, tanto para el analista como para el sujeto psicótico.

5. Entrevista de Mónica López Ocón publicada en *Tiempo Argentino*, 24 de abril de 1984.

BIBLIOGRAFÍA

- Bernhard, Th. (1984). *El sótano*. Barcelona: Anagrama, pp. 39-41.
- Bernhard, Th. (1985). *El frío*. Barcelona: Anagrama, pp. 66-67.
- Freud, S. (1991). *Construcciones en el análisis*. En *Obras Completas. Vol. XXIII*. Buenos Aires: Amorrortu, p.269 (Trabajo original publicado en 1937).

Lacan, J. (1977). *Televisión*. En *Psicoanálisis: radiofonía y televisión*. Barcelona: Anagrama, p. 83. (Trabajo original publicado en 1974).

Lacan, J. (1984). *Acerca de la causalidad psíquica*. En *Suplemento de escritos*, Barcelona: Argot, p. 164. (Trabajo original publicado en 1946).

Lacan, J. (1985). *El Seminario, Libro 3, Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1955-1956).

Lacan, J. (1987). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. En *Escritos 2*. Ciudad de México: Siglo XXI, pp. 513-564. (Trabajo original publicado en 1958).

Saer, J. J. (1997). *El concepto de ficción*. Buenos Aires: Ariel, pp. 9-17.

Fibromialgia: ¿un cuadro psicopatológico?

ARIEL D. FALCOFF

Médico psiquiatra. Doctor en Medicina.
Profesor de la Psicopatología (UNSAM).
Presidente del Capítulo de Psiquiatría y
Salud Mental de la AASM. Miembro de la
Comisión Directiva de la AASM

Estudio de variables psicológicas y psiquiátricas en una muestra de pacientes derivados de Reumatología

La bibliografía reumatológica describe a la fibromialgia (FM) como un trastorno caracterizado por dolor músculo-esquelético difuso y crónico, con síntomas diversos asociados, como rigidez articular, trastornos del estado de ánimo, fatiga e insomnio, siempre en ausencia de causas orgánicas subyacentes (Blanco López y Seguí Díaz, 2002; Bellato y col. 2012). Los síntomas se acompañan de los denominados “puntos dolorosos”, áreas anatómicas específicas y predecibles, sensibles a la palpación. El diagnóstico de la FM es clínico, sin una prueba objetiva analítica, de imagen o anatomopatológica específica. De todas formas, estos exámenes sí son requeridos para el descarte de otras patologías osteoarticulares específicas que podrían generar síntomas similares. Tiene una prevalencia en la población general que oscila entre el 0,66 % y 3,9 %. Es mayor en mujeres que en varones; 3,4 % versus 0,5 % (Vidal Neira y Reyes Llerena, 2006).

La falta de identificación de mecanismos fisiopatológicos específicos, junto al hecho de que parte de los síntomas de la fibromialgia sean compartidos con otros procesos de dolor crónico, ha llevado a controversias acerca de la aceptación de este cuadro como una enfermedad con una fisiopatología diferenciada. (Yunus, 2008; Henningsen y col, 2007). Varios estudios han planteado que sus alteraciones podrían deberse a un estado de sensibilización e hiperexcitabilidad central del sistema nociceptivo que *no son exclusivas* de pacientes con fibromialgia, sino que también se observan en distintos cuadros funcionales (Pujol y col. 2009; Yunus, 2008). Se ha observado una regular asociación del cuadro con la presencia de *estrés emocional significativo*. La bibliografía resalta la dificultad para determinar si los trastornos emocionales actúan como factores de riesgo, precipitantes y/o desencadenantes en el desarrollo o empeoramiento de la fibromialgia (Collado Cruz y otros, 2011; Raphael y col, 2006).

Ciertos estudios han enfocado la cuestión en términos de afectación de variables de modelos dimensionales de la personalidad. Algunos de ellos han planteado la utilización como herramienta descriptiva de las escalas clínicas del MMPI (Yunus y col. 1991; Blasco Claros y col, 2006), que utilizaremos como uno de los descriptores en el presente trabajo. El mismo implica una investigación de tipo observacional, en la búsqueda de dimensionar aspectos psicopatológicos que pudieran estar presentes en pacientes fibromiálgicos.

Planteamiento y metodología

Nos enfocamos en el estudio de diferentes variables psiquiátricas y psicométricas en una muestra de pacientes con diagnóstico de fibromialgia, derivados al Servicio de Salud Mental del Hospital Álvarez por el equipo de Reumatología de dicho hospital entre marzo de 2011 y febrero de 2015. El estudio realizado fue de tipo observacional, descriptivo y transversal. Se buscó identificar la población consultante en términos de comorbilidad con trastornos psiquiátricos (utilizando categorización según sistema multiaxial DSM IV-APA, 1995); valores de ansiedad y depresión (medidos por las escalas Hamilton A y D, respectivamente) y niveles en la subescala de somatización del Test SCL 90. Asimismo, se evaluaron también las escalas clínicas del test MMPI 2 a los fines de determinar variables dimensionales de personalidad en estos pacientes.

El equipo de Reumatología derivó todos los pacientes evaluados en el período que cumplimentaran los criterios diagnósticos de clasificación del Colegio Americano de Reumatología. Fueron reclutados para el estudio quienes cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Edad entre 18 y 70 años.
- Existencia del diagnóstico al momento actual.

GÉNERO	Mujeres	17
	Varones	1
TOTAL DE PACIENTES		18
EDAD PROMEDIO (AÑOS)		48

Tabla 1.

- Ausencia de otra enfermedad reumatológica grave.
- Aceptación de las condiciones del estudio por parte del paciente.
- No evidencia de descompensación clínica o psiquiátrica ante la evaluación.

Se evaluaron las siguientes variables relevantes:

- Diagnóstico psiquiátrico, según DSM IV
- Escala Hamilton de ansiedad (Ham A) versión castellana (Lobo y col., 2002).
- Escala Hamilton de depresión (Ham D) versión castellana (Ramos-Brieva y Cordero, 1986).
- Escala autoadministrada SCL 90, versión argentina (Casullo, 2008).
- MMPI 2, versión argentina (Casullo, 1999).

Resultados

Se reclutaron 18 pacientes (como parte de un estudio más extenso aún no publicado). Dado que la metodología de reclutamiento no presentó sesgos importantes detectables, puede considerarse que la muestra obtenida es representativa de la población consultante en los consultorios externos de Reumatología del Hospital Álvarez.

Como vemos en la Tabla 1, la edad promedio de la muestra fue de 47 años y 10 meses. No existieron aspectos significativos en relación a las variables tipo de empleo, nivel de estudios o estado civil (Ver Tabla 2).

El diagnóstico multiaxial DSM IV se detalla en la Tabla 3. Como vemos en el Eje 1, el diagnóstico más frecuente fue el de Trastorno Depresivo Mayor, con 7 casos (38,88 %), seguido de Trastorno de Ansiedad no Especificado, con 4 casos (22,22 %). Hubo 2 casos de Trastorno de Ansiedad Generalizada y 2 de Trastorno Depresivo no Especificado (11,11 % cada uno).

El Trastorno Adaptativo, el Trastorno por Pánico y el Trastorno Distímico estuvieron representados por un caso (5,55 %) cada uno. La suma total de comorbilidad con trastornos psiquiátricos de la esfera neurótica alcanzó el llamativo porcentaje de 100 %.

En el Eje II se registraron 9 casos de diagnóstico de Trastorno de Personalidad (50 % de la muestra). Cuatro de los casos (22,22 %) recibieron diagnóstico de Trastorno Límite.

En el Eje III, (enfermedades médicas) se registraron 8 casos (44,44 %) sin diagnóstico comórbido. Las enfermeda-

des del aparato circulatorio, del aparato osteomuscular y el síndrome de intestino irritable se repitieron en 2 casos (11,11 %) cada uno. Tumor benigno, asma bronquial, diverticulosis y litiasis biliar estuvieron representados por un caso cada uno (5,55 %).

Respecto al Eje IV del DSM IV los problemas que mostraron mayor frecuencia fueron los relativos al grupo primario de apoyo con 6 casos (33,33 %). Fueron seguidos por problemas económicos, con 5 casos (27,77 %).

En el Eje 5 del DSM IV, los valores promediados alcanzaron un puntaje promedio de 55,05. Este puntaje se encuentran en el intervalo 51/60 ("síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar" - APA, 1995).

En cuanto a las variables psicométricas, la Tabla 4 presenta una descripción pormenorizada de los valores. En la parte superior aparecen los promedios y desvíos estándar (DS) de cada variable. Los pacientes alcanzan en la escala Hamilton de ansiedad 28,111 para la media con un DS de 9,119. Este valor representa un nivel severo de ansiedad para esta escala.

En la escala Hamilton de depresión, los pacientes con fibromialgia alcanzan 20,778 para la media, con un DS de 5,826. Nuevamente nos encontramos con valores considerados severos.

Al tomar los guarismos de la subescala de somatización (Som) del test SCL 90, observamos un promedio de 2.261 con un DS de 0.595. Valores por encima de 1,25 en varones adultos y de 1,83 en mujeres se consideran *de riesgo*. Como se ve, ambos valores son superados holgadamente.

La Tabla 4 también muestra puntuaciones promedio y desvíos estándar obtenidos en las escalas clínicas del Test MMPI 2. Aquí, valores por encima de 65 se consideran *altos*. Hemos representado en la Tabla solo las escalas donde los valores excedieron este umbral. Como puede verse, en la de hipocondría (Hs), el valor promedio es 82.786, y el DS, 10.379. En depresión (D), vemos un promedio de 77.000 y un DS de 13.790. En histeria (Hy) son de 81.071 y 17.429, respectivamente. En la escala psicastenia (Pt) se detecta un promedio de 75.714 con DS de 12.394. La escala de esquizofrenia (Sc) muestra un promedio es 84.071 y una DS de 13.471. Encontramos valores *moderadamente altos* (apenas superiores a 65) en la escala de desviación psicopática (Pd).

MODALIDAD LABORAL	Con relación de dependencia	Empleado administrativo	5
		Empleada doméstica	1
		Profesional	1
	Sin relación de dependencia	Empleada doméstica	3
		Profesional independiente	1
	Desempleados	Ama de casa	5
Sin ocupación		2	
EDUCACIÓN	Nivel de estudios	Primario incompleto	1
		Primario completo	8
		Secundario incompleto	5
		Secundario completo	2
		Terciario incompleto	1
		Universitario incompleto	1
E. C.	Estado civil	Soltero	1
		Casado y de hecho	11
		Divorciado o separado	6

Tabla 2.

Discusión

Nuestro estudio mostró una significativa prevalencia de cuadros del espectro depresivo en la muestra. Sumando los porcentuales correspondientes a Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Depresivo no Especificado y Trastorno Distímico, se observa un 55 % de pacientes que expresan cuadros de esta esfera.

Los cuadros de la órbita ansiosa (en este caso Trastorno por Ansiedad Generalizada y Trastorno por Ansiedad no Especificado) también quedan representados por un importante porcentual: 33 %. En el Eje II hemos encontrado una comorbilidad general con Trastornos de Personalidad del 50 %. En forma particular, el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, uno de los más graves, se alza con un 22 % de la muestra.

Como señalan Fietta y col. (2007), la mayor parte de los reportes sobre comorbilidad psiquiátrica en fibromialgia dan cifras de comorbilidad que varían ampliamente entre 20 y 80 % para depresión y entre 13 y 63 % para cuadros de ansiedad. Plantean los autores que esta alta variabilidad podría depender de las características psicosociales de los pacientes y del nivel de atención en el cual se reclutan las muestras. De todas maneras, lo que parece necesario remarcar es la altísima comorbilidad ansiodepresiva encontrada en la muestra, que está en línea con estudios realizados en otros países y medios. Las elevadas tasas de asociación de fibromialgia con trastornos ansiosos y depresivos podrían estar señalando (como plantean los ya mencionados Fietta y col.) la existencia de una anomalía común para los tres tipos de

cuadros, aún desconocida. Esto parece consistente con nuestros altos puntajes obtenidos en las variables de estado *ansiedad* y *depresión*, medidas por Ham A y Ham D, respectivamente.

Otro aspecto a destacar es el muy alto nivel encontrado en la subescala de *somatización* del SCL 90. La misma evalúa la presencia de somatizaciones en forma de diferentes disfunciones corporales cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias, etcétera. Los altos valores sugieren que los pacientes fibromiálgicos de la muestra evidencian una enorme disposición a presentar somatizaciones excediendo la sola presencia de las molestias dolorosas osteoartromusculares que definirían al cuadro. La presencia de una tal disposición psicológica resulta apoyada por los hallazgos encontrados en la mayor parte de las escalas clínicas del Test MMPI II.

Respecto a estas, el hallazgo de altos niveles en las escalas hipocondriasis, depresión, histeria, psicastenia, desviación psicopática y esquizofrenia parece plantear la existencia de un perfil de personalidad susceptible, tal cual han sugerido también otros autores (Blasco-Claros y col., 2006; Pérez Pareja y col., 2010). Este perfil de personalidad, frente al desarrollo de condiciones de distrés (léase estados ansiosos o depresivos), podría ver facilitada la posibilidad de desarrollar manifestaciones físicas como las de la fibromialgia. La existencia de un núcleo de anomalías detectables psicométricamente no necesariamente debería implicar que dicha disposición psicológica fuera suficiente o exclusiva para desarrollar el cuadro, dado que a la misma podrían sumarse aspectos puramente biológicos (Witthöft

y col., 2013). Es interesante recordar que el mismo Sigmund Freud había inteligido, respecto a ciertos cuadros de presentación somática, una intrincada combinación de aspectos puramente psíquicos (“psiconeuróticos”) con otros de lesión real (Freud, 1893-95; 1901-05; 1916-17).

Conclusiones

El cuadro denominado fibromialgia ha sido exhaustivamente estudiado por la Reumatología, pero ha recibido relativamente poca atención por parte de la Psiquiatría y la Salud Mental. Dentro de la escasa bibliografía disponible, encontramos coincidencia respecto de nuestros hallazgos de altos niveles de psicopatología. Tales niveles de afectación psicopatológica pueden poner incluso en duda si no estamos frente a un cuadro que responde más a la lógica de un cuadro psiquiátrico que a uno perteneciente al de la Medicina General. Desde un punto de vista personal, abonamos el planteo de autores como Caballero Martínez y Caballero Martínez (2008) o Barsky y Borus (1999), quienes señalan que, según el recorte y la preponderancia que se les dé a determinadas manifestaciones, se puede diagnosticar con distintas etiquetas a un mismo paciente. Así, las manifestaciones que en un ámbito médico general podrían ser interpretadas como un determinado trastorno médico funcional (fibromialgia, por ejemplo) podrían recibir un diagnóstico de trastorno psiquiátrico o psicológico (por ejemplo: Trastorno Somatomorfo, histeria de conversión o depresión mayor) en un contexto de Salud Mental.

Nuestro estudio se ha visto limitado por el número de casos y por su carácter monocéntrico. Se requeriría la realización de nuevos estudios, tanto para corroborar los hallazgos como para poder extrapolarlos con mayor amplitud. Sin embargo, creemos que los resultados y planteos arriba mencionados justifican que consideremos

DIAGNÓSTICO DSM IV	EJE		
	I	Trastorno de Ansiedad no especificada	4
		Trastorno de Ansiedad generalizado	2
		Trastorno Adaptativo	1
		Trastorno Depresivo mayor	7
		Trastorno de Pánico	1
		Trastorno Depresivo no especificado	2
		Trastorno Distímico	1
	II	Trastorno de la Personalidad no especificado	3
		Trastorno de Personalidad borderline	4
		Trastorno de Personalidad dependiente	2
		Sin diagnóstico	9
	III	Enfermedades del sistema circulatorio	2
		Síndrome de colon irritable	2
		Enfermedades del sistema osteomuscular	2
		Tumores benignos	1
		Asma bronquial	1
		Diverticulosis	1
		Litiasis biliar	1
		Sin diagnóstico	8
	IV	Grupo primario de apoyo	6
		Económico	5
		Laboral	1
		Ambiente social	2
		Otros problemas	3
		Vivienda	1
	V	E.E.A.G.	55,05

Tabla 3.

la creación de nuevas estrategias de tratamiento para la atención de la fibromialgia. Estrategias que pudieran contemplar no solo los aspectos que hacen a las características médicas del cuadro, sino también lo que podríamos denominar su “condición somatizadora” (entendida, a la luz de nuestros resultados, como determinados aspectos psicológicos y psiquiátricos subyacentes).

La complejidad del fenómeno requiere favorecer una mayor intensidad en el intercambio y comunicación

interdisciplinarios. Parece de crucial importancia que los profesionales de Salud Mental podamos trabajar con las coordenadas intra e intersubjetivas que influyen (¿o determinan?) la evolución del cuadro. Caso contrario, no solamente nos estaríamos privando de un importante campo de estudio, sino que, sobre todo, estaríamos desentendiéndonos de un rol fundamental, tanto para las personas que sufren de esta afección, como para el resto de los profesionales de salud que de ella se ocupan.

VARIABLES PSICOMÉTRICAS									
II	Hamilton		SCL (Symptom Check list) R90	MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)					
	A	D	Somat.	Hs	D	Hy	Pd	Pt	Sc
Promedio	28,111	20,778	2,261	82,786	77,000	81,071	65,071	75,714	84,071
Desvío	9,119	5,826	0,595	10,379	13,790	17,429	14,954	12,394	13,471
Q	18	18	15	14	14	14	14	14	14
P01	42	33	3,167	97,00	83,00	108,00	73,00	92,00	108,00
P02	21	16	2,583	94,00	92,00	99,00	71,00	90,00	100,00
P03	36	20	2,333	78,00	72,00	77,00	76,00	68,00	82,00
P04	30	26	3,000	94,00	90,00	96,00	73,00	83,00	93,00
P05	19	16	1,417	69,00	49,00	58,00	51,00	66,00	91,00
P06	19	14	2,250	78,00	75,00	94,00	89,00	72,00	79,00
P07	36	26	3,000	97,00	96,00	92,00	51,00	90,00	91,00
P08	46	30	2,083	88,00	86,00	94,00	73,00	90,00	91,00
P09	27	15	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
P10	34	25	2,250	71,00	55,00	49,00	60,00	75,00	93,00
P11	25	16	2,750	86,00	75,00	73,00	49,00	57,00	65,00
P12	24	18	1,583	80,00	88,00	82,00	81,00	79,00	75,00
P13	16	17	2,083	80,00	68,00	61,00	39,00	53,00	65,00
P14	38	24	2,000	82,00	81,00	84,00	76,00	73,00	79,00
P15	20	15	1,083	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
P16	20	19	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
P17	34	27	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
P18	19	17	2,333	65,00	68,00	68,00	49,00	72,00	65,00

Tabla 4. Hs: hipocondría- D: depresión- Hy: histeria- Pd: desviación psicopática- Pt: psicastenia- Sc: esquizofrenia (Pd)

BIBLIOGRAFÍA		
American Psychiatric Association (APA) DSM-IV. (1995) <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales</i> . Barcelona.	Freud, S., Strachey, J. y Freud, A. (1978). Fragmento de análisis de un caso de histeria: tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1901-1905). En <i>Obras Completas</i> . Vol VII. Buenos Aires: Amorrortu.	Pérez-Pareja, J., Sesé, A., González-Ordi, H. y Palmer, A. (2010). Fibromialgia and chronic pain: Are there discriminating patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)? En <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i> , 10(1), pp. 41-56.
Blanco López, W. y Seguí Díaz, M. (2002). Fibromialgia y trastorno somatoforme: ¿existe un límite definido? En <i>Semergen</i> ; 28(4), pp. 216-218.	Freud, S. (1979). Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III, 1916-1917). En <i>Obras Completas</i> . Vol XVI. Buenos Aires: Amorrortu.	Ramos-Brieva, J. A. y Cordero, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. En <i>Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines</i> . Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría, Nº 14, pp. 324-334.
Bellato, E. y col. (2012). Síndrome de Fibromialgia. En <i>Pain research and treatment</i> . noviembre, pp. 12-14.	Greene, R. L. (2000). <i>The MMPI-2: An interpretive manual</i> . Boston: Allyn y Bacon.	Raphael, K. G., Janal, M. N., Nayak, S., Schwartz, J. E. y Gallagher R. M. (2006). Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. En <i>Pain research and treatment</i> , septiembre Nº 124(1-2), pp.117-125.
Caballero Martínez, L. y Caballero Martínez, F. (2008). Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en Atención Primaria. En <i>Jano Extra</i> Nº 1.714, octubre.	Harkness, A. R., McNulty, J. L. y Ben-Porath, Y. S. (1995). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 scales. En <i>Psychological Assessment</i> , 7(1), p. 104.	Vidal Neira, L. y Reyes Llerena, G. (2006). Fibromialgia: una entidad que debemos tener presente en la práctica clínica. (2) En <i>Revista Cubana de Reumatología</i> VIII (9-10).
Casullo, M., Brenlla M. E., Fernández Liporace, M., Ferrante, V. y Prado, A. (1999). <i>El inventario MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral</i> . Buenos Aires: Paidós.	Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1970). <i>Minnesota multiphasic personality inventory</i> . Minneapolis: National Computer Systems.	Witthöft, M., Hiller, W., Loch, N. y Jasper, F. (2013). The latent structure of medically unexplained symptoms and its relation to functional somatic syndromes. En <i>International journal of behavioral medicine</i> , 20(2), pp. 172-183.
Casullo, M. (2008). <i>El inventario de síntomas SCL- 90-R</i> . Buenos Aires: UBA/ CONICET.	Henningens P; Zipfel, S. y Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. En <i>Lancet</i> Nº 369, pp. 946-955.	Yunus, M. B. (1994). Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. En <i>Baillieres Clinical Rheumatology</i> 8, pp. 811-837.
Collado Cruz Cuevas Cuerda, M. D., Estrada Sabadell, M. D. et al. (2011). <i>Fibromialgia</i> . Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.	Kirmayer, L. J. y Robbins, J. M. (1991). <i>Functional somatic syndromes. Current concepts of somatization: research and clinical perspectives</i> , pp. 79-106.	Yunus, M. B. (2008). Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. En <i>Seminars in Arthritis and Rheumatism</i> 37, pp. 339-352.
Fietta, P. y Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. En <i>Acta Bio Medica Atenei Parmensis</i> , 78(2), pp. 88-95.	Lobo, A, Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R. y Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. En <i>Medicina clínica</i> , 118(13), pp. 493-499.	
Freud, S., Strachey, J. y Freud, A. (1985). Estudios sobre la histeria (1893-95). En <i>Obras Completas</i> . Vol II. Buenos Aires: Amorrortu.		

Temas de Salud Mental y Familia



ABUSO SEXUAL CONTRA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Un daño horroroso que persiste al interior de las familias

Eva Giberti

El libro ha sido inspirado en la experiencia de la vida hospitalaria, la consulta privada y en algunos aportes de la Brigada Móvil que se ocupa de Delitos contra la Integridad Sexual del Programa "Las Víctimas contra las Violencias", perteneciente al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Asimismo recurre a la hemeroteca personal de la autora y a la bibliografía internacional. Las historias de padres y abuelos comprometidos con estas prácticas ocultas, silenciadas durante años por vergüenza, se tratan desde diversos enfoques incluyendo la Salud Pública y la Criminología, escasamente considerados en otros abordajes.

COLECCIÓN FAMILIAS | ISBN 978-987-538-444-6 | 392 PÁGINAS

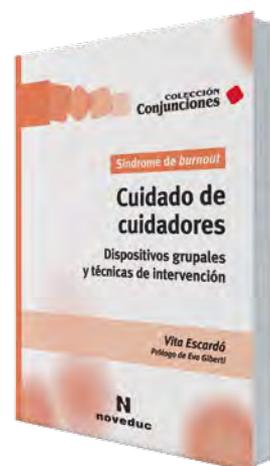
CUIDADO DE CUIDADORES. SÍNDROME DE BURNOUT

Dispositivos grupales y técnicas de intervención

Vita Escardó

Enfermeros, maestros, médicos, docentes, abogados, psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales y múltiples operadores en contacto prolongado a lo largo de sus carreras con personas en estado de vulnerabilidad y riesgo reconocen estos síntomas. Se trata del síndrome de *burnout*, un tipo particular de afección que concatena una serie de síntomas físicos, psíquicos, cognitivos vitales. Así como el abordaje de patologías y situaciones complejas requiere de la interdisciplina, el alivio de los efectos de este tipo de trabajo puede sustentarse en la reflexión, el intercambio con los pares y el autocuidado..

COLECCIÓN CONJUNCIONES | ISBN 978-987-538-477-4 | 184 PÁGINAS



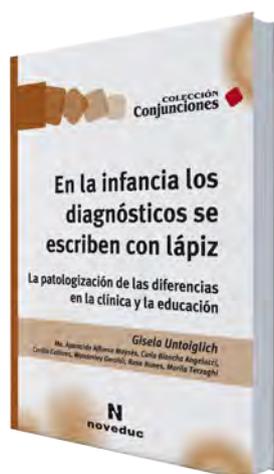
EN LA INFANCIA LOS DIAGNÓSTICOS SE ESCRIBEN CON LÁPIZ

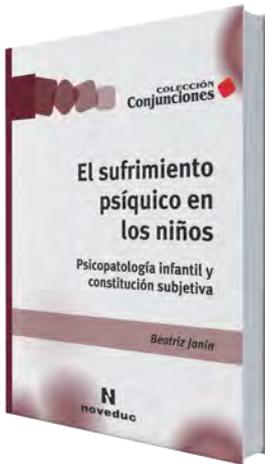
La patologización de las diferencias en la clínica y la educación

Gisela Untoiglich y otros

Esta obra explora en las promesas y los mitos de la ciencia moderna y deconstruye supuestas evidencias científicas de pretendidos diagnósticos, como el TDAH, la dislexia, el TGD. Analiza la época y sus malestares, los diagnósticos, como coartada de una clínica que cada vez se vuelve más burocrática y menos humanizada. Profundiza en el paradigma de la inclusión educativa, sin dejar de cuestionarse aquello que excluye.

COLECCIÓN CONJUNCIONES | ISBN 978-987-538-373-9 | 272 PÁGINAS





EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO EN LOS NIÑOS

Psicopatología infantil y constitución subjetiva

Beatriz Janin

El psicoanálisis con niños es un espacio privilegiado para la investigación, una encrucijada donde se pone en juego toda la teoría psicoanalítica. Esta obra da cuenta de la articulación entre los avatares de la constitución subjetiva y la psicopatología infantil, y asimismo se centra en temas específicos: dificultades de aprendizaje, problemas de conducta, fobias, psicosis infantiles, enuresis y encopresis, efectos de las crisis y de la violencia, pensados a partir del aporte de diferentes autores y de la propia clínica. La articulación con el contexto social marca el recorrido. El psicoanálisis es una teoría y una práctica que subvierte lo ya dado en una sociedad en la que la cotidianidad está tomada por las urgencias, la eficiencia, y en la que se suele recurrir a la vía más corta para acallar los síntomas.

COLECCIÓN CONJUNCIONES | ISBN 978-987-538-312-8 | 264 PÁGINAS

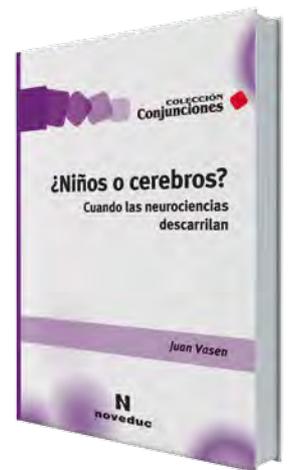
¿NIÑOS O CEREBROS?

Cuando las neurociencias descarrilan

Juan Vasen

¿Pueden las neurociencias explicar y abarcar la totalidad de las problemáticas de las infancias actuales? ¿Es ético o productivo que intervengan en casi todos los campos de la vida social? Transparentar el cerebro a través de neuroimágenes, ¿nos vuelve verdaderamente más transparentes? Al abandonar la prudencia propia de las ciencias, ¿no simplifican las dimensiones en juego en la crianza, la educación o el amor? Una suerte de "neuromanía" invade nuestra vida y lleva a la producción de una verdadera epidemia de nombres impropios en la infancia (dislexia, ADHD, bipolaridad o espectro autista).

COLECCIÓN CONJUNCIONES | ISBN 978-987-538-546-7 | 208 PÁGINAS



SIMETRÍA ENTRE PADRES E HIJOS

Efectos de la mimetización inconsciente con los adultos a nivel emocional, educativo, vocacional y social

Claudia Messing

Los gravísimos síntomas de violencia, desconexión emocional, adicción a vínculos simbióticos, conductas de riesgo, dificultades en las posibilidades de contención y puesta de límites por parte de los padres, patologías actuales y descontentión en la infancia, desmotivación y fuertes dificultades frente al aprendizaje, fracaso y abandono en los estudios, estrés, trastornos de ansiedad, fobias y dificultades en la sexualidad, entre otros, encuentran una nueva base de comprensión para encarar caminos alternativos de tratamiento y prevención en la simetría inconsciente con los adultos y su interacción con el contexto.

NOVEDUC LIBROS | ISBN 978-987-538-274-9 | 240 PÁGINAS

Información institucional

La AASM en Trieste

Miembros de la AASM fueron invitados por el Departamento de Salud Mental de Trieste a participar del congreso "Democracia y Salud Mental en la Comunidad", presidido por Roberto Mezzina. Participaron, entre otros, Franco Rotelli y Giovanna Del Giudice de Trieste. Los miembros de la CD invitados fueron Silvia Raggi, Gustavo Bertrán, Liliana Moneta, Pablo Fridman, Eduardo Grande y Alberto Trimboli. También participó como invitada María Graciela Iglesias, secretaria ejecutiva del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental. El congreso formó parte de las actividades programadas para festejar los 40 años de la Ley 180 de Salud Mental del 21 al 23 de junio del corriente año. Asimismo, los miembros de la AASM fueron invitados a recorrer los diferentes servicios y actividades que desarrolla el Departamento de Salud Mental en la comunidad. Por otra parte, en una reunión se acordó la firma de un convenio de cooperación entre el Departamento de Salud Mental de Trieste y la AASM para que miembros de cada uno de los firmantes, participen en rotaciones en ambos países.

Alberto Trimboli, Presidente de la World Federation for Mental Health

Tenemos el agrado de informar que Alberto Trimboli, fundador, expresidente y actual miembro de la Comisión Directiva de nuestra institución ha sido nombrado Presidente de la World Federation for Mental Health (WFMH), cargo que ocupará hasta noviembre de 2019.

Alberto Trimboli es el primer argentino en ocupar ese cargo en los 70 años de vida de la WFMH. Es importante resaltar que ese cargo fue ocupado por Margaret Mead (1956-1957), antropóloga estadounidense precursora del término género, y Eduardo Enrique Krapf (1957-1958), psiquiatra y psicoanalista alemán, quien desarrolló toda su carrera en el Hospital Borda de Buenos Aires.

Este es, sin lugar a dudas, no solo, un logro de la Asociación Argentina de Salud Mental, sino un logro colectivo de todos los actores de la salud mental argentinos.

Jornadas Bahía Blanca

La Delegación Bahía Blanca de la AASM organizó en esa ciudad las "III Jornadas de Salud Mental. Intervenciones Clínicas". De la misma, entre otros, participaron Eduardo Grande, miembro de la CD de la AASM, Martín De Lellis y Eduardo Keegan. Además, participaron las autoridades de la delegación, Claudia Amigo, Claudia Bongiorno y Elvira Chaar de Diaz Nóbrega. La Jornada fue un éxito total.

OMS

El presidente de la WFMH, Alberto Trimboli, participó del 21 al 25 de mayo, en Ginebra, de la Asamblea General de la OMS. Durante su discurso ante representantes oficiales de los gobiernos de todo el mundo, solicitó que se respeten los derechos de las personas

con padecimiento mental a acceder a todas las prestaciones en los servicios de salud mental en la comunidad, incluida la internación en hospitales generales, en caso de ser necesario, entre otras.

Durante la visita a Ginebra el Dr. Trimboli se reunió con el Dr. Shekhar Saxena, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS con quien intercambió temas relacionados con la salud mental.

Reunión con DNSMyA

En el mes de mayo, miembros de la CD de la AASM mantuvieron una reunión con el Dr. Daniel Espinosa, Subsecretario de Promoción de la Salud y el Lic. Luciano Grasso, Director Nacional de Salud Mental y Adicciones. Durante la reunión se abordaron temas relacionados con la necesidad de llevar a cabo la reforma del sistema de salud mental en nuestro país para cumplir con la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Algunos temas abordados fueron: la apertura de los dispositivos intermedios, avance en los abordajes comunitarios y territoriales, la jerarquización de los servicios de salud mental en hospitales generales con estructuras acordes al nuevo paradigma, la apertura de camas de internación en los hospitales generales, tanto públicos como privados, la vigencia de la RISAM, como dispositivo ideal para la formación interdisciplinaria, la puesta en marcha de la Resolución Ministerial 2340/15 sobre la Especialidad en Psicología Clínica, vigente desde su publicación en el Boletín Oficial en enero de 2016, entre otros temas.

Creación de la Delegación Pergamino

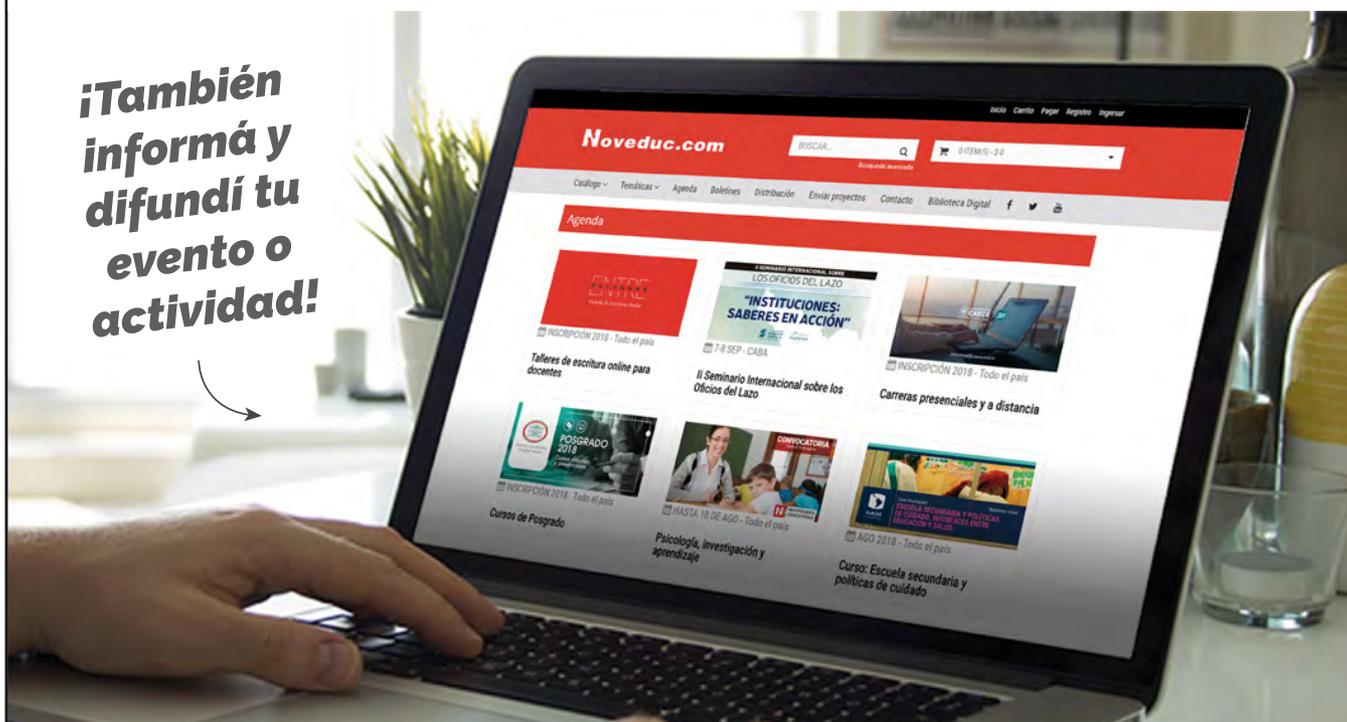
Marcos Carini, Director de Adicciones del Municipio de Pergamino se encuentra abocado a la fundación de la Sede Pergamino y alrededores de la AASM. Es un enorme placer contar con una sede en esa región de nuestro país. Los mantendremos informados acerca de los avances en su conformación y posterior organización de actividades.

Reunión con la Comisión de Salud de la Legislatura

La Asociación Argentina de Salud Mental fue invitada por la directora de la Comisión de Salud de la Legislatura porteña a exponer las actividades que desarrolla nuestra institución. Si bien la AASM tiene un alcance nacional, en la reunión con integrantes del despacho de la funcionaria se le transmitieron algunas preocupaciones relacionadas con la jurisdicción: servicios de salud mental con estructuras antiguas y con muy pocas jefaturas, falta de espacio físico, profesionales de escalafón general que desempeñan la misma tarea que los que pertenecen a la carrera de salud con haberes diferenciados, incorporación de los profesionales suplentes de guardia en planta, guardias abarrotadas por falta de profesionales, entre otras preocupaciones.

Todos los meses, contenidos actualizados en
Noveduc.com

**¡También
informá y
difundí tu
evento o
actividad!**



Catálogo de libros
para profesionales de la salud



Comprá en línea
y lo enviamos a tu domicilio

10%
Descuento

**DESCUENTO ESPECIAL
PARA SOCIOS AASM**

Utilizá el código de descuento **socioaasm**
antes de finalizar tu compra.

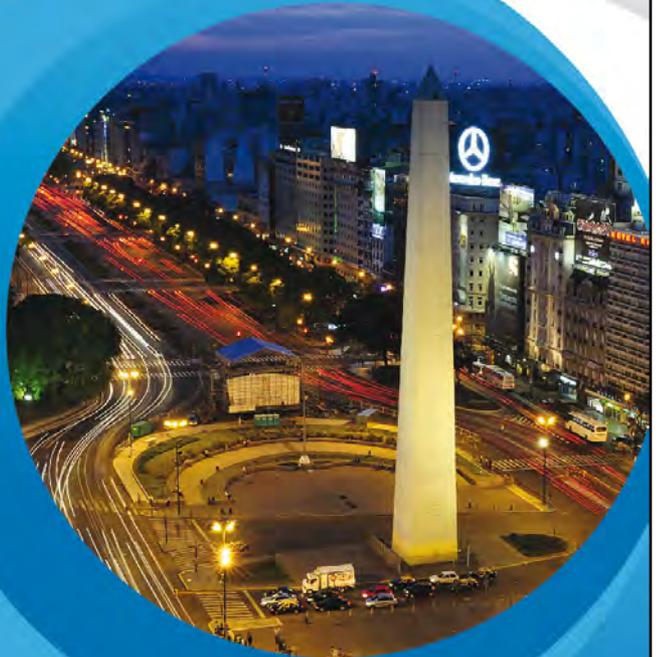
AASM | Asociación Argentina
de Salud Mental

Consultas: contacto@noveduc.com



CONGRESO
MUNDIAL
DE SALUD
MENTAL
BUENOS AIRES 2019

5 al 8 de Noviembre de 2019
Panamericano Hotel & Resort
Ciudad de Buenos Aires



Abordajes inclusivos en **salud mental**. Clínica, comunidad y derechos.

Secretaría Local del Congreso
Guardia Vieja 3732, 1°A • Buenos Aires, Argentina
Tel/Fax: +54 11 2000-6824 • congreso@wfmh2018.com

AASM | Asociación Argentina
de Salud Mental



wfmh2019.com