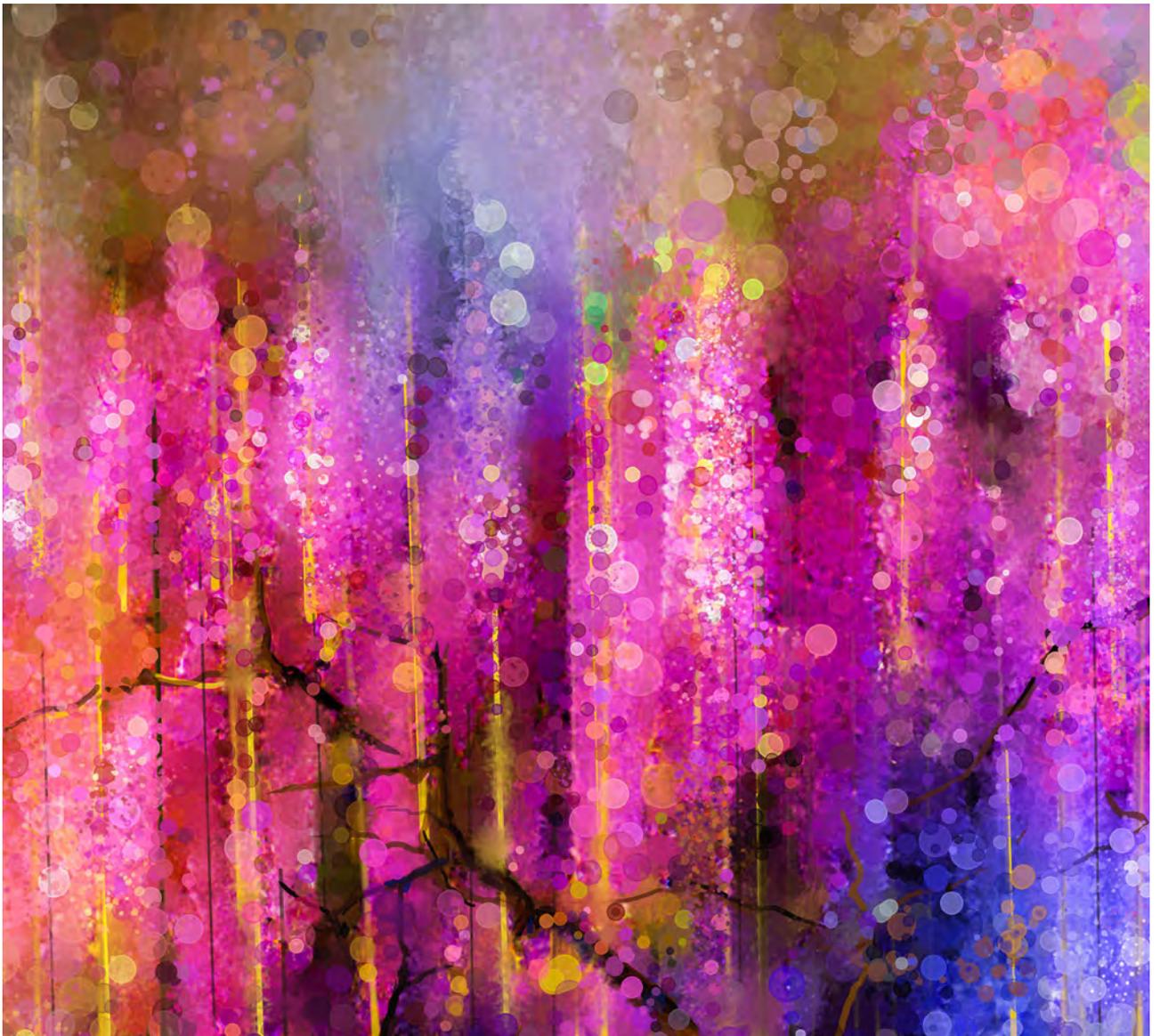




# CONEXIONES

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

AÑO 11 N° 31 NOVIEMBRE DE 2018  
DISTRIBUCIÓN GRATUITA



**CONTENIDO:** El deseo de la cura, la cura del deseo (*M. Colucci*) • 1948. El III Congreso Internacional de Salud Mental (*H. Vezzetti*) • El problema de la técnica en psicoanálisis (*P. Fridman*) • Los juegos que desafían a la muerte (*L. V. Moneta*) • Qué es el diagnóstico para el psicoanalista (*N. Yellati*) • De la patologización a la inclusión (*A. Kaplan*).

# Lanzamientos

COLECCIÓN  
Conjunciones



## INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS PATOLOGIZADAS

*La clínica psicoanalítica frente al  
arrasamiento de la subjetividad*

Beatriz Janin

Octubre 2018 - 244 páginas

## DIAGNÓSTICOS Y CLASIFICACIONES EN LA INFANCIA

*Herramientas para abordar la  
clínica. Ilusiones y desilusiones  
en las prácticas*

Silvia Morici, Gisela Untoiglich  
y Juan Vasen (comps.)

Octubre 2018 - 260 páginas



Conocé la colección completa en [Noveduc.com](http://Noveduc.com)

Año 11 - N° 31 - Noviembre de 2018

**Director:**

Alberto Trimboli

**Director Asociado:**

Juan Carlos Fantin

**COMITÉ EDITORIAL**

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

**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*

**Noveduc.com**

# Contenidos

- 5** **Salud Mental. Balances y perspectivas**  
*Alberto Trimboli*
- 6** **Capítulos de la AASM**
- 8** **El deseo de la cura, la cura del deseo**  
*Mario Colucci*
- 10** **1948. El III Congreso Internacional de Salud Mental**  
*Hugo Vezzetti*
- 16** **El problema de la técnica en psicoanálisis**  
*Pablo Fridman*
- 20** **Los juegos que desafían a la muerte**  
*Liliana Verónica Moneta*
- 23** **Qué es el diagnóstico para el psicoanalista**  
*Nestor Yellati*
- 26** **De la patologización a la inclusión**  
*Andrea Kaplan*



Foto de tapa: 123rf.com.

## 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

# Salud Mental. Balances y perspectivas

## 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://facebook.com/alberto.trimboli)

Queridos amigos:

Se acaba otro año y el final de cada uno de ellos favorece la realización de balances. En la AASM, como organización interdisciplinaria que se ocupa de todas las cuestiones de ese campo, debemos hacer un balance doble: uno referido a la salud a nivel general en nuestro país y otro propio, el que nos incumbe como institución.

Acerca del que atañe al campo de la Salud en Argentina, lamentablemente, creemos que nos encontramos en un camino de franco retroceso: durante este año hemos padecido, por un lado, la pérdida del Ministerio de Salud, que fue subsumido dentro del Ministerio de Desarrollo Social y, por el otro, el despido de numerosos trabajadores del Hospital Posadas, varios de ellos del área de Salud Mental. El panorama en la Ciudad de Buenos Aires no es mejor: no solo no se evidencian avances en la adecuación de los hospitales monovalentes de Salud Mental y no se crean dispositivos intermedios, sino que el Ministerio de Salud de la CABA dispuso unificar cinco hospitales en uno, lo que significará un nuevo retroceso en el área.

Otra de las cuestiones alarmantes es la reciente aprobación de la Ley de Profesionales de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en la que no solo se deja en situación de inestabilidad a los actuales trabajadores, sino que se excluye a los licenciados en Enfermería, a los profesionales que actualmente se desempeñan en el área de Salud en el Escalafón General y también a los profesionales suplentes de Guardia, entre otras medidas.

En años oscuros de la Argentina se difundía una propaganda del gobierno que afirmaba que "Achicar el Estado es agrandar la nación". Hoy observamos que la historia se repite cruelmente desde la lógica de ese ajuste. La decisión gubernamental de eliminar el Ministerio de Salud implica un retroceso de casi setenta años: en 1949 el Dr. Ramón Carrillo se convirtió en nuestro Ministro de Salud Pública, instalando la lógica del Estado presente y garante de la salud de todos los ciudadanos.

En nuestro campo específico, en lo relativo a la adecuación del sistema de salud que ordena poner en práctica la Ley

Nacional de Salud Mental, la situación no es menos crítica. No se vislumbra un verdadero avance en el cumplimiento pleno de dicha Ley, salvo en muy contadas jurisdicciones de nuestro país. En especial, en la Ciudad de Buenos Aires se advierte una resistencia a implementar la adecuación de los hospitales monovalentes, a crear dispositivos intermedios y, además, un evidente rechazo a la apertura de salas de Salud Mental en hospitales generales. Tampoco se implementan políticas públicas tendientes a generar dispositivos territoriales con base en la comunidad.

En cuanto al balance que nos toca realizar como organización, no podemos más que sentirnos satisfechos. En efecto, durante este año hemos transitado un camino que, si bien es consecuencia de un proceso iniciado hace tiempo, consideramos como uno de los más fructíferos y de mayor crecimiento.

En el área de docencia, en 2018 impartimos más de setenta cursos virtuales y presenciales, que atrajeron a más de mil interesados de todo el país y del exterior.

Otro de los eventos que nos llenó de orgullo fue nuestro XII Congreso, en el que participaron casi cuatro mil personas. De ese encuentro fueron parte Franco Rotelli, Roberto Colapietro y Alessandro Norbedo, todos de Trieste.

Otros motivos que influyen positivamente en nuestro balance son las invitaciones recibidas para participar en los congresos de Trieste, Singapur, Houston y Malta; además, concurrimos a Ginebra (Suiza) con motivo de una Reunión del mhGAP de la OMS. Y una actividad que nos llenó de alegría fue la mesa redonda que nuestra institución organizó en el Hospital Álvarez, sobre el proceso de desistitucionalización en Italia, con Giovanna del Giudice (Trieste) y Michela Vogrig (Udine).

Por último, deseo invitarlos a participar del Congreso Mundial de Salud Mental que se realizará en Buenos Aires del 5 al 8 de noviembre de 2019.

Un abrazo,

**Dr. 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
- Arte y salud mental
- Bioética
- Clínica y psicopatología
- Creación, subjetividad y lazo social
- Cuidados paliativos y salud mental
- 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
- Estrategias de reducción de riesgos y daños en el abordaje integral de los consumos
- Estrés y trauma
- Familia, pareja y grupo
- Géneros
- Historia de la salud mental en Argentina
- Interdisciplina en salud mental
- Lo disruptivo y lo traumático
- Los usos del tiempo en salud mental
- Musicoterapia y salud mental
- Neurociencias
- Perinatología y salud mental
- Psicoanálisis y psicosis
- Psicología positiva y mindfulness
- Psicología y terapia cognitiva
- Psicofarmacología y terapias biológicas
- Psiconeuroinmunoendocrinología
- Psicooncología y psicoanálisis
- Psicoprofilaxis clínica y quirúrgica
- Psicoterapias
- Psicoterapia integrativa
- Salud mental infantojuvenil
- Salud mental laboral y previsional
- Salud mental y espiritualidad
- Salud mental y trabajo social
- Suicidio: prevención y consecuencias clínicas y sociales
- Trastornos de alimentación: obesidad

## Próximas actividades científicas de la AASM

### CURSOS PARA GRADUADOS 2019

- **Espacio Clínico. Curso para graduados de clínica psicoanalítica.** Dirección: Darío Galante, Alberto Trimboli. Inicio: marzo 2019
- **Curso para graduados de políticas, planificación, gestión y administración de instituciones y servicios de salud mental.** Dirección: Alberto Trimboli, Gustavo Bertran, Eduardo Grande. Inicio: marzo 2019
- **Diplomatura universitaria en políticas, planificación, gestión y administración de instituciones y servicios de salud mental.** Dirección: Alberto Trimboli, Gustavo Bertran, Eduardo Grande | Inicio: marzo 2019
- **Curso para graduados teórico - clínico Familia y Pareja.** Dirección: Silvia Raggi y Amalia Barcan | Inicio: abril 2019
- **Curso para graduados en clínica psicopatológica.** Dirección: Juan Carlos Fantin | Inicio: abril 2019

**MÁS INFORMACIÓN:** en [www.aasm.org.ar](http://www.aasm.org.ar) o telefónicamente al (54) 11-2000-6824 y (54) 11-4978-7601 o vía e-mail [administracion@aasm.org.ar](mailto:administracion@aasm.org.ar)

# El deseo de la cura, la cura del deseo<sup>1</sup>

## Mario Colucci

Psiquiatra (Salud Mental, Trieste) y psicoanalista (Forum Lacaniano Italiano y Escuela de Psicoanálisis de los Forums del campo lacaniano). Docente en Escuela de Especialización en Neuropsicología (Trieste) e Instituto para la clínica de los lazos sociales (Venecia).

Mi experiencia laboral es doble: por un lado, la de un psiquiatra que trabaja en un servicio territorial, un centro de Salud Mental en Trieste, ligado a la herencia del pensamiento y la práctica de Franco Basaglia. Por otro lado, es también la experiencia de un psicoanalista formado en las lecciones de Freud y de Lacan.

Mantener juntas estas dos instancias no ha sido fácil: esto depende de la lejanía teórica de dos referencias culturales que históricamente han tenido gran dificultad para hablar entre sí y poco interés por entrecruzar sus prácticas. En fin, me parece que se ignoraron recíprocamente, que resultan extrañas e indiferentes la una a la otra, más que realmente incompatibles. Por eso, yendo contra la corriente, se me ocurrió escribir (Colucci et al., 2006) acerca de su posible cercanía, entrevistando de algún modo una semejanza ética en relación con el acto de la cura.

Fulvio Marone –psiquiatra basagliano y psicoanalista lacaniano– escribió, a propósito de la psiquiatría alternativa italiana que, más allá de las críticas, se necesitaba tener el coraje de “bien decir”. ¿Qué significa “decir bien” de las prácticas de salud mental alternativas a las instituciones totales? Significa evidenciar en la clínica “aquellos momentos felices (...) que a posteriori, y gracias a una teoría más potente, puedan ser interpretados como actos” (Marone, 1999). Se refiere al psicoanálisis como teoría más potente. Y es verosímil que la mención de los “momentos felices” esté inspirada en la expresión usada por Basaglia, cuando el psiquiatra veneciano se refirió al cierre del manicomio y al trabajo sobre el territorio definiéndolo como el “momento feliz en el cual se podría comenzar a afrontar los problemas de un modo diferente” (Venturini, 1979). Se trata de un momento feliz porque es el de un acto concreto de responsabilidad por parte del curador; del valor al mismo tiempo político (el cierre del manicomio) y epistemológico (la suspensión del saber psiquiátrico). Un acto del deseo que abre otra escena terapéutica en la ciudad y termina por incidir sobre el real de la enfermedad. Creo que, a partir de este acto, es posible trazar un círculo virtuoso entre praxis y teoría y anudar dos lecciones, la de la cultura psiquiátrica alternativa y la freudiana y lacaniana: un anudamiento que significa “no ceder respecto de la complejidad como horizonte cognoscitivo y a la subjetivación como compromiso ético” (Capraris et al., 2011).

Pero, ¿dónde se produce este nudo? ¿En Italia, en las prácticas de los departamentos de Salud Mental, muy frecuentemente signadas por una medicalización extrema, con negación de la subjetividad del usuario y que incluyen ejemplos de una clara violencia institucional? ¿En los servicios psiquiátricos de diagnóstico y terapéutica, que trabajan a puertas cerradas y utilizan contenciones físicas? Es desalentador observar la caída vertical de la ética de la cura en muchas instituciones italianas: no solo no hay espacio alguno para un saber alternativo a la psiquiatría biológica ni tampoco para el psicoanálisis, pero el dato de hecho es la presencia de una mentalidad prevalentemente desvalorizadora en las comparaciones de aproximaciones a la persona, de acuerdo a su historia de vida y a las expresiones de su palabra.

¿De qué depende esto? Muchos pueden ser los factores, pero señalo dos, a mi juicio, importantes. El primero está ligado a una solicitud, implícita o explícita, que el equipo de salud hace a la persona signada por una grave condición de enfermedad: que cese de delirar, que finalmente adhiera al tratamiento y se deje manejar. El objetivo del proyecto terapéutico consiste en adecuarse al proyecto mismo. El terapeuta se muestra desconfiado en el momento en que aflora una particularidad del sujeto, que es vivida como resistencia e irreductibilidad, con todas las consecuencias que derivan en términos de coerción y privación de elecciones. Para el terapeuta, adherir al proyecto terapéutico significa recuperar, por parte del sujeto, una plenitud de sentido. ¡Y esto en interés del sujeto! Pero sabemos cuántos errores pueden cometerse, aun de buena fe, al actuar en nombre de aquello que se presume que sea el interés del sujeto.

Esta actitud del equipo puede comportar un refuerzo de la dependencia del usuario del servicio de Salud Mental, uno de los efectos más temibles de muchas direcciones de la cura en el interior de las instituciones, sobre todo en los términos de una mortificación de su deseo y de un forzamiento hacia direcciones rehabilitadoras no personalizadas que no escuchan la demanda y proveen respuestas estandarizadas. Pero también en los términos de una inhibición del deseo del terapeuta, condicionado a perseguir esquemas de intervención preordenados, que derivan en objetivos precisos institucionales más que en elecciones subjetivas.

Y aquí arribamos al segundo factor importante: la posición del terapeuta. El psicoanálisis (o, mejor, el psicoaná-

lisis que nace de las lecciones de Lacan) promueve una demanda incómoda pero éticamente irreprochable: es necesario poner en crisis la posición de aquel que pretende saber de antemano lo que es importante para la persona. Quien afirma “Déjate cuidar porque yo resolveré tu problema” dirige la relación terapéutica hacia un callejón sin salida. Representa el saber como un depósito adquirido e impone el propio rol como el de quien educa y enseña porque sabe más desde lo alto de su conocimiento acumulado.

La dinámica de maestría que resulta ejercitada sobre el otro es consecuente con el espíritu de la época en que vivimos, en la que el Discurso Universitario propone, con un salto de un cuarto de giro, el modelo del discurso del Amo (Lacan, 1991/1969-1970). El Discurso Universitario es un Discurso del Amo que fue al encuentro de una transformación del orden de la corrección, de la purificación y del perfeccionamiento. Es un discurso de saber que aspira al saber puro, pero que describe además una relación de poder, asumiendo un carácter universitario o más precisamente universal. Es decir, irrefutable en su formulación empírica y objetiva, puede instalarse en una posición neutral e impersonal. Y, al mismo tiempo, puede producir un efecto devastador, o sea, una cancelación del sujeto.

Y bien, la puesta en crisis de la posición de Amo del terapeuta puede inaugurar el acto concreto de anudamiento de la función del deseo con la ética de la cura: deseo de una cura que sea sobre todo cura de un deseo singular. Sin embargo, hacerse cargo del deseo en el interior de nuestras asociaciones es muy difícil, dada la rutina de los enfoques y la repetición de las respuestas. La máquina de la asistencia resulta siempre más exigente en cuanto al número de prestaciones, de caminos acreditados y de soluciones validadas y compartidas, y deja poco espacio a la creatividad: ahora es el tiempo de los cálculos y las computaciones. Las direcciones de la cura corren el riesgo de ser reducidas a la aplicación de protocolos con la idea de que exista un saber del Otro sobre el sujeto, capaz de reparar los defectos de funcionamiento. Saber neutral que tendría la ventaja de aligerar al terapeuta y de no hacerlo sentir responsable de su acto. El efecto desastroso es que el terapeuta no espera ninguna rectificación subjetiva por parte del sujeto y no le solicita que se implique en su acto de cura, ni que haga del mismo la función de su deseo.

Pero entonces, ¿dónde sobrevive el deseo? Hace algunos años, en una entrevista de Annalisa Davanzo, una psicoanalista lacaniana, el entonces director del Departamento de Salud Mental de Trieste, Peppe Dell’Acqua, recordaba la transversalidad de la mirada que había sido necesaria para cerrar el manicomio de esa localidad. O sea, la necesidad de involucrar en la dirección de la cura al actor, al artista, al obrero, al filósofo, en una pérdida progresiva de la propia especificidad y del propio rol de psiquiatras. Al final, Dell’Acqua se preguntaba “Pero yo, ¿qué sé hacer?

Nada. ¿Sé usar el DSM? ¿Sé hacer una psicoterapia? No. Si me despidieran, ¿qué podría hacer? No sé hacer nada. ¿Qué he aprendido en estos años?”. Annalisa, sin dejar escapar el precioso tiempo de la puntuación, exclamó: “A ver las personas, una por una”. “Sí, eso”, se hace eco Dell’Acqua. Ver las personas una por una: una apuesta en nuestros servicios de Salud Mental, siempre atestados de protocolos institucionales y de cumplimiento de objetivos, de resultados, tanto como para hacer pensar que no hay más esperanza de que puedan tener algo que compartir con un proyecto de cura inspirado en el psicoanálisis.

Si es así, ¿dónde recomenzar? Los servicios territoriales son cotidianamente interpelados acerca de una cantidad de cuestiones inimaginables hasta hace poco. Ciertamente, existe la carga de las personas afectadas de psicosis, con sus infinitas necesidades, que representan el primer objetivo de la misión de un Departamento de Salud Mental. Se trata de un compromiso de incomparable riqueza y, en gran parte de los casos, de un fuerte involucramiento del operador, incluso por la expresividad evidente de muchos elementos clínicos que hacen único nuestro trabajo. El cierre del manicomio en Italia ha determinado un cambio radical no solo de la oferta de la cura sino, sobre todo, en la demanda de la persona portadora de necesidades complejas. Las mismas no están exclusivamente ligadas al plano clínico (considerando cuánto ha cambiado la expresividad clínica de la psicosis fuera de los muros del manicomio en el contexto de la ciudad) y al plano social (es decir, la atención inevitable de parte de un servicio también a las necesidades materiales), sino en particular a un deseo del usuario de que se reconozca una dimensión subjetiva que va más allá de la enfermedad y de sus limitaciones.

Probablemente, uno de los empujes más interesantes del hacerse cargo de las personas afectadas de un severo trastorno mental en relación a los servicios territoriales reside en la capacidad de promover aquel proceso que es llamado con un fastidioso término inglés (*recovery*), que puede ser traducido al italiano como retomarse, recuperarse, restablecerse, emanciparse de la enfermedad. En tanto estos términos requieren una conversión en el lenguaje psicoanalítico, aquello que emerge es en definitiva la importancia siempre atribuida a la capacidad de la persona de narrar su historia, partiendo de los propios puntos de fuerza de su deseo de emancipación, a través de la construcción de una suplencia que pueda permitirle vivir y amar, al margen de la psicosis.

Junto a esto, se espera que un servicio de Salud Mental maneje una cotidianidad que nace de la miseria histórica por la cual, como dice Freud, “mucho será ganado si se alcanzara a transformarla en una infelicidad común” (Freud, 1967/1893-95). Dentro de la expresión miseria histórica se pueden considerar todos los síntomas de aquellas neurosis de la modernidad hechos de inhibiciones, pánico, angustia y somatizaciones, en su indigerible empasto con la miseria

material de nuestros tiempos, frente a la cual la psiquiatría biológica responde con implacable despersonalización. A menudo la respuesta no está a la altura de la demanda, vista la crónica falta de tiempo a disposición de los operadores. Sin embargo, una mirada transformada del psicoanálisis puede orientar la dirección de la cura hacia canales nuevos e imprevistos, no necesariamente trazados por la ineluctabilidad del fármaco antidepressivo asumido por años. Como nos recuerda Antonello Correale (2010), es importante mantener encendida una atención freudiana, libremente flotante; una capacidad de estar, con una modalidad distinta de la habitual, un poco adentro y un poco afuera de la relación; cerca de la persona, pero no demasiado, recogiendo el instante y lo particular, el detalle escondido entre los pliegues del discurso, saliendo de la respuesta golpe a golpe y del cortocircuito de lo obvio. Esto puede provocar inesperadamente la reactivación de una dimensión de deseo inhibida por la rutina y un destino diferente en la dirección de la cura.

Sin embargo, creo que lo que compromete siempre más a los operadores de salud mental son los trastornos del comportamiento, tanto las conductas antisociales contra las personas o el patrimonio, como las de dependencia a sustancias, de compulsiones o de lazos patológicos con resultados a veces dramáticos en términos de auto y heteroagresividad. En estos casos, tomamos conciencia de cuán imposible es el mandato de la psiquiatría comunitaria y de cómo el rol de los operadores se halla lacerado por las contradicciones entre el propósito de curar y el de controlar. Es decir, entre promover la autonomía y la reconquista de los derechos de ciudadanía y el actuar para el manejo del comportamiento y de los riesgos sociales.

La discriminación no es simple y a veces el equipo se mueve alrededor del requerimiento de una sanción, más que de una cura, pidiendo en voz alta que la persona asuma una responsabilidad subjetiva, sobre todo en los casos en los que la agresividad o el trastorno del comportamiento hayan puesto en riesgo la integridad del mismo equipo. En estas situaciones y en todas aquellas en las que se requiere una inmediatez en la intervención se verifica la dificultad de preservar el tiempo de la demanda que proviene del sujeto. Incluso si a menudo la misma está ausente, existe más bien aquella del Otro social, de la familia, del ambiente laboral, de las fuerzas del orden, de la justicia, etcétera (Marone, 2013). El propósito del equipo es mediar entre todas estas demandas para reencauzar la del sujeto, aun en la urgencia de la situación, evitando la presunción de creer saber cuál es el interés de la persona. La subjetivación es el compromiso ético sobre el que es preciso no ceder.

Y además está la responsabilidad del operador, que debe saber orientar la situación de crisis en una dirección terapéutica y poner límites a un comportamiento desviado con una acción capaz de asumir, frente a un usuario agitado, una posición normativa y afectiva al mismo tiempo, que tenga

valor de reaseguro y de contención de la angustia. En este caso, más que de control social (es decir, de una aplicación fría, anómica de la ley, sin el deseo que nace del compartir una historia de vida y un contexto de cura), se trata de una modulación de goce, es decir, de una regulación de lo actuado a través de una nueva escansión de la ley.

Quisiera concluir citando un episodio que me sucedió hace algunos años en Argentina, durante un curso de formación dirigido a operadores de la psiquiatría, que tenía el objetivo de sostenerlos en la aplicación de la nueva Ley Nacional de Salud Mental. Me impactó la intervención de una psicoanalista argentina que trabajaba en una institución psiquiátrica de la edad evolutiva. Ella declaró honestamente su perturbación, pero también su entusiasmo, originados al comenzar a visitar la casa de sus pequeños pacientes. Se preguntaba cómo conciliar las exigencias del *setting* con esta práctica nueva a domicilio, que encontraba muy interesante. Personalmente, la sostuve diciéndole que se trataba de una práctica legítima y que ella, empujada por su deseo, había encontrado el justo equilibrio para armonizar los dos aspectos de la cura. Obviamente, me interrogué sobre la naturaleza de su dificultad y sobre la pertinencia y adecuación de todas aquellas formaciones psicoanalíticas que se confinan a la restricción de un *setting* cerrado y llevan a la inhibición del deseo, en lugar de a su apertura. Si el psicoanálisis es la cura que se espera de un psicoanalista, como dice Lacan, en el caso de los pequeños pacientes que no dejan sus habitaciones a causa de su cuadro clínico o por no ser acompañados por sus padres, ir a domicilio es, de algún modo, aquello que se espera de un psicoanalista capaz de asumir la responsabilidad de ir al encuentro de la demanda del sujeto.

#### NOTA

1. Intervención pronunciada el 17 de diciembre de 2016 en Venecia Mestre para la jornada de apertura del ICLeS (Instituto para la clínica de los lazos sociales) para el año de curso, titulado "Inhibición, acto deseo. Dificultad y recursos en la cura".

#### BIBLIOGRAFÍA

- Basaglia, F. (1979). *Prefazione*. En E. Venturini, *Il giardino dei gelsi*. Turín: Einaudi.
- Colucci, M., Di Vittorio, P. (2006). *Franco Basaglia*. Buenos Aires: Nueva Visión, pp. 219-227.
- Correale A. (2010). La psicoanalisi al di là dei soliti confini. En *Ricerca psicoanalitica*, Nº 2, pp. 31-41.
- De Capraris, L.; Imparato, A. (2011). Lacan a Scampa. *Psiquiatría di frontera*. En *L'ippogrifo*, Nuova serie, Nº 5, p. 88.
- Freud, S. (1967). *Studi sull'isteria*. Turín: Boringhieri. (Trabajo original publicado en 1893-1895).
- Lacan, J. (1991). *Le séminaire. Livre XVII. L'envers de la psychanalyse.*, París: Éditions du Seuil. (Trabajo original publicado en 1969-1970).
- Marone, F. (1999). La psiquiatría alternativa italiana. En *La psicoanalisi* Nº 25, enero-junio, pp. 100-110.
- Marone, F. (2013). Soggetti, protocolli e tigris di carta. En *aut aut*, Nº 357. [https://issuu.com/autaut/docs/autaut\\_357\\_anteprema](https://issuu.com/autaut/docs/autaut_357_anteprema)

# 1948. El III Congreso Internacional de Salud Mental

## Hugo Vezzetti

Profesor Titular Consulto (UBA) e Investigador Principal del CONICET. Decano normalizador de la Facultad de Psicología (UBA) durante la transición democrática. Integró el Comité de Dirección de Punto de Vista. Premio Konex 2004 ("Ensayo político") y 2016 ("Psicología").

### Historia<sup>1</sup>

El III Congreso Internacional de Salud Mental, organizado por la British National Association for Mental Hygiene, se reunió en agosto de 1948. Reemplazaba y continuaba los anteriores congresos sobre higiene mental. Allí nació la World Federation for Mental Health y, de algún modo, pueden situarse en ese evento los comienzos de un nuevo paradigma de la salud mental.

En general se han remarcado las modificaciones respecto de la tradición de la higiene. Ante todo, en el lenguaje: "salud" reemplaza a "higiene". Y, con la creación de las nuevas organizaciones internacionales en salud y educación, la OMS y la UNESCO, cambia la relación muy directa del Congreso. Pero el movimiento de la higiene mental también había contribuido, sobre todo en los EE.UU. y en Inglaterra, a un impulso reformista que recaía sobre la vieja psiquiatría manicomial.

Las guerras y las catástrofes sociales crearon condiciones e impulsaron cambios en las ideas y los programas. En un tiempo más largo, en la Primera Guerra Mundial, emergieron las nuevas patologías (neurosis de combate, neurosis traumáticas) y se verificó una primera declinación de la psiquiatría organicista, fundada en la herencia y la "degeneración". Nació una nueva "psiquiatría dinámica", separada de la institución psiquiátrica.

Es importante, entonces, no quedarse con el impacto más cercano e inmediato de 1948. En EE.UU., desde los años 20 existía un Comité Nacional de Higiene Mental que buscaba cambiar las instituciones y los enfoques. En Inglaterra, la Clínica Tavistock había sido creada en 1920.

Por otra parte, el derrumbe económico y social de 1929, en EE.UU., tuvo un impacto socialmente reformista, equi-

valente al de la guerra. La condición, por supuesto, es que hubo profesionales capaces de asumir esos desafíos y renovar su pensamiento. Allí se crearon condiciones para una recepción del psicoanálisis, la psicología social y de grupos, la antropología y las ciencias sociales.

En ese momento se fortaleció la idea del trastorno como reacción, "desadaptación", así como el relieve de los factores ambientales, la crianza y el papel de la familia. Se plasmó una visión menos pesimista que la teoría de la degeneración acerca de la prevención y el tratamiento. Eso se extendió al tratamiento psicoanalítico de las psicosis, un área que se desarrolló sobre todo en los EE.UU. y en Inglaterra. El esfuerzo preventivo convocó a otros profesionales no médicos –psicólogos, sobre todo– así como a maestros y trabajadores sociales.

No faltó la proyección de los trastornos sobre una visión política de la sociedad: las reformas sociales podían ser mucho más efectivas que los esfuerzos focalizados en la ampliación de la asistencia individual o grupal. La prevención y los cambios deseables se desplazaban del sujeto individual a la sociedad, la familia, las instituciones.

Es importante advertir que los cambios en los paradigmas de pensamiento no se realizan en tiempos breves. De modo que el nuevo discurso de la salud mental que se consolida después de la Segunda Guerra e incluso las principales figuras que emergen en el Congreso de 1948 venían de esa experiencia previa.

Por ejemplo, John Carl Flügel era un psicólogo y psicoanalista británico y fue una figura prominente del Congreso de 1948. Pero su conocido libro sobre el psicoanálisis de la familia se había publicado en 1929. Y se refería a los efectos de la Primera Guerra con el objetivo de construir

la paz después de la catástrofe. Ya se dibujaba una familia que no era la de la eugenesia, determinada por la herencia, sino un refugio emocional y un agente educativo básico, formadora de sujetos equilibrados y capaces de afrontar las exigencias de la vida social.

De la higiene mental a la salud mental, entonces, no hay una "ruptura" ni epistemológica ni tecnológica: hay cambios y a la vez desarrollo y profundización de experiencias e investigaciones previas. Por supuesto, en la Argentina las cosas fueron diferentes, en la medida en que la Liga Argentina de Higiene Mental estaba dirigida por la misma vieja psiquiatría que gestionaba los manicomios. Pero no voy a entrar en esa historia.

### El Congreso de 1948

Este congreso se organizó como un acontecimiento internacional destacado. Fue precedido por reuniones preparatorias, comisiones e informes que, según los organizadores, abarcaron veintisiete países. Se trató de un acontecimiento global por la voluntad de abarcar el mundo, incluso el soviético: ellos que rechazaban participar, aunque sí lo hicie-

ron algunos países de Europa del Este: Polonia, Hungría y Checoslovaquia.

La novedad residía tanto en esa organización preparatoria, durante meses, con documentos e informes de grupos en los países invitados, como en las disciplinas convocadas. La Psiquiatría, la Psicología y el Trabajo Social eran las profesiones más representadas, pero también participaron en el congreso y en las reuniones previas especialistas de la Sociología y la Antropología, el Derecho, la Educación, la Filosofía y las Ciencias Políticas, la Teología y la Administración. La otra novedad era el propósito de intervención política, ya que concluyó con recomendaciones a las autoridades y las organizaciones de la sociedad.

La guerra era el motivo mayor, reiterado, el mal o la "enfermedad" que se trataba de prevenir, el fantasma que se buscaba conjurar. "¿Puede prevenirse la catástrofe de una nueva guerra mundial?". Esta era una pregunta incluida en la encuesta previa al Congreso. Emergía a la vez como una evocación del trauma sufrido y como una amenaza para un futuro inmediato, en la medida en que el curso hacia una Tercera Guerra Mundial aparecía como un desenlace posible.

**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 Lamosky • 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 • Candela Chuliver  
Mariana Lalín • Gabriela Faduaga

*Letra Viva*

## 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

Lo nuevo era que las condiciones y causas de la guerra se revelaban como una “crisis de las relaciones humanas”. Una idea fuerte dominaba ese pensamiento: la paz se construye en la mente y en el corazón de los sujetos. Una visión que también se exponía en los propósitos de la UNESCO. La edificación de la paz dependía mayormente de factores psicosociales. Por consiguiente, la prevención debía extenderse a la vida social, pero también a la política internacional.

En ese sentido, se ampliaba la mirada sobre los grupos y los vínculos sociales más allá de la familia, el trabajo o la educación, temas clásicos de la higiene mental desde los años 30. Esa ampliación de los objetivos se correspondía con la composición pluridisciplinar del grupo encargado de la preparación y la invitación multinacional de los participantes. En la Comisión Internacional, los psiquiatras estaban en minoría. Y varios eran psicoanalistas o incorporaban el psicoanálisis en su visión de la salud mental, como el norteamericano Harry S. Sullivan o el británico Henry W. Dicks, de la Tavistock Clinic.

El presidente del Congreso fue John R. Rees, psiquiatra británico, miembro de la Tavistock desde los años 30. Fue también el primer presidente de la Federación Mundial para la Salud Mental, creada durante el Congreso. Las otras figuras importantes fueron Harry S. Sullivan, de EE.UU. y el canadiense George Brock Chisholm. Los tres eran psiquiatras que habían participado de la experiencia de la guerra.

Ahora bien, más allá de los propósitos globales y de la amplitud de la convocatoria, lo cierto es que los participantes, en una abrumadora mayoría, eran norteamericanos o ingleses. Y los organizadores y autoridades eran las figuras mayores de los servicios de Salud Mental de las potencias occidentales que habían ganado la guerra. Ese predominio occidental, en el marco de la Guerra Fría, se constituía en un obstáculo insalvable para el objetivo de promover un discurso y un movimiento que pretendían situarse por encima de las naciones, de las culturas y las ideologías.

### **World Citizenship**

El objetivo global estaba planteado en el documento que sirvió de base para la convocatoria del congreso, *Mental Health and World Citizenship*. Allí se afirmaba que el objetivo último de la salud mental era ayudar a la gente a “vivir con otros en el mismo mundo” y “promover en los pueblos y naciones el mayor nivel posible de salud mental en la dimensión más amplia, médica y biológica, educacional y social”.

En ese documento se llamaba a formar “una comunidad mundial edificada sobre [...] el respeto por las diferencias individuales y culturales”. Y la “ciudadanía mundial” era presentada como un objetivo que empezaba a realizarse en los cambios atribuidos a la victoria sobre los fascismos.

Era definida como “lealtad al conjunto de la humanidad”; debía nacer de un movimiento que abarcaría y superaría las lealtades tradicionales: la familia, la comunidad y la nación. Destaco esa referencia a la *humanidad*, sobre la que voy a volver.

Ahora bien, el fantasma de la guerra pasada y la construcción de la paz borraba (o procuraba borrar) la confrontación presente. En junio de 1948, dos meses antes del Congreso, se inició el bloqueo soviético a Berlín.

De modo que la guerra no era una amenaza lejana. Por supuesto, el documento había sido escrito antes, en el clima de colaboración entre las potencias vencedoras propio de la inmediata posguerra. Pero, en ese momento, los sentidos de la “paz” estaban sometidos a enconadas disputas en el plano internacional.

### **Salud mental**

Vale la pena detenerse en los nuevos sentidos de la salud mental. Sobre todo, para advertir qué ha perdurado en el discurso y el movimiento correspondiente, más allá de la coyuntura difícil e irreplicable de 1948.

Por un lado, esa visión ampliada comenzaba por transformar la propia disciplina psiquiátrica. Lo sostenía William Menninger, que había sido jefe del servicio psiquiátrico del ejército norteamericano: “La psiquiatría es una ciencia médica, pero a la vez es, necesariamente, una ciencia social”<sup>2</sup>.

Por otra parte, entroncaba directamente con un tema que había surgido ya durante la guerra: la construcción subjetiva de la democracia y las libertades. Ya estaba presente, por ejemplo, en *El miedo a la libertad*, la obra de Erich Fromm publicada en 1941. O en la psicología de los grupos de Kurt Lewin, hacia 1939. La democracia como problema había entrado al programa y al vocabulario “psi”. Los nuevos temas de la investigación social y psicoanalítica eran el prejuicio, la personalidad autoritaria, el racismo, la intolerancia y la discriminación. Algo de ese enfoque psicosocial y de ese nuevo lenguaje, como es sabido, llegó a la Argentina con los trabajos de Gino Germani y la enseñanza de Enrique Pichon-Rivière.

Por supuesto, el marco norteamericano de esas investigaciones habilitaba combinaciones bastante eclécticas del psicoanálisis, la psiquiatría dinámica, el interaccionismo social y el pensamiento “culturalista”.

### **Familia y ciudadanía**

Por supuesto, la cuestión familiar emergía por todos lados. Pero alrededor de la familia ideal propugnada por el nuevo discurso surgían ambigüedades y malentendidos. Por una parte, estaba la visión más conservadora y tradicional: una comunidad jerárquica natural, refugio frente a las tensiones de la vida social, adaptada y más o menos conformista.

Pero esa figura se parecía mucho a la familia que autores como Reich o Fromm habían sancionado como semillas del fascismo. Entonces surgió otra idea, más moderna, de la familia como un espacio primario de aprendizaje democrático, que inoculara hábitos flexibles de autonomía, resistentes frente a la sumisión autoritaria; que formara sujetos capaces de aprender y ajustarse a las condiciones cambiantes de la vida social. Tomo a la familia como ejemplo de nociones y enfoques que se trasladaban a las visiones políticas sobre la “buena sociedad” y arrastraban esas visiones conflictivas a las ideas sobre el orden social y la “ciudadanía” deseables.

## La salud mental y la Guerra Fría

Vuelvo sobre la coyuntura de 1948. Por más que en sus objetivos y declaraciones el Congreso procuraba situarse por encima de la confrontación de la Guerra Fría, no podía evitar quedar incluido en la hegemonía económica y cultural de las potencias occidentales, lo que se ha llamado la *pax americana*.

Se entiende, entonces, que los soviéticos y los psiquiatras y académicos del movimiento comunista de Occidente, sobre todo los franceses, hayan declinado participar. En gran medida, el Congreso de Psiquiatría de París, en 1950, fue una respuesta a ese predominio norteamericano: en él participaron tanto los comunistas como los psiquiatras tradicionales.

La paz y la democracia eran valores inevitablemente controversiales desde el punto de vista ideológico. Algunos pasaban de repudiar las experiencias políticas de los fascismos en Europa a cuestionar el totalitarismo soviético. Pero también habilitaba miradas críticas sobre las condiciones de la vida social y política en los países occidentales.

Más allá de las declaraciones y las ilusiones del Congreso, la paz podía arrastrar distintos sentidos. Para los Estados Unidos significaba consolidar el nuevo orden, expandir su idea de la democracia, prevenir el fascismo y, sobre todo, el comunismo. Para la URSS y para los partidos comunistas se trataba de prevenir la amenaza de un ataque contra las posiciones soviéticas, sobre todo en Europa, y de impulsar la lucha antiimperialista.

En ese sentido, la guerra de Corea (1951) tuvo un doble efecto: fue un baño de realismo, si se quiere. Por un lado, mitigó el fantasma de la guerra planetaria y nuclear: en esa conflagración nacieron las guerras limitadas. Por otro, la confrontación arrasaba con la idea de una comunidad global por encima de los conflictos y los alineamientos internacionales. A partir de allí, el movimiento de la salud mental se extiende y difunde en las escalas nacionales, de acuerdo con diferentes tradiciones y experiencias. Y deja de lado ese proyecto de un orden de salud mental y bienestar en el mundo. O, en todo caso, si queda algo de

la utopía estará a cargo de funcionarios de los organismos internacionales que al mismo tiempo reproducen las hegemonías del orden internacional.

¿Qué ha quedado de ese proyecto ambicioso? Hay temas, enfoques, líneas de investigación y asistencia, nuevas instituciones. Todo esto es más conocido, pero señalo dos legados, no siempre reconocidos, de ese acontecimiento.

Primero, una idea exigente de la formación y el compromiso de los profesionales capaces de llevar adelante ese proyecto. Una de las afirmaciones más repetidas fue que los psiquiatras eran parte del problema antes que de las soluciones. Y esto se extiende a todos los profesionales involucrados que debían incorporar saberes diversos y aprender a mirar el mundo social. Se propuso una idea exigente de profesionales “globales”, que deberían formarse como los primeros “ciudadanos del mundo”.

En segundo lugar, hay otro rasgo que alude a la *humanidad*. La idea de que existen problemas graves que afectan a esta en su conjunto nacía en un ámbito conectado y a la vez autónomo respecto de las instituciones de la salud: los “crímenes de guerra” y los “crímenes contra la humanidad”. La Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio fue aprobada en diciembre de 1948. “Humanidad” es un término clave en ese discurso que brotó, en gran medida, de las ruinas y los muertos. Nacía un paradigma de los derechos humanos que terminará por edificar una nueva utopía en el mundo contemporáneo. En alguna medida, arrastraba una voluntad de reparación moral y de protección social que llegaba a la salud y la salud mental concebidas, de un modo enteramente novedoso, como derechos fundamentales.

### NOTAS

1. Exposición en las Jornadas Pasado y presente de la Salud Mental, Centro Argentino de Historia del Psicoanálisis, la Psicología y la Psiquiatría (CHP), Buenos Aires, Biblioteca Nacional, 25 de octubre de 2018. Retomo una síntesis de temas tratados en Vezzetti, H. (2016). *Psiquiatría, psicoanálisis y cultura comunista. Batallas ideológicas en la Guerra Fría*, cap. 2. Buenos Aires: Siglo XXI.
2. Menninger, W. (1947) The role of psychiatry in the world today. En *American Journal of Psychiatry*, septiembre. Reproducido en *American Journal of Psychiatry, Sesquicentennial Supplement*, 151(6), junio de 1994.



## 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 978-987-538-588-7 | 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

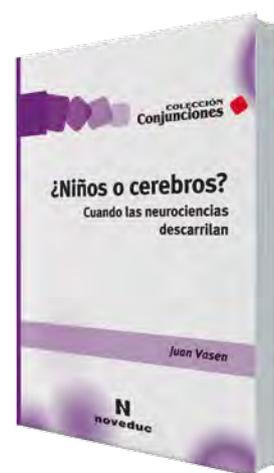
## ¿NIÑOS O CEREBROS?

*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



## CÓMO REDACTAR UN PAPER

*La escritura de artículos científicos*

Silvia Ramírez Gelbes

Destinado a profesionales y especialistas que necesitan escribir artículos científicos, pero también a estudiantes y graduados que deben conocer las particularidades del discurso académico. Los temas que trata teóricamente resultan ilustrados por una gran cantidad de ejemplos reales. Cada capítulo, además, ofrece una serie de ejercicios con su correspondiente clave de resolución. Escribir un artículo de investigación no es solo transmitir ciencia. Un artículo de investigación es tanto un aparato erudito que pretende ofrecer un aporte a la disciplina científica en la que se inserta, cuanto un aparato retórico que busca persuadir al lector de la legitimidad de ese aporte.

COLECCIÓN UNIVERSIDAD | ISBN 978-987-538-356-2 | 184 PÁGINAS



# El problema de la técnica en psicoanálisis

## Pablo Fridman

Doctor en Medicina, psicoanalista y psiquiatra. Fundador, expresidente y actual miembro de la CD de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Miembro vitalicio WFMH. Miembro EOL y AMP. Jefe del Servicio Salud Mental del Hospital Gral. de Agudos Dr. T. Álvarez.

Es una afirmación frecuente que el planeta se establece actualmente en las coordenadas de un mundo técnico, orientado hacia un ideal de eficiencia, sin una ética que se enuncie (al menos, explícitamente) como fundamento de ese mundo técnico como tal.

El imperativo del confort abarca áreas en las que hasta ahora era impensable su posibilidad: el aprendizaje, la actividad deportiva, todo empieza a redimensionarse a través de la lente de lo confortable, de lo que facilita, de lo que posibilita el todo..., de la forma más rápida y eficaz. El sujeto atrapado en el ideal de la eficacia vive en una vorágine que no le pertenece, plurideterminado por una sucesión de mecanismos (*gadgets*) que lo empujan al goce del cuerpo. En esa perspectiva, no se trata solo de la razón ordenadora en una concatenación de sentidos, sino de la pretensión ilusoria de saltar el intelecto. La técnica se constituye como aquello que podría evitar el malestar en la cultura, en el presente o en un futuro no muy lejano, donde relevaría al ser humano de aquello que siempre se rechaza naturalmente.

El objeto de consumo opera como un articulador que hace la vida más fácil, mas saludable o más placentera. Este "más" no es un dato que se deba pasar por alto.

La técnica en tanto procedimiento ha ocupado, en una vía pragmática de la demostración, el papel de validación de la ciencia, llegando a confundirse el procedimiento de implementación empírica con el argumento mismo de la afirmación teórica. Por esto, se hace menester separar el accionar técnico de la operatoria científica en sí, que incluso debe poder ir más allá del procedimiento mismo para poder cuestionarse con libertad. Quiero decir con esto que no es suficiente que los resultados sean positivos para validar una postura científica o una teoría. Resultados positivos

experimentales pueden inducir a error en las conclusiones que se pudieran pretender desprender. El argumento de validación por medio de la eficacia técnica puede implicar errores garrafales.

En nuestra época, es asimismo llamativa la convivencia de insospechables avances en el plano de la informática y rutas virtuales de información que se alimentan a sí mismas, con el curioso recrudescimiento y proliferación de cultos esotéricos y disciplinas alternativas consideradas mágicas o no científicas. A diario rejuvenecen (o aparecen) técnicas adivinatorias o predictivas que se proponen zanjar lo que en la historia ha sido determinado siempre en el campo de la imposibilidad humana (el futuro, la muerte, etcétera). También se presenta (de forma no contradictoria y en amable convivencia con la anterior) una postura que podría tildarse de pseudohumanista, de rechazo u "orgullosa ignorancia" frente a la tecnología.

Sorprende la connivencia amable o indiferente de sofisticados dispositivos técnicos científicos con prácticas que se sostienen únicamente por la creencia.

Surge así, por fusión del utilitarismo con un pensamiento salvacionista religioso, de tipo mesiánico, un "resguardo por la técnica" de los malestares inherentes a la condición humana. De modo explícito o implícito, se propone un futuro en el que los problemas de la humanidad serán superados técnicamente. El hombre estará liberado de su lucha constante por la supervivencia, sin ningún desamparo, dedicado al ocio y la contemplación. En esta tesitura, los científicos, como profetas de este nuevo mundo, anuncian las conquistas de la nueva técnica: se "derrotan" enfermedades y se elimina lo indeseable o dificultoso. La vida se propone así como una continuidad del sujeto con su medio, sin ruptura, sin solución de continuidad.

Simultáneamente, se despliega y promueve una mayor incidencia de la cultura de la representación por la imagen como garante de la verdad. Ya no como velo u ocultamiento necesario (como lo que ocurre en lo que se denomina la imagen bella), sino también en la producción artística o científica de la imagen en tanto garante de la verdad. Esto produce una diferente validación de lo onírico en el campo del arte, de la argumentación, etcétera. La imagen como representación única determina una reformulación de la cultura. Una obra de arte puede consistir, por ejemplo, en una sucesión de imágenes sin argumento alguno y sin ninguna intención de implicación por parte del autor. De otro modo, al decir “Hemos aislado el virus X”, se deberá acompañar inexorablemente la afirmación con la imagen correspondiente y la misma recién entonces será la única prueba irrefutable.

La relación con el Otro se propone como manipulable por la técnica, en todos los casos con objetivos prefijados: ventas, imponer convicciones, conductas, etc.; el objetivo preestablecido es el dominio de lo que pudiera haber allí de indeterminado.

Con el auxilio de la técnica, ante un objeto cualquiera la ciencia se propone arribar a un cálculo posible. Transformar lo indeterminado del mundo en un ente calculable, medible, que a su vez permita la relación con otros objetos, mensurables también, es lo que Heidegger llama “el proyecto matemático de la naturaleza” (Beaufret, 1984) y que ubica en su comienzo en la filosofía de Descartes. “Técnica” es, a partir de ese momento, un concepto solidario del de “máquina”. Resulta interesante destacar aquí lo que Marx (1983) advierte en relación a la “maquinaria industrial”, que en lugar de poner la técnica al servicio del hombre, hace aumentar la productividad desmejorando las condiciones laborales, poniendo al hombre al servicio de la máquina.

Ciertamente, el psicoanálisis no es ajeno a las modificaciones paradigmáticas de su época que, sin evitar el malestar estructural de la cultura, cambian o modifican ciertas formas de encubrimiento del mismo, lo que por fuerza se evidencia en una clínica diferente. En muchos casos, la presentación del sujeto “eficiente” de la posmodernidad hace su irrupción en los consultorios por procuración de esa imagen o por el fracaso de su realización. ¿El psicoanálisis es una técnica para soportar el malestar de la cultura? La respuesta a esta pregunta no es sencilla.

## Tékne

La palabra técnica tiene su origen griego en *techné* (tékne) y siempre se ha asociado a *epistēmē* (episteme, conocimiento): Aristóteles afirmaba que la *tékne* crea individuos, por lo forzoso de su implementación singular, en tanto la *episteme* crea géneros y especies, por la necesidad de una generalización en el conocimiento. Según Heidegger, tanto

una como la otra son “nombres para el conocer en el sentido más amplio”, tienen que ver con el ser entendido en algo, en saber arreglárselas con alguna cosa. Lo esencial de la *tékne* es el saber desocultar en una cosa aquello que estaba implícito en ella (en la madera el barco, en la pintura el cuadro) es lo que en potencia estaba y se da a luz. En ese aspecto, Heidegger vincula la técnica a la verdad, la técnica es hacer des-oculto lo que en la apariencia se encuentra no-a-la-mano.

Por otra parte, Heidegger diferencia el puro procedimiento técnico de lo que él llama “la esencia de la técnica”, poniendo en la esencia lo que puede transformar lo real, aquello que por fuerza del hombre puede producir modificaciones a partir de su acción. No se trata por supuesto de cualquier modificación: así como también un animal adapta su medio para su sobrevivencia, es un acceso a lo irreversible de lo real. A partir de eso puede inferirse que el animal no efectúa propiamente una técnica, porque no puede acceder a la esencia de la misma, lo que escapa al puro procedimiento. Ante la eventualidad de un obstáculo, el animal no puede modificar su procedimiento en su esencia; el mismo le viene dado como algo inmodificable y no como un producto propio: el procedimiento le es ajeno.

En la *tékne* siempre hay que privilegiar la intervención humana, imprescindible tanto para la *tékne* (fabricación) como para la *poiesis* (*poiesis*, creación), lo que equivale a decir que toda poesía supone una técnica que la subyace. Esto no ocurre en la génesis, en la que tanto el reino animal como el vegetal se reproducen sin que la intervención del lenguaje humano sea esencial. Lo sorprendente es que por la vía de la técnica también pueda afectarse la propia génesis y modificarse, por consiguiente, el mismo equilibrio de reproducción natural (por ejemplo, la inseminación artificial, los cultivos y criaderos animales para consumo alimenticio humano, etc.), lo que produce la pérdida de la génesis propiamente dicha.

La conclusión de Heidegger es que la verdadera pregunta por la técnica es la pregunta por la “esencia de la técnica”: la esencia de algo es aquello que algo es, en definitiva. La cuestión de la técnica pone de relieve qué es el producir humano. Para Heidegger, es llevar algo del estado-de-oculto al estado-de-no-oculto, y así lo pone por delante, esto es lo que produce (Heidegger, 1985). De acuerdo a esto, la esencia de la técnica es el desocultar. El hecho de conocer en sentido amplio, en tanto pone en claro, implica el desocultar. “Lo peligroso no es la técnica. No hay nada demoníaco en la técnica, pero sí el misterio de su esencia” (Beaufret, 1984).

En el mismo texto, Heidegger especifica que la técnica moderna significa el desocultar de un modo tal que importa incluso una provocación. En el caso de la luz, de la energía, el desocultar tiene el carácter de una imposición (*Gestellt*), lo que se impone frente al hombre en una discontinuidad

tal que eso que emerge le resulta por completo extraño. Ese imponer tiene el carácter del hecho mismo que se revela en sus alcances incluso como destructivo, lo que obliga a un replanteo de la técnica en esa situación, dado que ese carácter de la imposición conlleva un peligro potencial, desde el momento en que se revela sin ninguna mediación.

Existe una diferencia fundamental entre lo “técnico” y la esencia de la técnica, de ahí que “Todo lo técnico jamás llega a la esencia de la técnica. Ni siquiera es posible reconocer su antesala” (Heidegger, 1991).

Por otra parte, habría que darle todo su sentido a esa afirmación de Heidegger en su conferencia “Serenidad”, donde dice “decirle sí y no a la técnica”, en cuanto a qué podría ayudar a precisar acerca de eso que se llama la práctica de un psicoanalista.

Decirle solo “sí” a la técnica lleva una posición de sumisión al objeto técnico, lo que desvía la pertinencia del psicoanálisis, dado que la lógica del sujeto no puede circunscribirse en toda su dimensión a los objetos técnicos. Esto no se debe a un atraso en las conquistas científicas, sino a la propia esencia de la emergencia subjetiva, que por principio es imposible de tomar en un espectro mensurable. Decirle solo “no” a la técnica implica una posición romántica y contestataria a los intentos del objeto técnico de subsumir en él la variable subjetiva, solo por esa posición contestataria: esto se ubica en especularidad al intento hegemónico técnico. Decirle “sí” y “no” a la técnica constituye la no absolutización de ninguna de las dos posturas y la decisión de ubicarse en un punto paradójico y contradictorio que determina la necesidad de una posición que no desconozca la esencia y el procedimiento.

¿Qué paradigmas cambiaron para que se modifique el concepto de la técnica? ¿Por qué el hallazgo de la modernidad es hacer de la técnica algo mensurable, cuantificable? Y, justamente, la pregunta es: ¿qué se pierde en esa cuantificación de la técnica?, ¿qué es lo que se muestra como una conquista del hombre sobre su medio?

Es sumamente apresurado asegurar taxativamente que el psicoanálisis no es una técnica, fundamentalmente si se recurre al origen del concepto de técnica (lo que Heidegger llama “su esencia”).

## Técnica de la experiencia

En el desarrollo teórico de Lacan, el problema de la técnica no se escatima a la reflexión. En un texto que es la explicitación de su afirmación en el campo psicoanalítico, Lacan, (1981), afirma que las “reglas técnicas”, de reducirse a “recetas, quitan a la experiencia todo alcance de conocimiento e incluso todo criterio de realidad”.

Pero Lacan no abandona la palabra técnica cuando más adelante señala que la función de lo imaginario cumple su papel en la “técnica de la experiencia” (ibid.). Establece

así de hecho una diferencia entre una técnica que podría pensarse como expeditiva y vacía, en relación a lo que se denomina técnica de la experiencia, con todas las contradicciones que esta afirmación puede conllevar: ¿existe (se puede denominar así en psicoanálisis) una técnica de la experiencia? En una primera y apresurada visión pareciera tratarse de una concepción empirista, pero no es así.

Más adelante, en el mismo texto, Lacan escribe una frase que por cierto provoca no pocas reflexiones: “Si el psicoanálisis puede llegar a ser una ciencia –pues no lo es todavía–, y si no debe degenerar en su técnica –cosa que tal vez ya esté hecha–, debemos recuperar el sentido de su experiencia”.

No creo que sea suficiente inscribir esta frase en el contexto de la disputa teórica que mantiene Lacan con la IPA (International Psychoanalytic Association) en aquella época. No se trata de una cuestión meramente coyuntural, sino que apunta a las condiciones propias de aplicación de la teoría psicoanalítica. En principio, ese estado de ciencia que no llega a constituirse no significa un defecto debido al tiempo faltante para que el psicoanálisis sea una ciencia, sino a su condición de estructura, debido a la cual siempre será una ciencia inacabada.

Por ser una ciencia de lo particular, sus preceptos no pueden reproducirse en el campo experimental científico tradicional (que exige la posibilidad de reproducción del hecho científico y la necesidad de establecer reglas generales axiomáticas).

El psicoanálisis no es una ciencia; no llega a constituirse como tal por ser sus efectos solo demostrables en el caso por caso, con la salvedad y gravedad de que esa demostración puede rechazarse de plano con el simple argumento de “yo no creo en eso”, como si fuera necesario (por lo menos desde esa tesitura) una adhesión formal a ciertos principios. Adhesión que en la ciencia ocurre al estar sostenida en la afirmación cartesiana referida a que ciertos hechos no son discutibles por ser evidentes, aunque provengan de los sentidos, que pueden engañar. “Como por ejemplo, que estoy aquí, que estoy sentado junto al fuego, que estoy vestido con un traje de invierno” (Descartes, 1980). Salvo que –aclara el filósofo más adelante– un genio maligno tuerza mis sentidos y ponga “todo su empeño en hacerme errar” (ibid, p. 34). Solo la protección de Dios, afirma, preservaría de este eventual error.

La degeneración de la técnica a la que apunta Lacan se refiere al momento en que habría sido desligada de su meta original: la exploración de un objeto que tiende a ocultarse por estructura. Expresar que hay una técnica que ha podido degenerarse es decir también que el psicoanálisis implica un procedimiento que, por la particularidad de su objeto, siempre tiende a ello.

En la conferencia “Del psicoanálisis en sus relaciones con la realidad” (Lacan, 1967), el tema de la técnica se retoma:

“El procedimiento [*procédé*, en el original francés] es desde el *origen* solidario del modo de intervención freudiano”.

Lo prueba la potencia de lo que llamamos “el procedimiento” donde no se excluye que, acerca de él, el psicoanálisis no tenga ninguna suerte de idea. Al respecto, hay estúpidos: verifíquelo, es fácil. Naturalmente, si ustedes mismos saben qué quiere decir una pregunta.

Intentaré decir qué no es del eje del procedimiento. La asunción mística de un sentido más allá de la realidad, de cualquier ser universal cuyas figuras se manifiesten en ella, ¿es acaso compatible con la teoría freudiana y con la práctica psicoanalítica? Sin duda, quien creyese al psicoanálisis una vía de esta suerte, equivocaría de puerta (Lacan, 1988).

Esta vez, es la mención al procedimiento, recalcando que desde el *origen* (en cursiva en el original) es en relación a la intervención freudiana, no de cualquier manera se aborda el inconsciente, no es de cualquier manera que la intervención del analista alcanza su fin. La indeterminación del procedimiento apunta a una praxis aleatoria y, por lo tanto, insustancial en el logro de sus objetivos. La práctica analítica conlleva objetivos, no es un ejercicio intelectual ni un modo de introspección.

La intervención freudiana implica desde el *origen* la estructura en que se juega, no hay intervención analítica que pueda desconocer el soporte en donde se efectúa. Y ese soporte es inherente a la intervención misma; es desde esta perspectiva que la técnica psicoanalítica es su práctica misma, siempre y cuando no desconozca que lo que la sostiene es la carencia que constituye la estructura del ser hablante. La esencia de la técnica es la sustancia del procedimiento, lo que determina que no se puedan confundir bajo ningún concepto, ni mucho menos asimilar uno al otro. Esta es la técnica de la palabra, desde el momento en que se plantea como el procedimiento que apunta a la esencia de la técnica. ¿No es, en otros términos, “decirle sí y no a la técnica”, como lo plantea Heidegger?

En el mismo artículo, al referirse a la técnica y resaltar que no pretende ninguna idea de elevación o purificación del alma, afirma: “Una regularidad cuasi burocrática es todo lo que se le exige” (Lacan, 1988). Una regularidad que se sostiene en la no preparación de las sesiones, hasta tal punto que planear una sesión de antemano supone una argucia a favor de la represión.

Esa frase no significa por cierto transformar todo el psicoanálisis en una empresa burocrática, pero también advierte que hay algo que se exige a priori, que hay elementos mínimos que hacen a la posibilidad de un análisis, y que esto no es tan aleatorio ni ausente de la técnica como a veces se dice.

La revolución científico-técnica ha traicionado la esencia de la técnica y la ha degradado a la usanza como tal.

El tratamiento psicoanalítico es una técnica de la palabra, lo que remite a la esencia de la técnica y no, por fuerza, únicamente al procedimiento.

El riesgo es que, por la vía de la hipertrofia del procedimiento, se anule la técnica. Decir “técnica de la palabra” (Lacan, 2008) es tan paradójico como decir “técnica de la poesía”: parece la reunión de dos opuestos inasimilables. Pero justamente en esa relación de oposición y relación simultánea es donde se sostiene lo que se hace en un análisis. En esa relación paradójica entre lo que significa responder a un saber-hacer y suspender el saber. Es en eso que consiste la suspensión de saber que exige una doc-ta ignorancia, la suspensión de saber necesaria para que emerja una nueva significación.

En su conferencia “La tercera”, pronunciada en Roma, Lacan sostiene:

Sean entonces más sueltos, más naturales cuando reciban a alguien que viene a pedirles un análisis. No se sientan obligados a darse importancia. Aun como bufones, que estén se justifica. No tienen sino que ver mi “Televisión”. Soy un payaso. Sigán el ejemplo, ¡y no me imiten! La seriedad que me anima es la serie que ustedes constituyen. No pueden a un tiempo ser y estar en ella (Lacan, 1988).

No se puede, al mismo tiempo, como afirma Bertrand Russell, comenzar una serie y ser parte de ella. Desde el momento en que se comienza una serie, el lugar que se ocupa en ella difiere de lo que luego compone la sucesión de la misma. Es imposible imitar al que comienza la serie, pero sí puede seguirse la cadena considerando siempre que esto supone una reformulación. Al no poder imitar, se impone recrear. Si Lacan no imita a Freud, ¿por qué imitar a Lacan?

## BIBLIOGRAFÍA

- Beaufret, J. (1984). *Al encuentro de Heidegger*. Caracas: Monte Avila, p. 56.
- Descartes, R. (1980). *Meditaciones metafísicas*, Barcelona: Orbis, p.31.
- Heidegger, M. (1985). La pregunta por la técnica. Trad. de Adolfo Carpio. En *Época de Filosofía*, Año 1, N°1.
- Heidegger, M. (1991). *Die Kehre*, Córdoba, Argentina, p. 37.
- Lacan, J. (1967). Del psicoanálisis en sus relaciones con la realidad. En *Revista Scilicet* 1, p. 52. París: Éditions du Seuil.
- Lacan, J. (1981). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1988). *Intervenciones y textos 2*, Buenos Aires: Manantial, p. 45.
- Lacan, J. (2008). Función y campo de la palabra. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Marx, K. (1983). *El Capital*, T. 1, México: Cartago, p. 380.

# Los juegos que desafían a la muerte

**Liliana Verónica Moneta**

Médica especialista en Psiquiatría y Psicología Pediátrica. Vicepresidente y Coordinadora de Capítulos de Especialidades de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Presidente y Fundadora del Cap. de Salud Mental Infantojuvenil (AASM).

Actualmente, asistimos a prácticas adolescentes que parecieran no tener una lógica convencional. Por ejemplo, los juegos de la ballena azul, el de la asfixia, el juego del muelle, las AAIINS, el de las trece razones (entre muchos que podría seguir enumerando) son juegos que parecieran entrar en relación directa con un mix pulsional que atañen a Eros y Tánatos, pero defusionados. Un más allá del principio del placer. Un goce que entra en un juego de seducción con la muerte, con juegos mortales en los que se entrelazan instituyentes derivados no solo de componentes biopsicológicos, sino también sociales y epocales, que fueron instaurándose durante el curso de estos últimos tiempos. Tiempos en los que predomina la caída de los grandes paradigmas que sustentaban a la modernidad. Tiempos posmodernos, que parecieran haber perdido todo tipo de consistencia, con "liquidez" en los lazos sociales y también en los códigos fundacionales de toda ética y moral convencional.

¿De qué se trataría esta sistemática lúdica? ¿Cuál sería nuestra posición como psicoterapeutas infantojuveniles frente a esta situación, que nos conmueve en nuestra clínica cotidiana?

¿A qué recursos apelar para frenar este tipo de hechos que nos enfrenta con el rostro de la muerte, amplificado y repicado por los medios masivos de comunicación?

¿Estamos preparados para afrontarlas con las herramientas habituales o tendríamos que rever nuestra praxis clínica tradicional?

La clínica del adolescente de hoy nos plantea urgencias. Desde lo fenoménico, asistimos a una clínica que se desborda en sí misma. Se escurre de los límites que conocemos, por lo que debemos apelar como recurso cotidiano a nuestra creatividad como psicoterapeutas. Entiendo que el

crear es esencial a todo individuo que se precie como sujeto. Sujeto que adviene desde su discurrir histórico singular y colectivo, que lo torna unívoco. Y es de este modo que los creares resultan ser múltiples y diversos, ya que en el entrecruzamiento de variables que les son propias a cada sujeto, se desprende saber qué hacer con estos nuevos formatos, como una mueca irónica, ya que el formato es lo que precisamente falla; que en estado teórico sempiterno, busca y trata de encontrar una teoría que los entienda en primera instancia, y secundariamente los explique para que den cuenta de qué es lo que está sucediendo con nuestros jóvenes. Es por ello que no vengo a traer respuestas, sino a abrir interrogantes...

Observamos actualmente prácticas lúdicas adolescentes que, desde una visión externa, no parecieran tener una lógica convencional; al menos, eso es lo que aparece a simple vista...

Parecería existir un correlato entre dichas prácticas y algo de un orden que desborda los límites de la creatividad placentera (erótica) que entraña la actividad lúdica en sí, adentrándose en el imperio del Tánatos. Algo que desde lo fenoménico parecería devenir desde lo social; sin embargo, lo social (con todas sus implicancias) actúa como un elemento reforzador a determinada cuestión psíquica, que dentro de rangos normales se iría encauzando con el proceso de maduración del aparato psíquico. Pero en las condiciones sociales imperantes, en donde prevalecen como factores a resaltar (aquellos que se encuentran imbricados en la posmodernidad) un consumismo extremo (producto del capitalismo tardío); la intervención de los medios masivos de comunicación (colonialismo subjetivo); la globalización; una importante anomia (producto de la caducidad de los viejos paradigmas modernos en una épo-

ca en la que parecerían resultar no aplicables); un culto al hedonismo y la égida darwiniana de la supervivencia del más apto; la violencia simbólica / violencia manifiesta / violencia estructural y, por sobre todo, la caída de la función del nombre del padre.

La conclusión de esto es que atravesamos una época en donde impera la “clínica del trauma” (si bien algunos lo denominarían “la clínica del goce”. ¿A qué me refiero? Pues que la sumatoria de todos los ítems mencionados da como resultado un combo explosivo, cuyo producto final es la muerte del adolescente o bien la heteroagresión (desde conductas disruptivas hasta el homicidio).

Intentaré exponer brevemente mi secuenciación de pensamiento, para después esgrimir una hipótesis respecto de por qué prenden y se viralizan este tipo de juegos mortales en los adolescentes.

Convengamos en que, tiempo atrás, el devenir adulto era atravesar ese constructo que significa la adolescencia afrontando una serie de tareas, semejantes a los trabajos de Hércules, en donde una vez finalizados los duelos que el adolescente debía atravesar y haciendo el pasaje de mecanismos defensivos más primitivos (y por ende psicóticos) a mecanismos más elaborados, se alcanzaba la madurez (en la que empiezan a emerger la represión, la proyección, y la instauración del Proceso Secundario, dando paso al Ideal del Yo con la instauración del Súper Yo). Y claro está que, si bien esto era un recorrido habitual en el individuo hacia el proceso de subjetivación, existían probabilidades (como en todo proceso de tramitación complejo) que comportaran algún tipo de falla o peligro que hiciera fracasar tan importante como compleja labor (la constitución subjetiva, para adquirir así una singularidad que le es propia). El fracaso de dicha tarea podía ser esperable, pero no presentaba características de habitualidad.

Este proceso implica el abandono progresivo de la familia protectora (la endogamia), a través de un desasimio de las imáges parentales e ideales y de su propio Yo infantil idealizado, a través de los juicios de existencia (la castración materna, la caída paterna del lugar idealizado, la caída de la propia completud y omnipotencia), su inclusión en la cadena generacional y por último, la construcción de su singularidad. Esto permite una importante reorganización psíquica, a partir de la cual el joven, mucho más autónomo, ingresará en el mundo de los adultos y, consecuentemente, logrará la individuación e identidad social mediante la elección de un trabajo, un estudio determinado o ambos simultáneamente. Pues de ese “sociabilizar” dependerá el hallazgo del objeto exogámico que posibilitará el armado de un proyecto a futuro, tanto en lo afectivo como en lo laboral y lo profesional, que apunte fundamentalmente a su inserción social.

Sin embargo, la realidad se nos impone: según estadísticas oficiales (Ministerio de Desarrollo Social de la provincia

de Buenos Aires), en el conurbano bonaerense, la mayoría de los jóvenes entre 14 y 20 años de edad piensa que las perspectivas para su siguientes cinco años son nefastas:

- Un 35 % de los encuestados considera que en cinco años estará muerto o excluido.
- Un 30 % piensa que ingresará al mercado laboral, pero con un trabajo precario o pseudotrabajo.
- Solo el 35 % restante cree que se encauzará en lo que estima que es su vocación.
- Todos los encuestados manifiestan su repudio a la política y su sensación de “estar fuera de todo”. Perciben la realidad como imposible de modificar y aparece como un valor priorizado “la seguridad familiar y la demanda de protección y afecto”.

Esta estadística nos lleva a reflexionar sobre la gravedad de la situación, pues da a entender que lo que les sucede a los jóvenes expresa una enfermedad social. Y el adolescente que vemos hoy aparece en la escena como el síntoma de una sociedad que se encuentra severamente afectada.

## Los desafíos adolescentes. La adolescencia: el desafío de la construcción de una identidad

Los adolescentes realizan el pasaje mencionado a partir de herramientas conquistadas durante la infancia, en tanto enfrentan un mundo complejo, excluyente y competitivo, que no cuenta con redes sociales de contención que les brinden una estabilidad que garantice un lugar de inserción actual y futuro.

Es una sociedad con características perversas y violentas, que sabe que su futuro como tal reposa sobre el proyecto de sus jóvenes, pero a su vez re-niega y hostiga el estado actual de los mismos, expulsándolos a la intemperie, en donde reinan la anomia y el anonimato. Su derrotero es un dualismo que solemos presenciar: o bien se lanzan hacia lo desconocido de la intemperie con los riesgos que ello implica, o bien esta los recluye en sus hogares, desposeídos de todo incentivo por explorar “el exterior”, apostándolos frente a las pantallas y sometidos a las nuevas redes y tecnologías (otro riesgo bien conocido).

En 1929, Freud sostenía que el ser humano busca la felicidad en el amor, en el mundo laboral, en la creación y en la invención. Consideraba que el trabajo cotidiano y el desplegar la vocación, por su potencial accesibilidad, eran recursos eficaces para enfrentar el malestar en la cultura.

Esto es posible para aquellos que logren una inserción laboral, profesional y familiar que les permita su autorrea-

lización. Nuevamente, la realidad nos muestra el anverso de la moneda, ya que desde hace tiempo se profundiza una precarización en la oferta laboral, como así también una pauperización desde el ámbito educativo, cuyas consecuencias mediatas estarían dadas por una menor accesibilidad a una carrera profesional y a trabajos especializados, más validados. El Estado ya no brinda garantías y deja a sus actores sociales como gestores de su propio destino, por lo que quien no cuente con recursos psíquicos, educativos y de habilidades sociales quedará marginado, lo que irá en detrimento de su autoestima y voluntad. Así, se sentirán paralizados, excluidos y empobrecidos, despojados en su conquista del espacio social y a merced de sus pulsiones. No hay una inclusión que brinde un marco de contención a aquello que pulsa y que, en lugar de ser motor de vida, se transforma en motor de muerte.

El sujeto activo joven se ve debilitado al tratar de enfrentar una sociedad injusta, en la que encuentra una falta de reconocimiento del "otro social", que no le brinda seguridad ni lugares reconocidos. Así, la posesión de cierto status retorna a modo de "acción agresiva" (auto/heteroagresión) o sucumbe a la falta de reconocimiento mediante la inhibición.

Ante la incertidumbre de su proyección a futuro y el dolor a la frustración, los adolescentes prefieren renunciar a la pelea, viéndose muertos o excluidos. Donde debería haber lucha o rebeldía, hay abatimiento, desesperación o apatía; una manifestación de una renuncia pulsional ante una realidad social que los impotentiza y favorece la satisfacción pulsional directa, mediante el consumo, o la tendencia a la acción.

A esta altura, vamos entendiendo en dónde se insertarían este tipo de juegos macabros, pues al jugar surge una ilusión de control omnipotente sobre el propio yo y el cuerpo,

en una competencia con la vida misma (¿o con la muerte?) que restituye un sentido no legitimado. Compiten y desafían todas las pruebas impuestas, inmersos en un puro estado de narcisismo de muerte que funcionaría a modo de realizamiento de su autoestima desestimada, erigiéndose así en héroes de su pequeña gran historia, cuyo trofeo es el triunfo de Tánatos. Mediante la exclusión de su propia vida, logran un posicionamiento en el imaginario social. Y vaya que esto es así, pues precisamente en este mismo momento estamos hablando acerca de ellos.

El desafío adolescente consistiría, pues, en la construcción de una identidad a través del imaginario popular que abarcaría el espectro que va desde la no aceptación de dichas prácticas mediante su peyorización, hasta el asombro descarnado que nos pone a reflexionar qué es lo que está llevando a los adolescentes a jugar a estos juegos que desafían a la muerte, entregándose en brazos de la misma emulando un "perdido por perdido, a lo mejor, gana".

#### BIBLIOGRAFÍA

- Bleichmar, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: Topía.
- Blos, P. (2003). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1929). *El malestar en la cultura*. En *Obras Completas*, Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Manavella, J. V. (2010). *Adolescencia y contexto social*. En *Revista Topía*. Buenos Aires.
- Moneta, L. V. (2013). *Tribulaciones y vicisitudes en la adolescencia. Notas acerca de los fenómenos adolescentes contemporáneos*. Buenos Aires: Polemos.
- Quiroga, S. y Belcuy, M. (2001). *Adolescencia, ¿crecimiento o autodestrucción?* Buenos Aires: Ediciones JVE.



## 45ª Feria Internacional del Libro de Buenos Aires

25 de abril al 13 de mayo de 2019. La Rural, Buenos Aires

**Los esperamos en el stand 1520 - Pabellón Amarillo**

**N**  
noveduc

Ediciones **NOVEDADES**  
**EDUCATIVAS**

Sitio oficial: [el-libro.org.ar](http://el-libro.org.ar)

# Qué es el diagnóstico para el psicoanalista

## Nestor Yellati

Médico psiquiatra. Psicoanalista. Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Corresponsable del Departamento de Estudios de Psiquiatría y Psicoanálisis del Instituto Clínico de Buenos Aires.

El diagnóstico es lo que el psicoanálisis tiene aún en común con la psiquiatría, aunque los medios para llegar a él, los objetivos buscados y los recursos para obtenerlo sean en ambos de naturaleza muy distinta. En el campo del psicoanálisis ha habido más de una posición al respecto. Es sabido que para Freud el tratamiento de prueba inicial tenía, entre otros motivos, el descartar la existencia de psicosis. En caso positivo, no se iniciaba el análisis: para Freud, las psicosis quedaban por fuera del dispositivo analítico. El postfreudismo en general no siguió ese camino; hubo quienes suponían que la técnica debía modificarse y quienes analizaban psicóticos sin ninguna diferencia, con el mismo encuadre, interpretación, etcétera.

Pero es necesario advertir que, desde la perspectiva actual, no se mantendría el diagnóstico de psicosis en muchos pacientes tratados como tales.

Para mejorar el interrogante que tiene por título este trabajo, habría que agregarle “¿Cómo diagnostica el psicoanalista? Antes de intentar responderlo, desde la orientación lacaniana digamos que hay dos frases en los inicios de la enseñanza de Lacan que parecen contradictorias entre sí y son de gran importancia en lo que respecta al diagnóstico. Una se refiere a que se sabe lo que produce el análisis en un prepsicótico: un psicótico; la otra indica “no retroceder ante la psicosis”.

Lacan retoma esta difícil cuestión y ubica la psicosis en tanto estructura que puede no desencadenarse y, por lo tanto, no producir una psicosis clínica. Además, advierte que dicho desencadenamiento puede ser efecto de la intervención del analista en el marco del dispositivo. Esta advertencia sigue teniendo consecuencias, sobre todo en el practicante que se inicia y cuyo principal temor es “producir” un brote psicótico con su palabra. Riesgo cierto.

Se han descrito con precisión casos en que esto ha ocurrido aun después de años de análisis de una aparente neurosis. Pero también hay que decir que eso no es muy frecuente, mientras que lo opuesto sí lo es. Ante psicosis

desencadenadas o cuadros de difícil diagnóstico que hacen suponer psicosis y provocan dudas acerca de la dirección de la cura, el psicoanalista pone en marcha el dispositivo y comprueba la mejoría de su paciente. Su palabra, incluso su acto, no solo es capaz de producir desencadenamientos sino también estabilizaciones, logrando postergar nuevos brotes. Esto es lo que da plena dimensión al “no retroceder ante la psicosis”.

## Psicoanálisis y psiquiatría

Tomemos un fragmento de Lacan (2012) que aporta a la cuestión diagnóstica. En la Introducción a la edición alemana de los *Escritos*, afirma que “hay tipos de síntoma, hay una clínica. Solo que resulta que esa clínica es de antes del discurso analítico, y que si este le aporta una luz, es seguro, pero no cierto”. La clínica de “antes del discurso analítico” es la clínica psiquiátrica; la psiquiátrica clásica, no la del DSM; es decir, aquella en la que Freud se apoyó y de la que Lacan partió.

Esto merece una explicación más detallada, ya que los manuales actuales y la clínica clásica tienen en común que ambos son descriptivos. Para el psicoanálisis lacaniano, el manual de diagnósticos es el de la forclusión del sujeto. Esto es claro: se trata de relacionar un significante (un número clasificatorio) con otro significante (el psicofármaco a administrar), quedando excluido el sujeto, efecto de esos significantes. Es el extremo de considerar al síntoma como un trastorno de la neurotransmisión a reparar. Pero para el psiquiatra clásico, hay sujeto en tanto lo reconoce en su sufrimiento. Lo sepa o no, escucha ese significante que determina a un sujeto y lo impulsa a buscar un saber sobre su padecer.

Más adelante en el mismo texto, Lacan (*ibid.*, p. 583) dice que “Los tipos clínicos responden a la estructura, es algo que puede escribirse ya, aunque no sin vacilación. Solo es cierto y transmisible del discurso histérico”.

Es decir que psiquiatra y psicoanalista buscan el síntoma. Pueden coincidir en el tipo clínico en tanto conjunto de síntomas, descriptivamente. Pero para el psicoanalista, este debe responder a la estructura y esto se logra, “es cierto”, al menos en el discurso histérico. Hay que entender el “cierto” como la certeza que debe ser demostrable para que pueda transmitirse. Lacan considera que esa demostrabilidad es exigible al discurso analítico.

Se hace necesario, entonces, construir la estructura de los síntomas neuróticos y psicóticos.

### La estructura. Lo simbólico

Para referirnos a la “construcción” de la estructura debemos efectuar una diferenciación, ya que la concepción de lo simbólico se modifica a lo largo de la enseñanza de Lacan, lo que tiene consecuencias de importancia para el diagnóstico. En un principio, él caracteriza a lo simbólico en tanto significantes que constituyen una cadena, en la que es necesario que existan puntos de almohadillado o abrochamiento para que la significación pueda ser restablecida retroactivamente.

Ahora bien, lo simbólico concebido como la armazón significante del sujeto puede tener un déficit, puede faltarle un significante fundamental, el llamado Nombre del Padre, con lo que hay “condición mayor” para la producción de psicosis. Como se sabe, este es el significante que capitona la cadena, su forclusión impide la metáfora paterna y excluye al sujeto de la significación fálica. Pero esta misma concepción implica que el significante faltante puede ser sustituido; se produce entonces la metáfora delirante de suplencia. En la psicosis hay ruptura de la cadena y el significante fuera de la misma aparece en lo real: “Lo forcluido en lo simbólico retorna desde lo real”.

La clínica del fenómeno elemental, la búsqueda del mismo en tanto manifestación de la estructura psicótica, consiste en poder escuchar el significante fuera de la cadena, en localizar la ruptura de la misma. Es decir que la referencia que hace Lacan de la clínica a la estructura consiste en establecer la relación del sujeto a la cadena, diferente en las psicosis que en las neurosis.

Por otra parte, la concepción de esa época de lo simbólico implica la determinación de este sobre lo imaginario, es decir que el déficit simbólico tiene como consecuencia un desorden de lo imaginario. Así se explica la llamada “regresión tópica al estadio del espejo” (Lacan, 1975), que en el caso Schreber este describe al comienzo de sus memorias por una abundancia de fenómenos imaginarios, de pululación de seres. También se aclaran así los fenómenos de desrealización y despersonalización en las psicosis, así como los de agresividad y transitivismo.

Pero hay en Lacan una nueva elaboración de lo simbólico, que consiste en plantear que tiene un agujero sin remisión.

Así se puede entender el “no hay relación sexual”, como la falta irremisible de un significante. Es una tesis a la que llegó luego de varias etapas, tal como lo puntualizó Miller (1999) en su curso. Incluso refuta la idea de lo simbólico como cadena significante: “Contrariamente a lo que he dicho, el significante no hace cadena”.

Piensa a lo simbólico no como cadena o conjunto sino como serie, por lo tanto, el problema se invierte: ¿cómo constituir una cadena? Obviamente, esta concepción afecta la idea de diagnóstico antes descripta, ya que el significante que no hace cadena no es propio o exclusivo de las psicosis, pudiéndose localizar en el discurso neurótico. Por otra parte, se modifica la relación simbólico-imaginario en tanto aquel ordenaría este. En esta época de su enseñanza, Lacan desemboca en el nudo borromeo que implica que simbólico, imaginario y real son tres registros sin predominio mutuo que pueden anudarse, siendo necesario determinar las condiciones de dicho anudamiento, con lo que queda implícito que también pueden desanudarse.

El nudo borromeo tiene como consecuencia otra clínica, de desarrollo incompleto aún, pero de la que Lacan dio ejemplos ya clásicos, que muestran otras vertientes para el diagnóstico. Veamos esos ejemplos.

### La enfermedad de la mentalidad y Joyce el *sinthoma*

El caso conocido como el de la “enferma de la mentalidad” fue extraído de una presentación de enfermos efectuada por Lacan, quien dice de la paciente que “Es de esos locos normales que constituyen nuestro ambiente”. Ella dice de sí misma: “No soy ni una verdadera ni una falsa enferma (...) Querría parecerme a una madre”. Lacan comenta: “Esta persona no tiene la menor idea del cuerpo que tiene que meter bajo ese vestido, no hay nadie para habitar la vestimenta. Ilustra lo que llamo el semblante. Nadie logró hacerla cristalizar (...) Es el ejemplo de la enfermedad mental”.

Es llamativo que Lacan tome al pie de la letra lo que la paciente dice, sin que cierta perturbación del uso del lenguaje oriente hacia el fenómeno elemental, concluyendo que sería el ejemplo paradigmático de lo que es ser puro semblante. Ella no se reconoce como persona en tanto sus identificaciones no cristalizaron en ningún yo.

En el *Seminario sobre el *sinthoma** (1975-1976) hay un fragmento que puede aclarar a qué se refiere Lacan con su diagnóstico. Allí habla de la mentalidad propia del ser hablante: la senti-mentalidad, en tanto la siente como un fardo. La mentalidad implica que el ser parlante en tanto habla, mente (senti-miento), es decir, instaura en el reconocimiento falsos hechos.

La mentalidad es lo que para Lacan permite el amor propio, lo que hace que el ser parlante adore a su cuerpo y crea y pueda decir que lo tiene. Se explica así que la

paciente esté enferma de la mentalidad, en tanto no cree tener cuerpo para ocupar su vestido. Su imaginario está extraviado, es decir, desanudado de los otros registros.

Es en el *Seminario sobre Joyce* al que acabamos de referirnos que Lacan establece que, para mantenerse anudados los tres registros, necesitan de un cuarto nudo, que llama *sinthoma*. En el caso específico de Joyce, es su arte el que cumple esa función. Lacan llega a esta conclusión a partir de una lectura completa de su obra, pero en particular de la de su último período. Sin embargo, ya en sus primeros trabajos –perfectamente legibles, por otra parte–, ubica un episodio que da cuenta de que el escritor no es claramente un neurótico. En *Retrato del artista adolescente*, libro autobiográfico, el personaje que lo representa recibe una paliza de unos amigos. Luego, su cuerpo cae como una mondadura y tiene una reacción de asco concerniente al mismo, el sentimiento del desprendimiento de algo, como una cáscara. En *Joyce*, la imagen del cuerpo no estaba interesada y Lacan aclara que ese dejar caer respecto de su propio cuerpo debe ser siempre sospechoso para el analista. Puede evidenciar el desanudamiento de lo imaginario.

Como se ve, la clínica borromea es la orientación de la última época de Lacan. Es el desafío para el psicoanalista lacaniano de hoy desarrollarla en todas sus posibilidades.

¿Esto implica que el lazo entre psiquiatría y psicoanálisis, tal como pudo establecerse en los inicios del psicoanálisis freudiano y su continuación en la enseñanza de Lacan, se vería así disuelto?

No parece ser el caso. Lacan pudo diagnosticar a la “enferma de la mentalidad” antes referida como “parafrenia imaginativa”, es decir que nunca abandonó la referencia al diagnóstico clásico.

El diagnóstico psicoanalítico, no sin el psiquiátrico.

**BIBLIOGRAFÍA**

Lacan J. (2012). Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los Escritos. En *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan J. (1975). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Miller, J-A. (1999). Enseñanza de la presentación de enfermos. En *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan J. (1975-1976). El *sinthome*. En *El Seminario XXIII*. Buenos Aires: Paidós.

**Próximas actividades científicas de la AASM**

**CURSOS DE VERANO A DISTANCIA 2019**

- **La angustia en el trabajo: Clínica de la vida laboral.** Dirección: Elena Bisso | Inicio: 3/12/2018
- **La interpretación de los sueños en el grafo del deseo de Lacan.** Dirección: Elena Bisso | Inicio: 4 /12/2018
- **Violencia de género. Asistencia específica para mujeres victimizadas en la relación de pareja.** Dirección: Susana Pontiggia | Inicio: 4/12/2018
- **La lógica de lo femenino en Lacan.** Dirección: Elena Bisso | Inicio: 6/12/2018
- **Psicopatología del trabajo.** Dirección: Elena Bisso. Inicio: 6/12/2018
- **Síntoma y aprendizaje de la lectoescritura.** Dirección: Elena Bisso | Inicio: 6/12/2018
- **Herramientas para el manejo de la ira en tempos actuales desde la terapia cognitiva.** Dirección: Gabriela Salerno | Inicio: 7/12/2018
- **Las habilidades sociales desde una visión cognitiva.** Dirección: Andrea Martínez, Gabriela Salerno y Mariela Romero | Inicio: 7/12/2018
- **Ansiedad social. Un abordaje cognitivo** Dirección: Gabriela Salerno | Inicio: 7/12/2018
- **El impacto psicoemocional de la violencia obstétrica.** Dirección: Natalia Liguori y Lic. Mariela Cacciola | Inicio: 12/12/2018
- **La terapia grupal en el tratamiento de las adicciones.** Dirección: Jerónimo Grondona | Inicio: 14/12/2018
- **La violencia masculina en la pareja. Prevención y asistencia.** Dirección: Aníbal Eduardo Muzzín | Inicio: 19/12/2018
- **Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad.** Dirección: Jerónimo Grondona | Inicio: 21/12/2018
- **Psicoterapia cognitivo conductual para las adicciones a sustancias.** Dirección: Jerónimo Grondona | Inicio: 21/12/2018
- **Curso teórico-práctico de introducción a Mindfulness para psicoterapeutas.** Dirección: Lisandro Frutos y Jerónimo Grondona | Inicio: 28/12/2018
- **Suicidios: Consecuencias y alcances del acto en los otros.** Dirección: Diana Altavilla | Inicio: 10/01/2019
- **Estrés laboral en los agentes de salud y educación: técnicas y herramientas para una mejor calidad de vida.** Dirección: Mariela Romero | Inicio: 11/01/2019
- **Ataques de pánico. Diagnosticarlos, entenderlos y superarlos.** Dirección: Mariela Romero | Inicio: 25/01/2019
- **Nuevas maternidades y paternidades.** Dirección: Edit Beatriz Tendlarz | Inicio: 4/02/2019

**MÁS INFORMACIÓN**  
 en [www.aasm.org.ar](http://www.aasm.org.ar)  
 Telefónicamente al (54) 11-2000-6824  
 y al (54) 11-4978-7601 o vía e-mail  
 a [administracion@aasm.org.ar](mailto:administracion@aasm.org.ar)

# De la patologización a la inclusión

## *Las instituciones y la modernidad*

En un Coloquio de Pediatría y Psicoanálisis, en 1998, Silvia Bleichmar sostuvo que quizá lo que buscamos a través de los encuentros con otros, del diálogo con ellos, son modos de “dar vuelta” los problemas en la propia cabeza. Las cuestiones que nos preocupan, las problemáticas no resueltas que se ofrecen al pensar, nos movilizan al encuentro (ya sea físico o en esos otros “espacios”, como los de lectura y reflexión), a buscar modos de abordarlas con otros, sobre todo cuando se trata de cuestiones complejas que superan nuestro conocimiento disciplinar y nuestra formación específica. Y que nos afectan humanamente. Creo que esto supone una tarea fenomenal. Dejarse incomodar por aquello que no logramos resolver solos, que no podemos abordar con las herramientas que ya conocemos.

Por otro lado, advierto acerca del carácter provisorio de lo que a continuación podrán leer. Escribo en un plano más cercano a la conjetura que a la certeza. Y eso es así no porque quiera desresponsabilizarme de lo que diré, sino porque sostengo que en el encuentro con otros (o en la apropiación por parte de otros de lo que uno dice o escribe) es donde uno confronta el propio pensar y con él modifica su posición en el mundo. Y las prácticas que desarrolle de allí en más no serán enteramente iguales a lo que hubieran sido si no hubiéramos atravesado por esta o aquella experiencia de encuentro, lectura, escritura, etcétera. El sentido, decía Umberto Eco, no está anclado al mensaje (como sí creía Ferdinand de Saussure): es en la circulación donde el sentido aparece, emerge. Hay unas condiciones de producción (pongamos por caso las mías, como emisora de este texto) y unas condiciones de recepción (de cada uno de ustedes, en tanto destinatarios de mi mensaje). Pero la producción de sentido es socialmente construida, en el vínculo, en la interrelación que se dé entre los que escribimos y los que leemos.

Todo cuanto tiene que ver con el “sentido” de educar y de curar, y más cuando se trata de “los recién llegados a este mundo” (niños, niñas) debe tener, a mi entender, ese carácter provisorio. Porque es esa provisoriedad la condición de posibilidad de dejarnos con-mover, sorprender, penetrar por la experiencia del decir a otros y del estar con otros.

## **La modernidad y sus paradojas**

Ser modernos es vivir una vida de paradojas y contradicciones. Es estar dominados por las inmensas organizaciones burocráticas que tienen el poder de controlar y, a menudo, destruir las comunidades, los valores, las vidas y, sin embargo, no vacilar en nuestra determinación de enfrentarnos a tales fuerzas, de luchar para cambiar su mundo y hacerlo nuestro (Berman, 1981).

Para este filósofo judío que nació y vivió casi toda su vida en el Bronx<sup>1</sup>, el distrito neoyorkino de mayor diversidad étnica de todo Estados Unidos, ser modernos es ser conservadores y revolucionarios a la vez. Es apegarnos a lo conocido, atemorizados por los desastres que la modernidad ha producido, y a la vez aventurarnos a lo desconocido, a nuevas experiencias.

Este signo paradójico de la modernidad tiene mucho que ver con las instituciones paradigmáticas de nuestros tiempos (escuelas, hospitales, neuropsiquiátricos). Estas organizaciones disciplinarias, como sostenía Foucault, ¿subsisten o desaparecen? Para los “tiempos que corren”, ¿qué formato institucional será mejor? ¿Quizá las mismas instituciones, pero recicladas? ¿U otras cosas?

Bauman, en su libro *Sobre la educación en un mundo líquido*, alerta sobre la concepción de verdad en la época actual. Afirma que “Los hábitos consagrados, las costum-

### **Lic. Andrea Kaplan**

Licenciada en Comunicación Social (UBA). Diploma Superior en Psicoanálisis y Prácticas Socioeducativas (FLACSO). Directora de la Fundación Sociedades Complejas y coordinadora de REDESA – Red de Proyectos en Educación y Salud de América Latina.

bres arraigadas, los marcos cognitivos sólidos o el elogio de valores estables se convierten en impedimentos". ¿Impedimentos para qué? A presente, señala el autor, la sociedad se ha vuelto volátil, mucho más impredecible que en otros momentos históricos, y los cambios son apresurados e instantáneos. Lo que era un valor supremo en términos de la función social de la educación (o de la salud), actualmente es puesto en cuestión. Así, hoy en día las instituciones sociales deben cuidarse mucho de no reproducir las diferencias y ser capaces de pensar espacios y tiempos que consideren las subjetividades (todas las subjetividades) que chicos y grandes nos muestran.

## Retomar las preguntas, abrirnos a escuchar

Estos y otros interrogantes nos llevaron en 2015 a fundar un proyecto de encuentro que sostenemos anualmente desde la Fundación Sociedades Complejas y que viene tejiendo una trama significativa que nació con una pregunta: *¿Qué necesitan niños y jóvenes de los adultos, hoy?* El énfasis está puesto en los adultos, porque las instituciones en las cuales vamos a "incluirlas" y/o a "patologizarlas" las inventamos y sostenemos los adultos, para bien y para mal.

La pregunta nos llevó a desarrollar un sondeo participativo que consistió en una encuesta autoadministrada a chicos entre 8 y 17 años de edad, sobre qué esperaban ellos de sus maestros y de los adultos que los tenían a su cargo (madres, padres, abuelos, etcétera). El Informe está publicado en Internet<sup>2</sup> y si bien no contiene datos estadísticos y dado el tipo de herramienta arroja información cuantitativa sobre la que se puede profundizar hasta encontrar un límite, ha sido una primera propuesta abierta para pensar en el proceso de dar voz a los chicos. Pedirles que nos ayuden a pensar(los) y pensar las instituciones, para correrlos de la pasividad de ser "destinatarios". Una primera forma de incluir al otro en una institución es darle la palabra. Y escucharlo.

Para la segunda edición del encuentro decidimos hablar sobre *Urgencias subjetivas: niños y jóvenes dispersos, aburridos, solos*, en referencia a la desatención y a la dispersión, al aislamiento y la soledad en que dejamos los adultos a los más chicos y a quienes necesitan más especialmente que cuidemos y estemos con ellos, dado el actual ritmo de vida. Luego nos propusimos hablar de los niños y adolescentes con discapacidad y el tema elegido fue *De la patologización a la inclusión*, retomado posteriormente en otros textos y espacios. Los chicos y las chicas que nos piden que les demos voz, que les preguntemos qué necesitan, que nos responden muchas veces con síntomas que interpelan nuestras prácticas profesionales; que nos solicitan que no los dejemos solos: que los escuchemos pero también que los alojemos, que los miremos singularmente,

los identifiquemos en sus habilidades y posibilidades para, finalmente, poder sentirse y estar incluidos en una sociedad que sigue siendo paradójica, como en la narración de Marshall Berman de principios de los años 80.

Parecería que nuestra actualidad se encuentra en un punto de inflexión que pretende superar algo que ya no alcanza. Cuando podemos hacer lugar a la pregunta acerca de qué otra forma vincularnos o cómo estar en este mundo, juntos, hoy. Un "de" y un "hacia": "De la patologización a la inclusión" que ya ha sido, en otro momento, un "de la integración a la inclusión". Estas son expresiones que comparten un formato, un modo de pensar el presente y de orientarse hacia a un futuro, que me llevan al título de un seminario de Denise Nejmanovich "Del control al encuentro" que propone una emancipación y una nueva forma de pensarnos en los vínculos (ni controlando ni siendo controlados, sino en algún punto de encuentro, donde los intereses, las pasiones y las posibilidades se cruzan, donde nos podemos poner a compartir alguna cosa). Da la sensación de que muchos de estos pasajes son llamados para liberarse de ataduras, del pasado como yugo, de impotencias, de crueldades.

A propósito de frases como "de la integración a la inclusión" o "de la patologización a la inclusión" (a las que podemos sumar "de la violencia a la convivencia"), propongo lo que yo he denominado un giro espacio-temporal que nos permite analizar qué sucede cuando emergen situaciones sociales que antes estaban invisibilizadas en el campo de la educación y la salud.

## ¿Qué sucede cuando emergen situaciones sociales antes invisibilizadas?

Este giro se compone de cuatro momentos que se interrelacionan y retroalimentan unos con otros:

1. La denuncia.
2. El debate.
3. La norma.
4. La acción.

Los llamamos "momentos", no porque sean sucesivos, sino para poder construir una mirada lógico-teórica sobre estos pasajes, transiciones que van de una cosa hacia otra... o, al menos, eso pretenden.

### La denuncia

Ocurre que problemas, temas y situaciones que hasta la época actual se mantenían como tabúes, silenciados, minimizados o directamente no tenidos en cuenta socialmente, se vuelven públicos: denunciados por voces individuales o colectivas que inician un camino de manifestación pública, de puesta en agenda. Cierto es que deben darse determina-

das condiciones o tener lugar hechos muchas veces dramáticos (por ejemplo, la muerte del soldado Carrasco terminó con el Servicio Militar Obligatorio en la Argentina), que hacen que algo hasta ese momento velado pueda salir a la luz: aquello segregado, prohibido, excluido, encuentra un resquicio para emerger, para visibilizarse. Es un momento en que lo injusto, obsoleto o prohibido puede dejar de serlo o, al menos, entrar en el campo de los discursos sociales que son tomados y retomados en la agenda pública. Y el *statu quo* se pone en cuestión.

Cuando un tema o problema social puede ser reconocido y nominado como tal, hay un primer y necesario momento que llamaré de denuncia: se procura poner en la agenda un asunto sosteniendo su gravedad, su importancia, mostrando quiénes son los sujetos afectados, de qué modos y por quiénes; se intenta ubicar causas y responsables (institucionales, políticos, etcétera). En esta etapa, es importante no hacer foco en los prejuicios, para no deslegitimar las demandas. Para dimensionar un problema, situación o desventaja, será preferible producir información válida y fundamentada teórica, científica e históricamente. El movimiento #NiUnaMenos da cuenta de esto y el Grupo Artículo 24, también.

### El debate

Ahora bien, luego de este primer momento de denuncia, la situación-problema probablemente pueda ser pensada colectivamente. Entonces, hay una segunda etapa de reflexión, que llamaré de debate.

Aquí, dependiendo el tipo de colectivos que han puesto el foco sobre el problema, se convocan asambleas, simposios, reuniones y congresos para discutirlo; se escucha a especialistas, se abre un espacio para el pensamiento, la reflexión y la opinión.

Muchísimas veces sucede que los movimientos se quedan en esta instancia. Atraviesan los momentos iniciales de denuncia y debate y se agotan, se diluyen o se perpetúan en acciones que tienden a reproducir la denuncia aquí y allá y a eternizar los debates, encontrándose con la repetición y provocando agotamiento en el público que termina por olvidar el tema.

Hasta aquí nos posicionamos en el “de”, ¿de qué hablamos y qué pensamos acerca de un tema? Es una etapa necesaria, pero no suficiente, que abre las puertas a debatir, a pensar, a decir “no”.

Del lado del “hacia”, también hay dos momentos: el de la norma y el de la acción. No es que la denuncia o el debate no impliquen en sí mismos modos de actuar sobre y en la realidad; nos referimos a “la acción” en el sentido de operar transformaciones que modifiquen no solo la percepción de un problema, hecho o grupo minoritario, sino a la posibilidad de generar efectos en la realidad social

que se materializan en proyectos, planes y programas que mejoren la calidad de vida de un sector de la población y su implementación.

### La norma

En este sentido las leyes son un ordenamiento formal de un derecho adquirido o a adquirir. Ahora bien, ellas no aseguran tampoco su cumplimiento efectivo. O sea que es necesario que las prácticas y los procedimientos se modifiquen en sintonía con lo que se denuncia, se debate y se legisla. Por ejemplo: que las prácticas educativas posibiliten que se incluya a las personas con discapacidad en las escuelas comunes de modo efectivo.

En lo que respecta a la norma, existen dos hitos: la Convención de Personas con Discapacidad y la Resolución 311/2016 del Consejo Federal de Educación. Estos dos documentos formales marcan un antes y un después en lo que se refiere a este tercer momento, que llamamos la “ley” en cuanto al reconocimiento social efectivo y la inclusión educativa de esas personas.

### La acción

Y finalmente, la acción. En términos generales, esto implica tomar medidas, modificar prácticas e instituciones (actitudinales, infraestructurales, en las planificaciones, etcétera). Son acciones en sentido amplio, pero verificables y sistemáticas, que puedan evaluarse en forma permanente de modo tal de poder cambiarse, mejorarse o incluso, si no funcionan, desestimarse.

Si bien dijimos que alcanzar el tercer momento ya suele ser complicado y no siempre ocurre –aun cuando se legisle sobre cierto tema–, el pasaje al acto es el más desparejo, asistemático y controversial. Frases que van desde “estamos haciendo todo lo que está a nuestro alcance” a “el Estado no hace nada” o “no tenemos recursos” se expresan en distintos ámbitos. Pero una de las frases que resuena en las instituciones que se ocupan de la infancia cuando sucede algo disruptivo es “no estamos preparados”. Eso mismo afirma Korinfeld (Kaplan y San Martín, 2017) respecto de algunas o varias de las situaciones que se presentan en las instituciones y que nos impactan intensamente. Para revertir esa sensación de “falta” es indispensable estar disponibles, de modo tal de dejarse alcanzar, con mover, atrapar por lo que otros hacen o nos proponen hacer, como afirmamos al principio.

### Prácticas inclusivas: hacer cosas juntos, expandirnos

Una sociedad inclusiva es aquella que expande sus límites de posibilidad y que abandona las miradas sesgadas.

Cuando una sociedad se propone ser inclusiva alberga la diferencia sin anularla. Son muchas las instituciones y los profesionales de la educación y la salud que vienen trabajando en contra de la patologización y en pos de espacios de socialización más inclusivos, que atienden las diferencias sin pretender ocultarlas y que alojan a los sujetos apostando por su singularidad.

Skliar (2017) sostiene que “estar juntos” en las instituciones implica la posibilidad de “hacer cosas juntos” y nos advierte que debemos poder reconocer que habrá tensiones y diferencias en esas cosas que podamos hacer juntos. Que no siempre estaremos de acuerdo; que habrá personas que no consideraremos nuestras mejores compañeras de ruta o con las que podremos entendernos menos; momentos en que sentiremos cierta incomodidad, porque la vida en comunidad no es, no será y no necesita ser “color de rosa”. En filósofo italiano Roberto Espósito grafica esta tensión: “La comunicación alberga la hospitalidad, pero también la hostilidad y eso le da sentido a la comunidad”.

Pensemos en la incomodidad que generan ciertas situaciones que debemos atravesar, en lo familiar, en lo profesional, incluso en encuentros que tienen que ver con nuestras profesiones y ocupaciones. De la incomodidad como pasaje, como parte de un proceso de inclusión, de apertura, de transformación. La incomodidad como sostén de ese “de la...” (que es presente y herencia) y del “hacia” (lo por-venir potenciado por el deseo): una incomodidad pasajera y necesaria para desestructurarnos y permitir la emergencia de dudas, de preguntas, del “cómo sería si...”.

Cuando hacemos hincapié en una frase como “de la pato-

logización a la inclusión”, pretendemos aportar al cambio cultural contemporáneo en el sentido de las transformaciones que se requieren para que todas las personas con o sin discapacidad sean ciudadanos con pleno ejercicio de sus derechos y abandonen el rol histórico de “pacientes” de los diversos equipos de profesionales que incursionan en sus determinaciones.

Para finalizar, vaya un fragmento del libro *La conquista de América* cuyo subtítulo es *El problema del otro*. Su autor es Tzevetan Todorov, un lingüista, filósofo e historiador búlgaro que nació en Sofía en marzo de 1939:

Uno puede descubrir a los otros en uno mismo, darse cuenta de que no somos una sustancia homogénea y radicalmente extraña a todo lo que no es uno mismo: yo es otro. Pero los otros también son yos: sujetos como yo, que solo mi punto de vista para el cual todos están allí mientras yo estoy aquí, separa y distingue verdaderamente de mí (Todorov, 2003).

Tal vez una de las tareas actuales de los maestros, los psicólogos y los pediatras sea la de descubrirse en los niños y en los jóvenes que ellos educan o atienden. Mirarse en ellos, identificar sus silencios, sus sufrimientos, identificarse en ellos. Correrse, acercarse, dejarse conmover. Sin ese reconocimiento en y con el otro es muy pero muy difícil que hagamos lugar a la diferencia, a lo diferente de mí, sea quien sea yo, y que podamos hablar de instituciones inclusivas. O de inclusión a secas. Las instituciones sociales, siempre que existan, conservarán su llamado a albergar las diferencias.

## NOTAS

1. Un 52 % de residentes en el Bronx son latinos y un 32 % son afroamericanos.
2. Informe del 1<sup>er</sup>. *Sondeo Participativo* de REDESA disponible en <http://www.sociedadecomplejas.org/redesa.php>

## BIBLIOGRAFÍA

- Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: FCE.
- Bauman, Z. (2013). *Sobre la educación en un mundo líquido*. Barcelona: Paidós.
- Berman, M. (1981). *Todo lo sólido se desvanece en el aire. La experiencia en la modernidad*. México: Siglo XXI. 2003.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar o castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- Kaplan, A. y Berezán, Y. (comp.). (2016). *De la violencia a la convivencia*. Buenos Aires: Noveduc.
- Kaplan, A. y Sanmartín, M. (comp.). (2017). *Niños dispersos, aburridos, solos. Nuevos contextos. El rol adulto hoy*. Buenos Aires: Noveduc.
- Korinfeld, D. (2017). Urgencias subjetivas de niños y adolescentes: ¿estamos preparados? En A. Kaplan, A. y M. Sanmartín (comp.). *Niños dispersos, aburridos, solos. Nuevos contextos. El rol adulto hoy*. Buenos Aires: Noveduc.
- Serres, M. (2012). *Pulgarcita*. Buenos Aires: FCE.
- Skliar, C. (2017). *Pedagogía de las diferencias*. Buenos Aires: Noveduc.
- Todorov, T. (2003). *La conquista de América. El problema del otro*. México: Siglo XXI.
- Vasen, J. (2017). *La atención que se presta. El “mal” llamado ADD*. Buenos Aires: Noveduc.

## Información institucional

### La AASM en la Reunión Anual del mhGAP de la OMS

La Asociación Argentina de Salud Mental y representantes del Hospital de Agudos Dr. Teodoro Álvarez participaron de la reunión que convocó la Organización Mundial de la Salud, llevada a cabo en Ginebra el 11 y 12 de octubre del corriente año. Intervinieron los doctores Alberto Trimboli (WFMH/AASM/Hosp. Álvarez), Pablo Fridman (Hosp. Álvarez/AASM), Liliana Moneta (AASM), Juan Carlos Fantin (AASM/Hosp. Álvarez) y la licenciada Silvia Raggi (AASM/Hosp. Álvarez). Ellos participaron en actividades acerca de Salud Mental, Derechos Humanos, abordajes en dispositivos con base en la comunidad y políticas de inclusión, y fijaron encuentros con autoridades de diferentes organismos internacionales.

Las autoridades de la AASM también se reunieron con el embajador argentino ante la OMS, Carlos Mario Foradori, para establecer actividades y futuras citas. El grupo de la AASM fue la única delegación argentina presente en esa reunión global.

### Retroceso en Salud

La Asociación Argentina de Salud Mental observa con preocupación ciertas medidas adoptadas por las autoridades gubernamentales de nuestro país que repercuten negativamente en el sistema de Salud Pública y deterioran, no solo las políticas públicas, sino también los derechos laborales de los trabajadores de la Salud y la calidad de la asistencia de la población. En ese sentido, durante este último tiempo, la AASM se ha visto obligada a elaborar y difundir una serie de comunicados. Entre los más destacados se encuentran: a) el referido a la situación que está atravesando el Hospital Posadas, debido a la gran cantidad de despidos de trabajadores de la Salud; b) el enérgico rechazo por la eliminación del Ministerio de Salud de la Nación, que descendió a la categoría de Secretaría; c) el rechazo a la aprobación de la nueva Ley de Profesionales de la Salud de la CABA, que incorpora cambios que perjudican los derechos profesionales adquiridos y d) el rechazo a la no inclusión de los licenciados en Enfermería, los profesionales encasillados en escalafón general que cumplen labores en hospitales y centros de salud, y los suplentes de Guardia que hace años se desempeñan en sectores de planta.

### La AASM participó de la 1st. Global Alliance for Mental Health Advocates en Singapur

Como parte de las acciones para reducir el estigma en Salud Mental, se realizó en Singapur la 1st. Global Alliance for Mental Health Advocates. Miembros de la Comisión Directiva de la AASM participaron de este encuentro en el que la presidenta de Singapur, Halimah Jacob, fue una de las oradoras principales.

### Designan directora de Salud Mental de la OMS a la doctora Devora Kestel

La doctora Devora Kestel fue designada como nueva directora del Departamento de Salud Mental y abuso de sustancias de la OMS, en reemplazo del Dr. Shekhar Saxena.

Es la primera mujer, argentina y psicóloga que ocupa el cargo más alto del área de Salud Mental de ese organismo internacional.

La AASM congratula a Devora en esta nueva etapa y ya le ha transmitido su compromiso de colaborar con ella para que las personas con padecimiento mental accedan a los servicios de Salud Mental y se respeten todos sus derechos. ¡Felicitaciones, Devora!

### Cumbre Mundial de Trauma en Houston

El presidente de la Federación Mundial de Salud Mental, Dr. Alberto Trimboli, participará de la Cumbre Mundial de Trauma en Houston, del 28 al 30 de noviembre. Este encuentro busca llamar la atención de los Estados para implementar medidas respecto de esa problemática derivada de las guerras, la pobreza y las catástrofes.

### Celebración del Día Mundial de la Salud Mental en la OMS

Durante la reunión que realizó la OMS en Ginebra, tuvo lugar la Sesión Plenaria para celebrar el Día Mundial de la Salud Mental. El Dr. Alberto Trimboli, presidente de la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH) y miembro de la CD de la AASM, fue el orador principal de esa Sesión Plenaria. Esa actividad contó con la presencia de la Dra. Devora Kestel, recientemente designada directora del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, y el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS.

### La Salud Mental en crisis

El campo de la Salud Mental se encuentra en una situación extremadamente crítica, debido a la no implementación de las leyes vigentes. En efecto, hoy existen numerosos pacientes que, con motivo de la falta de apertura de salas de Salud Mental en los hospitales generales, están siendo internados en otras que no cuentan con las condiciones mínimas para cumplir con las normas de buenas prácticas en esa área. En efecto, los hospitales se encuentran abarrotados de pacientes de Salud Mental internados en Clínica Médica, Obstetricia o Unidad Coronaria; también hay muchos que pasan varios días o semanas en el sector de Guardia.

Tampoco se verifica la apertura de dispositivos intermedios, como Casas de Medio Camino, dispositivos habitacionales y Hospitales de Día. La Asociación Argentina de Salud Mental se halla abocada a realizar diferentes consultas para decidir las medidas que sea necesario implementar con el fin de revertir esta grave situación.

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.

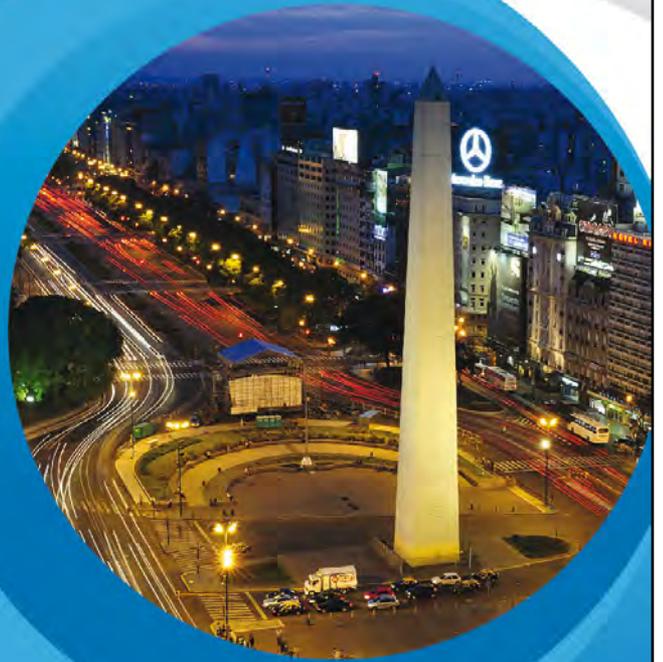
**AASM** | Asociación Argentina  
de Salud Mental

Consultas: [contacto@noveduc.com](mailto: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](http://wfmh2019.com)