



CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL

PUBLICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL

AÑO 13 N° 33 AGOSTO DE 2020
DISTRIBUCIÓN GRATUITA



CONTENIDO: Un cuento chino. Pandemia y salud mental. *A. Trimboli* • Cuarentena: una previa globalizada. *S. Zabalza* • El discurso sanitario y la muerte. *P. Fridman* • Problemas y desafíos regionales del impacto de las lógicas neoliberales en salud/salud mental. *G. Dueñas y J. Rachid* • La pandemia de COVID-19 y las desigualdades de acceso a servicios de salud mental. *M. de Lellis y M. G. García* • Mientras respiramos (en la incertidumbre). *C. Skliar* • Un día a la vez: COVID-19 y la transformación de la subjetividad. *C. G. Motta* • El tercer tiempo en juego. *E. Levin* • Las consecuencias psicoclínicas del aislamiento, el distanciamiento social y la cuarentena. *D. H. Silva* • Vulnerabilidad e incertidumbre por COVID-19. Coordinadas a procesar para la estabilización psíquica. *D. Altavilla*





Año 13 - N° 33 - Agosto de 2020

Director

Alberto Trimboli

Director Asociado

Juan Carlos Fantin

Comité Editorial

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

Foto de tapa: www.shutterstock.com/es/

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, 1°A - 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 y producción editorial

Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico S.R.L.,
Av. Corrientes 4345, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

www.noveduc.com

Contenidos

- 5 Editorial: Un cuento chino. Pandemia y salud mental**
Alberto Trimboli
- 10 Cuarentena: una previa globalizada**
Sergio Zabalza
- 12 Capítulos de la AASM**
- 13 El discurso sanitario y la muerte**
Pablo Fridman
- 17 Problemas y desafíos regionales del impacto de las lógicas neoliberales en salud/salud mental**
Gabriela Dueñas y Jorge Rachid
- 27 La pandemia de COVID-19 y las desigualdades de acceso a servicios de salud mental**
Martín de Lellis y María Graciela García
- 31 Anticipo de libro: Mientras respiramos (en la incertidumbre)**
Carlos Skliar
- 40 Un día a la vez: COVID-19 y la transformación de la subjetividad**
Carlos Gustavo Motta
- 41 Anticipo de libro: El tercer tiempo en juego**
Esteban Levin
- 44 Las consecuencias psicoclínicas del aislamiento, el distanciamiento social y la cuarentena**
Dr. Daniel H. Silva
- 50 Vulnerabilidad e incertidumbre por COVID-19. Coordinadas a procesar para la estabilización psíquica**
Dra. Diana Altavilla
- 52 Información institucional**



Asociación Argentina
de Salud Mental

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidentes honorarios

Eduardo Grande

Alberto Trimboli

Presidente: Gustavo Fernando Bertran

Vicepresidente: Pablo Fridman

Secretario General: Silvia Elena Raggi

Tesorero: Néstor Saborido

Secretario de Actas: Eduardo Grande

Secretario Científico: Juan Carlos Fantin

Secretario Interinstitucional: Liliana V. Moneta

Secretario de Asuntos Profesionales: Beatriz Kennel

Secretario de Ética: Jesús Alberto Trimboli

Secretario de Cultura: Ariel Falcoff

Secretario de Publicaciones: Alberto Calabrese

Secretario de Biblioteca: Dario Galante

Secretario de Prensa: Juan Carlos Basani

Vocales Titulares:

Alejandro Brain

Luis Sanfilippo

Vocales Suplentes:

Ricardo Soriano

Rubén Gallardo

COMISIÓN FISCALIZADORA

Presidente: Alberto Carli

Miembro Titular: Beatriz Schlieper

Miembro Suplente: Mónica Juárez

ASÓCIESE

Aranceles desde el 15 de mayo de 2018



Asociación Argentina
de Salud Mental

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. Los datos profesionales de los socios aparecen en nuestra página web para que sean conocidos por la comunidad.

Editorial

Un cuento chino*.

Pandemia y salud mental

* RAE: Embuste / Relación, de palabra o por escrito, de un suceso falso o de pura invención.

Muy recientemente, en su nuevo libro *¡Pandemia! El Covid-19 sacude al mundo*, Žižek (2020) escribió que “la actual expansión de la epidemia de coronavirus ha detonado las epidemias de virus ideológicos que estaban latentes en nuestras sociedades: noticias falsas, teorías conspirativas paranoicas y explosiones de racismo”. También manifestó que, después de la pandemia, seguramente sobrevendrá una especie de “comunismo reinventado”. Más allá de lo incierto de esa última afirmación, el suyo aparece como el primero de los ensayos relacionados con el coronavirus.

Es indudable que atravesamos una época inédita, diferente, única. El virus nos ha cambiado la forma de vivir, de relacionarnos y de trabajar. El actual contexto de pandemia no solo nos ha obligado a modificar nuestras rutinas y costumbres, sino que también nos fuerza a ser testigos de una serie de hechos, escenarios y expresiones que, en muchos casos, podríamos definir como peligrosos.

En efecto, desde que comenzó a difundirse la existencia de contagios provocados por un virus hasta entonces desconocido, empezaron a circular declaraciones, no solo provenientes de líderes políticos que nos tenían acostumbrados a sus disparates, sino también de algunos notorios pensadores. Entre ellas, las de Giorgio Agamben, realizadas en los primeros momentos de la pandemia, que motivaron la inmediata crítica de numerosos colegas y personalidades. Él sostuvo que las medidas de emergencia tomadas por el gobierno italiano fueron:

(...) frenéticas, irracionales y completamente injustificadas para una supuesta epidemia debida al coronavirus (...) según los datos epidemiológicos disponibles, la infección provoca síntomas leves/moderados muy parecidos a los de una gripe (...) Parecería que, habiendo agotado el terrorismo como causa de las medidas excepcionales, la invención de una epidemia puede ofrecer el pretexto ideal para extenderlas más allá de todos los límites (Agamben, 2020a).

Posteriormente, en un libro que recopila todos los artículos escritos acerca de la pandemia, afirmó:

En nombre de la bioseguridad y la salud, el modelo de las democracias burguesas con sus derechos, parlamentos y constituciones está dando paso a un nuevo despotismo en el que los ciudadanos parecen aceptar limitaciones de libertades sin precedentes (Agamben, 2020b).

De este lado del océano, no podemos ignorar los dichos del presidente de Brasil, quien declaró públicamente que el COVID-19 “no es más que una gripecita”, mientras se mostraba sonriente, en medio de una multitud, entre abrazos y sin barbijo. Son relevantes también las expresiones del presidente de Estados Unidos, que en una conferencia de prensa sugirió a los enfermos de COVID-19 que se inyectaran desinfectante para exterminar al virus; con esas irresponsables declaraciones, provocó un sinnúmero de contagios y muertes.

Es evidente que el coronavirus ha sido capaz de acercar posiciones irreconciliables hasta entonces... ¿Qué diferencia existe entre lo que manifiestan Agamben y Bolsonaro? Ninguna.

Coincidiendo con Žižek, en plena pandemia de coronavirus también estamos siendo testigos de un despertar de brotes xenófobos y discriminatorios. Ejemplo de ello son las palabras del primer ministro húngaro, que afirmó que “observamos un cierto vínculo entre el coronavirus y los inmigrantes ilegales”, sin que existiera ningún tipo de dato concreto y comprobable que lo avalara.

Una señal xenófoba aún más directa provino del presidente de EE.UU., Donald Trump, que anunció en una conferencia de prensa que su país había iniciado la guerra contra el “virus chino”, aludiendo al país en el que se supone que se inició la cadena de contagios. Sus expresiones coincidieron con un gran número de actos discriminatorios y xenófobos por parte de la sociedad, a lo largo y lo ancho del mundo, en contra de ciudadanos con rasgos orientales, procedieran o no de China, fueran o no ciudadanos de ese país.

Sabemos que las palabras no son inocuas y tienen efecto en la sociedad, y mucho más si las expresan dirigentes o

ALBERTO TRIMBOLI

Past President of the World Federation for Mental Health (WFMH) y actual miembro de su Consejo Ejecutivo. Miembro fundador y presidente honorario de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Presidente de la Sociedad Argentina para el Estudio de las Adicciones. Coordinador del Sector de Adicciones del Hospital Gral. de Agudos Dr. T. Álvarez. Representante en la OMS/OPS por la WFMH.

líderes influyentes que las dirigen a sus seguidores. Del mismo modo, más allá del diccionario, las palabras tienen una historia y se les atribuye un significado construido socialmente a través del tiempo, por eso, en casos de emergencia como el actual, es preciso ser muy cautos en su empleo.

A lo largo y a lo ancho del mundo, se permiten opinar livianamente economistas o representantes de sectores opositores a los gobiernos, que no tienen la responsabilidad de liderar el manejo de la peor pandemia de los últimos cien años. Postulan teorías, como por ejemplo, que los gobiernos que impusieron la cuarentena lo han hecho para poner en marcha un sistema de control social o para quitar libertades a los ciudadanos con fines ocultos. O que el origen de todos los males es la cuarentena, y no la pandemia. Incluso han afirmado que el virus no existe y que se trata de un invento de Soros o de Bill Gates, para imponer un nuevo orden mundial.

Más allá de esas expresiones, desde nuestro lugar como integrantes del campo de la salud mental, lo que no debemos dejar pasar por alto es el uso irresponsable y político que ciertos representantes de sectores académicos, económicos, científicos, políticos y de los medios de comunicación hicieron (y hacen) de la pandemia en general, y de la salud mental en particular.

Entre las opiniones que circularon, encontramos algunas (incluso, de profesionales de nuestro ámbito) que tildan de patológicas ciertas reacciones psicológicas normales de ciudadanos argentinos. Es esperable que las situaciones nuevas y extremas, como la actual, provoquen en una parte de la sociedad una serie de reacciones psicológicas que, aunque displacenteras, son totalmente normales. Cabe aclarar que no solo es poco serio hacer diagnósticos generalizados y fuera del contexto clínico: también es poco ético.

Además, de pronto, notamos que cierta terminología que entonces era patrimonio exclusivo del campo de la salud mental, sorpresivamente y fuera contexto, comenzó a circular en boca de políticos, periodistas y columnistas. Esto colocó a la sociedad en un rol de espectadora pasiva de una discusión tan estéril como perjudicial.

De la noche a la mañana, en medio de uno de los peores momentos de la expansión del coronavirus, la sociedad argentina fue obligada a participar de la discusión (instalada por algunos medios de prensa) acerca de si la causa de la (supuesta) angustia de la nuestra población se debe a la cuarentena o a la pandemia. De este modo, han corrido peligrosamente el centro de interés: la necesidad es estar bien informados para sobrellevar la peor crisis sanitaria de los últimos cien años, de modo tal que la sociedad adopte las medidas necesarias para cuidar(nos) colectivamente del contagio.

Esto evidencia que algunos medios de comunicación no solo no se han situado a la altura de las circunstancias, sino

que, por lo contrario, priorizan sus intereses corporativos, ideológicos o económicos, tergiversando e interpretando la realidad según su conveniencia, muchas veces con argumentos totalmente falaces y rebuscados, en lugar de cumplir con su obligación de informar.

Cuando manifiestan comentarios de este tipo, ¿tienen en cuenta la grave situación mundial y las posibles consecuencias negativas de dar información contradictoria y eventualmente falsa?

Es conveniente analizar lo que sucedió en la Europa del primer mundo con relación a la pandemia. Veamos: en Italia, Suecia, España, Reino Unido y Francia (por nombrar solo a algunos países) se produjo un colapso del sistema de salud como nunca había sucedido. Allí, por falta de respiradores, incluso debieron elegir qué vidas salvar y se produjeron cifras escalofriantes de muertos. Esos gobiernos, por su parte, evidenciaron una pasividad y acciones extemporáneas muy difíciles de aceptar. En cambio, como contrapartida, Polonia, Portugal y Serbia, países menos desarrollados que los primeros, han mostrado cifras de contagios y de fallecidos bastante inferiores, por lo menos hasta hoy.

En nuestro continente, del mismo modo, se aprecian diferencias enormes. Nadie esperaba que Estados Unidos, el país más desarrollado del planeta, fuera uno de los peores en cuanto al manejo la pandemia. En esa misma línea tenemos a México, Brasil, Chile, Ecuador y Perú. En cambio, nuestro país, por el momento –y sin dejar de tener en cuenta la cifra lamentable de fallecidos y el deterioro de la situación económica de muchas familias– puede mostrar mejores resultados. Tanto es así, que la revista *Time* lo ubicó entre los países que más eficientemente han manejado la pandemia en el mundo.

Entonces, tomando en cuenta esos enormes contrastes, y más allá de las diferencias ideológicas y puntos de vista de cada uno, la pregunta a plantearse sería si la diferencia en los resultados depende de la solidez del sistema económico de cada país. Definitivamente, la respuesta es negativa. Es evidente que las diferencias en los resultados obtenidos se relacionan con el liderazgo político y las decisiones adoptadas por cada Estado, poniendo el foco fundamentalmente en la salud, sin dejar de subrayar el comportamiento de cada sociedad, que, indiscutiblemente, acompañó la línea planteada por cada líder.

Algunos medios de prensa, además, brindan espacio a personajes que instalan mensajes muy peligrosos, por ejemplo, instando a la población a pedir “más libertad” o informando que “la cuarentena más larga del mundo” provoca “angustia” en los ciudadanos.

Otros plantean una falsa dicotomía entre “la salud y la economía”. ¿No evalúan los datos que recibimos del resto del mundo? ¿Es negación o es el “sálvese quien pueda”?

Más allá de lo expuesto anteriormente, no cabe duda de que esta pandemia nos dejará una nueva perspectiva, pero



también algún que otro nuevo vocablo, como el término “anticuarentena”. Este no existe en el diccionario y engloba no solo a quienes creen que la enfermedad no existe, sino a quienes hacen un uso político de la pandemia, y también a aquellos que se oponen desde lo discursivo, incitando a romper la cuarentena. Estos conceptos se vuelcan a pesar de saber que, entre las víctimas de ese tipo de expresiones, pueden estar los viejos, los que viajan hacinados en los medios de transporte, los pobres y los más vulnerables, es decir, los que más cuidados necesitan de un Estado presente. Es indiscutible que, en tiempos de pandemia, en un contexto como el actual, la negación o la desinformación matan.

Algunos afirman que la pandemia nos puso a todos en un mismo barco. Tal vez sea cierto, pero también lo es que, en esa nave, algunos viajan en primera y otros en tercera.

En un artículo publicado por el diario español *El País*, Byung-Chul Han (2020), el filósofo surcoreano radicado en Alemania, asegura que Žižek se equivoca y que el virus no solo no vencerá al capitalismo sino que, además, es posible que salga de esto más fortalecido que nunca. Desde su visión, *la globalización suprime todos estos umbrales inmunitarios para dar vía libre al capital. Han afirma que, a pesar de lo que se dice, el virus no originó un compromiso solidario, ya que no cuidamos al otro, sino que nos cuidamos para sobrevivir y escapar de la muerte.*

En ese mismo sentido, Esposito cita a Thomas Hobbes, que plantea que:

Cada uno, en efecto, está llevado a desear lo que para él es bueno o a huir de lo que para él es malo, sobre todo del máximo de los males naturales, que es la muerte (Esposito, 2003).

Este autor señala que Hobbes prefiere la expresión negativa “huir de la muerte” a la positiva “conservar la vida”, porque tememos infinitamente a la muerte, mucho más incluso de lo que deseamos la vida.

En cuanto a la globalización, Byung-Chul Han afirma que suprime todos los umbrales humanitarios. Esto se asocia a lo que Beck sostiene en su libro *La sociedad del riesgo*:

Es verdad, el siglo XX no ha sido pobre en catástrofes históricas: dos guerras mundiales, Auschwitz, Nagasaki, luego Harrisburg y Bhopal, ahora Chernobyl... Hasta acá, todo el sufrimiento, toda la miseria que unos seres humanos causaban a otros se resumía bajo la categoría de los otros: los judíos, los negros, las mujeres, los refugiados políticos, los disidentes, los comunistas, etcétera. Había, por una parte, vallas, campamentos, barrios, bloques militares y, por otra, las cuatro paredes propias; fronteras reales y simbólicas tras las cuales podían protegerse quienes en apariencia no estaban afectados. Ha llegado “el final de los otros”, el final de

todas las posibilidades de distanciamiento, tan sofisticadas... Ahí reside la novedosa fuerza cultural y política de esta era. Su poder es el peligro que suprime todas las zonas protegidas y las diferenciaciones de la modernidad (Beck, 1988).

En otras palabras, en la “sociedad del riesgo” se relativizan las diferencias y los límites sociales, extendiéndose los peligros de la modernización. De alguna manera, en la Modernidad, se produce un efecto igualador. Todos estamos en riesgo.

En otro orden de ideas, es importante dar cuenta de numerosas cuestiones que la pandemia ha puesto al descubierto. De más está decir que, claramente, por lo menos en nuestro país, el tema de la salud ha ocupado un lugar central. Tal vez, esta sea una oportunidad única para comenzar a establecer un orden de prioridades, en el cual la salud, la vida, la igualdad de derechos y la solidaridad colectiva ocupen un lugar privilegiado.

Quizás sea hora –y sin esperar a que la pandemia acabe– de empezar a discutir qué esperamos del Estado como ciudadanos, qué garantías debe asegurarnos, qué sistemas de salud necesitamos. La pandemia puso muy en claro que una sociedad más justa, con acceso universal a la salud pública favorecerá, incluso en términos económicos, a todos por igual, muchísimo más que una sociedad desigual y para pocos. No pensemos en la salud como un compartimento estanco, sino como un complejo entramado en el que intervienen todos los determinantes de la misma. La política de salud mental no se agota en los servicios sanitarios que un país ofrece a sus ciudadanos para tratar las situaciones de ese padecimiento. Es mucho más amplia que eso. Abarca también las condiciones socioeconómicas que determinan las posibilidades de inclusión social de las personas y las pautas culturales que permiten o dificultan la concreción de los derechos de las minorías, entre otras (Gorbacz, 2019).

De igual modo, desde una perspectiva más particular, en el campo de la salud mental, la pandemia ha puesto de manifiesto una serie de cuestiones.

En términos de políticas utilizadas para gestionar la pandemia, debemos considerar las notorias diferencias evidenciadas en cada jurisdicción de nuestro país. Algunas de ellas han puesto el foco en responder en forma rápida y efectiva a las consecuencias psicológicas que origina la pandemia en la población, por ejemplo, incorporando una cantidad significativa de nuevos profesionales de la salud mental. Este es el caso de la provincia de Buenos Aires. En otras jurisdicciones, por el contrario, se percibió una notoria disminución de respuesta de los servicios. Esto sucedió en la Ciudad de Buenos Aires, con el cierre de alguna sala de internación de salud mental de un hospital general o la ocupación de espacios físicos pertenecientes a áreas de salud mental por otras necesarias para dar respuesta “a la emergencia sanitaria originada por la pandemia” (como

si esta afectara solo al cuerpo y no lo psíquico). Ahora, si bien es cierto que fue (y es) necesario disponer de la mayor cantidad de recursos (camas de terapia intensiva, respiradores, personal, etc.) para dar respuesta a las personas contagiadas o disminuir al máximo posible la circulación de gente en los hospitales y minimizar riesgos, se ha visto una retracción de los servicios públicos de salud mental en algunas jurisdicciones. En efecto, ese fenómeno se evidenció desde el comienzo de la cuarentena. En ciertos casos, por falta de liderazgo y directivas claras de las autoridades de salud/salud mental de algunas jurisdicciones del país, pero, en otras, por el accionar (o pasividad) de las autoridades y profesionales de ciertos servicios que se vieron obligados a improvisar una reorganización debido a la evidente inacción de las autoridades. Esto implicó, en muchos casos, la puesta en marcha de funcionamientos anárquicos y caóticos, que repercutieron en la continuidad de los tratamientos o en la respuesta a nuevos.

Es necesario resaltar la enorme labor que viene realizando el colectivo de trabajadores de la salud mental en los efectores de salud para enfrentar los efectos de la pandemia, no solo sobre el cuerpo, sino también en el plano de lo simbólico.

Hemos observado que los efectos negativos del virus prácticamente no se evidenciaron en las salas de internación de salud mental de los hospitales generales. Por ejemplo, en la Ciudad de Buenos Aires, no se ha detectado ningún caso de contagio entre los pacientes, mientras que en los hospitales monovalentes, al igual que en los establecimientos geriátricos, los casos se cuentan por decenas. El dato significativo es que, a pesar de que se supone que, en los hospitales polivalentes existe mayor riesgo de contacto con el virus, y, por consiguiente, mayor cantidad de contagios, porque los pacientes de salud mental circulan por todo el hospital, es más seguro estar internado en un hospital general que en uno monovalente. Resulta obvio que no es lo mismo que haya veinte pacientes internados o cien, quinientos o más.

Todo esto confirma que es necesaria la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, que otorgue los mismos derechos de acceder al hospital general a las personas con padecimiento mental que al resto de la población.

Dentro de este contexto, debemos mencionar la rápida reacción de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, que adaptó las herramientas a la nueva realidad elaborando protocolos y recomendaciones, como por ejemplo los protocolos de internación, la implementación de recetas electrónicas o la resolución para la implementación de terapias con herramientas remotas. Todo esto tuvo la finalidad de facilitar la continuidad de los tratamientos en marcha y los nuevos y, a la vez, evitar riesgos de contagio. Ahora bien, en este punto debemos mencionar

la conducta de la mayoría de las obras sociales y preparadas. Estas, definitivamente, no estuvieron a la altura de las circunstancias, sino todo lo contrario: se opusieron o retrasaron la implementación de cada medida o resolución de la Dirección Nacional de Salud Mental, paralizando en forma total los tratamientos en curso, como así también las nuevas admisiones.

Es importante destacar que, durante la pandemia, resurgieron los ataques a la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, pero esta vez no directos, sino efectuados en forma subrepticia. La embestida va dirigida a lo que, según los sectores que representan los intereses económicos y corporativos, simboliza la innecesaria internación en hospitales monovalentes: los hospitales generales. En efecto, si bien en el pasado se intentó invisibilizarlos, en estos tiempos, en forma esporádica pero firme, se perciben mensajes claros en contra de los hospitales generales que, desde que Goldenberg los incluyó como una alternativa terapéutica más, entre otras, han mostrado signos claros de efectividad como uno de los dispositivos con base en la comunidad.

Sabemos que, desde hace siglos, el manicomio y el hospital monovalente han sido sostenidos como la mejor solución para abordar las enfermedades mentales. Incluso hoy existen sectores que los siguen respaldando enérgicamente, sobre la base de diferentes fundamentos y motivos. Los clínicos, por un lado; la complejidad del cuadro, por otro. Y ahora agregan uno nuevo, sobre la base de la negación de su existencia, al proponer modificar su antigua y popular denominación de manicomios (que, según esos sectores, hoy no existen) por la de Hospital especializado u Hospital de especialidad, entre otras. Cambiar el apelativo manteniendo el encierro y el aislamiento de las personas no sería más que un maquillaje teórico para esconder su verdadera esencia, conservando en la práctica los mismos resultados. Pues resulta evidente que ese tipo de estructuras no solo no mejoran la salud mental, sino que la empeoran, estigmatizando, aislando, cronificando y arrasando con la subjetividad de quienes allí se alojan, más allá del desempeño de muy buenos profesionales.

En nuestro país, el psiquiatra y psicoanalista Mauricio Goldenberg (luego exiliado en Venezuela) fue tal vez el primero del mundo en incluir la idea de un hospital general

que abordara padecimientos mentales, incorporando la internación, si fuera necesaria. Goldenberg pensaba que el modo de tratar los padecimientos mentales graves estaba muy vinculado al formato de las instituciones encargadas de alojar y curar a los pacientes (Wolfson, 2009). Él, hace ya más de sesenta años, criticaba el modo de funcionamiento del hospital neuropsiquiátrico clásico, por lo que propuso el tratamiento ambulatorio para la mayoría de los pacientes, así como también la internación breve en el hospital general, en lugar de a la internación prolongada en el hospicio.

Hasta el momento, hay serias dificultades para avanzar hacia la puesta en marcha de una verdadera política que incluya una red integrada de servicios y dispositivos con base en la comunidad, con abordaje territorial, Centros de día, Casas de medio camino, dispositivos sociolaborales y habitacionales con diferentes niveles de apoyo, que incluyan al hospital general, entre otros. Es que, más allá de los intereses económicos, ideológicos y corporativos, el cambio de paradigma también provoca miedo. Y es habitual encontrar actores del campo de la salud mental que desde lo teórico o lo discursivo se proclaman defensores de los derechos de las personas y del cambio en los abordajes de la salud mental, pero que, en el momento de ser protagonistas del mismo, exponen diferentes argumentos que se traducen en obstáculos para llevar a cabo la transformación que defienden en la teoría.

Tenemos mucho por hacer en salud mental. Esta pandemia nos ha dado la posibilidad de comprender lo que es vivir encerrados. Ahora podemos imaginar, aunque sea un poco, lo que puede sentir una persona internada en un hospital psiquiátrico por tiempo prolongado.

Para quienes nos desempeñamos en el campo de la salud mental, el año 2020 será recordado por dos motivos: uno, por ser aquel en que se desarrolló la emergencia sanitaria mundial más grave de los últimos cien años. Y también, por ser el año en que no se cumplió con la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

Tenemos mucho por hacer. Hagámoslo.

Alberto Trimboli
Director

BIBLIOGRAFÍA

Agamben, G. (2020a). *L'invenzione di un'epidemia*.

<https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia>

Agamben, G. (2020b). *A che punto siamo? L'epidemia come politica*. Quodlibet.

Beck, U. (1988). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Buenos Aires: Paidós, p. 11.

Esposito, R. (2003). *Comunitas. Origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gorbacz, L. (2019). Determinantes de la salud mental. En *El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*. Buenos Aires: Noveduc.

Han, B-Ch. (2020). *La emergencia viral y el mundo de mañana*. <https://elpais.com/ideas/2020-03-21/la-emergencia-viral-y-el-mundo-de-manana-byung-chul-han-el-filosofo-surcoreano-que-piensa-desde-berlin.html>

Wolfson, M. (2009). *Goldenberg, una revolución en salud mental*. Buenos Aires: Capital Intelectual.

Žižek, S. (2020). *¡Pandemia! El Covid-19 sacude al mundo*. Barcelona: Anagrama.

Cuarentena: una previa globalizada

SERGIO ZABALZA

Psicólogo. Psicoanalista. Exintegrante del Dispositivo de Hospital de Día y del Equipo de Trastornos graves infantojuveniles del Hospital Álvarez. Profesor adjunto en la cátedra Clínica Psicológica: Adolescencia, de la Universidad de las Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Participa publicando artículos en los diarios *Página12* y *Clarín*.

En estos días de cuarentena, muchos han sido los ángulos y perspectivas ensayados para abordar, reflexionar y desmenuzar los rasgos más particulares de esta experiencia, presente a lo largo y ancho del planeta. Por nuestra parte, se nos insinúa propicio tomar el factor tiempo. Al respecto, Lacan nos brinda una precisa orientación, a saber: los tres tiempos lógicos, el instante de ver, el tiempo de comprender y el momento de concluir. Una serie que bien puede aplicarse a la estructura del chiste: el instante de ver para la escucha del relato; el tiempo de comprender para ese lapso en que el oyente intenta colegir la agudeza propuesta y, por fin, la explosión de risa que precipita en el momento de concluir. Idéntica estructura puede emplearse en la misma persona que, en virtud de su condición de sujeto dividido, emite pensamientos, frases o sentencias que sorprenden, entristecen o lo sumen en la perplejidad. De hecho, hay palabras oídas en la infancia que solo cobran valor al cabo de muchos años, algunas, quizás, tras el transcurso de toda una vida. Vale agregar que el dispositivo analítico se sirve de la misma condición. En efecto, en virtud del poder discrecional del oyente, el analista maniobra de tal modo que, en definitiva, la interpretación corre por cuenta del propio sujeto (para ilustrar el punto, basta el ejemplo de repetir con un tono diferente una frase extraída del discurso del analizante). Desde esta perspectiva, alguien quizás podría considerar la experiencia de la cuarentena como el tiempo para comprender los alcances que la irrupción del virus está cobrando en nuestra actual subjetividad. Por nuestra parte, preferimos considerar que la extrema e inédita particularidad presente en estos días de forzada cuarentena se corresponde con una suspensión del instante de ver. Para decirlo con la frase que empleó un paciente, en el teléfono: "Estamos todos viendo qué va a pasar".

Una previa globalizada

Se trata de una suerte de previa globalizada manifestada en pre-ocupaciones, cuyo efecto no hace más que consolidar la inhibición generalizada distintiva de nuestra época. "Vamos a hacer un listado de pre-ocupaciones", le propuse a un paciente que se quejaba en el teléfono: "Uno, pre-ocupación por si te peleás con tu mujer; dos, pre-ocupación por si te echan del laburo; tres: pre-ocupación por si te contagiás; cuatro, pre-ocupación porque, si bien lo estás

pasando bien, no pre-ves cómo puede terminar todo esto, tanto que te pre-parás para lo peor. ¡Estás re-pre!"¹. Hubiera esperado que el sujeto asociara con re-preso o represión, palabras que desde ya corren a cuenta de mis propios fantasmas. Lo sorprendente es que asoció (interpretó) con la palabra "prescindente" y su terror infantil a quedar excluido. De esta forma, por vía del equívoco significativo propio de la intervención analítica, la contingencia de la cuarentena sirvió para interrogar a la otra cuarentena, esa desde siempre presente en su fantasía. Si, tal como observa Lacan (1988), "Lo colectivo no es nada sino el sujeto de lo individual", vaya este breve ejemplo como ilustración de la previa globalizada en la que estamos inmersos y que hoy la pandemia muestra a cielo abierto con el confinamiento al que la pre-venición nos obliga.

El terrorismo del "¿Y si...?"

Y es que hoy, la mirada del Otro allí en la cámara (reificada por la omnipresencia del ciberespacio durante la cuarentena), nos ha dejado detenidos, como en una foto, *stalkeados* en la imagen (para emplear un término del argot digital cuya pertinencia debe más al empuje por darse a ver del sujeto que a la supuesta persecución del Otro). Hoy el Otro no ríe, no aprueba ni desaprueba, está en espera. (Como cuando tu usuario de WhatsApp aparece en un grupo y nadie te dice qué hacés allí; o como cuando das una clase o brindás una conferencia virtual y no ves el rostro de las personas). Cuestión que desde ya produce todo tipo de ansiedades y angustias. "Decidimos hacer la cuarentena juntos. Y no la estamos pasando mal, pero por momentos no sé si él está bien, o si no dice lo que le molesta porque está esperando el fin de la cuarentena y ya", relata una paciente que, mientras elucubra estas rumiantes consideraciones, tampoco se anima a transmitirle al novio lo que a ella le molesta. Se trata de una encrucijada por demás interesante. Por lo pronto, invita a preguntarse cuánto de nuestra vida "normal" transcurre en la cuarentena que la cárcel de nuestros fantasmas construye a base de postergaciones, idealizaciones y temores. Es que este instante en suspenso se traduce en lo que hemos dado en llamar el terrorismo del "¿Y si...?", ese formato inquisidor en cuyos puntos suspensivos (¡precisamente!) pueden alojarse severas pestes neuróticas: "¿Y si el tipo que estornudó a mi lado en el súper tenía el virus?"; "¿Y si toqué esa manija

por donde pasan todos?"; "¿Y si me llegase a enfermar?". Son alternativas para las que no hay respuestas operativas y cuya medusante atracción está al servicio de una deriva inconducente que lleva al desánimo, la inacción o, en la peor de las situaciones, al pánico. En todo caso, de lo que se trata es de una detención del trabajo psíquico en el *instante de ver* que, por rara paradoja, no nos permite cerrar los ojos. Abordemos ahora entonces una de las manifestaciones más comunes de esta paralización: el insomnio.

Una pesadilla en plena vigilia

Algunos definen al cuerpo como la manera de estar en el mundo. Sin embargo, nuestra experiencia indica que la mayor parte de las veces solo somos felices allí donde no estamos. Sutil manera en que la fantasía introduce la división subjetiva. Nuestra intimidad habita en Otra Escena, aquella que los sueños velan con los guiones argumentales portadores de nuestros más recónditos deseos. Ahora bien, en estos días resulta frecuente escuchar testimonios referidos a todo tipo de perturbaciones para conciliar el sueño. Cuestión de por sí paradójica, habida cuenta de que, en virtud de la cuarentena, se supone que aquellos lapsos de descanso tan anhelados en otros momentos hoy parecieran estar allí a nuestra disposición. Desde este punto de vista, quizás la pandemia venga a denunciar nuestra incapacidad para abordar el tiempo de otro modo que no sea el que impone la adicción al trabajo. Mientras la naturaleza parece recuperar algo de su deteriorado brillo, nuestros cuerpos se muestran renuentes para abordar una muy distinta forma de productividad. Es así como, formateados al capricho del mercado, despreciamos otras maneras de "aprovechar el tiempo", por cierto tan indispensables como el alimento que ingerimos o el aire que respiramos.

Por ejemplo, desde temprano Freud empleó el término "trabajo" para describir la intensa tarea que el aparato psíquico realiza cuando, vaya paradoja, el polo motor está inhibido (léase: el cuerpo descansa) y, sin embargo, aún así restan conflictos por tramitar: el sueño. De allí que la falta de descanso arroje consecuencias a tomar en cuenta, sobre todo cuando el encierro estimula expectativas tales como eventos catastróficos cuya más palpable naturaleza consiste en que no cesan de no acontecer. Ese alerta permanente aviva la faz más traumática de la angustia, allí donde el tiempo parece detenerse para que los fantasmas dancen al compás del eterno retorno de lo mismo, con el sujeto como único espectador. En definitiva, la emergencia de la Otra escena: una pesadilla en plena vigilia. Es que allí donde lo simbólico insinúa tornarse real, el ombligo del sueño ya no hace de límite para el enigma que alberga el cuerpo. Así, cuando el espejo solo nos devuelve el rostro en el espejo, lo familiar se vuelve extraño: siniestro. Una suerte de paralización en el *instante de ver*. El poeta

Fernando Pessoa lo describe así: "Incluso yo, el que sueña tanto, tengo intervalos en los que el sueño me huye. Entonces las cosas me parecen nítidas. Se desvanece la neblina en la que me cerco. Y todas las aristas visibles hieren la carne de mi alma. Todas las durezas miradas me duele saberlas durezas. Todos los pesos visibles de objetos me pesan por dentro del alma" (Pessoa, 1998). De esta manera, sin que se haga necesario convocar mórbidas estructuras o desatender el caso por caso, hoy merecen toda nuestra atención expresiones tales como "estamos viendo qué va a pasar"; "otra semana igual"; "me acuesto y veo siempre lo mismo", etcétera. Frases cuya insistencia, lejos de obedecer a la repetición que trae la diferencia, insinúan la aplastante reproducción que desaloja el trabajo psíquico. Es allí donde se impone escandir el tiempo. En todo caso, de lo que se trata es de poner una marca para que cese la cuarentena del trabajo psíquico por excelencia: el sueño.

Plus de goce

Desde Aristóteles hasta nuestros días, se acepta considerar al hombre como el único animal que habla, aunque bien podríamos decir también que es el único que trabaja. Porque si bien todo ser vivo implementa una serie de acciones con el fin de asegurar su subsistencia, el trabajo humano reviste una característica que lo hace único en el planeta: la plusvalía. En efecto, el esfuerzo humano está signado por un exceso de valor, un remanente más allá de las necesidades inmediatas del día o, incluso, del ciclo vital que le corresponde al individuo de la especie. Es aquí donde trabajo, símbolo y lenguaje confluyen para denotar esta particularidad en torno a la cual se suscita el drama humano.

De allí que, si se trata de propiciar cierto bienestar en el estructural conflicto que ocupa a los trabajadores hablantes, el tema pasa por "ese plus de goce que hace eco a la plusvalía, y en el que toda la cuestión es saber dónde ocurre, en qué lugar, en qué dimensión y quién se lo apropia", tal como bien afirma Miller (2004). Precisamente, si en algo consiste un tratamiento psicoanalítico, es en que el exceso producido por el trabajo psíquico –el plus de goce– se ubique a favor del sujeto. Esto es, por ejemplo, no privarnos del enigmático encanto de los sueños.

NOTA

1. Las viñetas presentes en este texto son ficciones clínicas

BIBLIOGRAFÍA

- Lacan, J. (1988). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI, p. 203, nota 7.
- Miller, J-A. (2004). *Psicoanálisis y política*. Buenos Aires: Grama.
- Pessoa, F. (1998). *Antología esencial*. Buenos Aires: Need, p. 55.

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 psicosomática
- 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

DIPLOMATURAS UNIVERSITARIAS • INICIO 2021

- **Diplomatura universitaria en políticas, planificación, gestión y administración de instituciones y servicios de salud mental**
Dirección: Alberto Trimboli / Eduardo Grande
Dirección asociada: Hugo Barrionuevo
(Universidad Isalud / AASM)
- **Diplomatura universitaria en abordaje de los consumos problemáticos**
Dirección: Alberto Calabrese / Alberto Trimboli
Dirección Asociada: Ramiro Hernández
(Universidad Nacional de Tucumán / AASM)
- **Diplomatura universitaria en Familia y pareja**
Dirección: Silvia Raggi, Amalia Barcan
(Universidad Nacional de Tucumán / AASM)
- **Diplomatura universitaria en clínica psicopatológica**
Dirección: Juan Carlos Fantin
Directores asociados: Silvia Raggi, Liliana Moneta
(Universidad Nacional de Tucumán / AASM)

MÁS INFORMACIÓN: en www.aasm.org.ar. ☎ +54 9 11 3013 0929 o telefónicamente al (54) 11-2000-6824 y (54) 11-4978-7601 o vía e-mail administracion@aasm.org.ar

El discurso sanitario y la muerte

PABLO FRIDMAN

Doctor en Medicina, psicoanalista y psiquiatra. Fundador y actual vicepresidente de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Miembro vitalicio de la World Federation for Mental Health (WFMH). Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL) y Asociación Metropolitana de Psiquiatría (AMP). Jefe del Servicio Salud Mental del Hospital Gral. de Agudos Dr. T. Álvarez.

En nuestra cultura, el discurso sanitario ocupa un lugar primordial. La especificidad de este lugar se sostiene en un punto intermedio entre la ciencia y la sugestión, entre el respeto al saber científico y la confianza depositada, entre el respaldo legal o social y, en principio, el acto puntual que se deriva de una práctica para la cual es imposible contar con una reglamentación absoluta.

El discurso sanitario se extiende a todos los hábitos de vida, la actividad física, la intelectual, la alimentación, el esparcimiento... Podría decirse, sin exagerar, que prácticamente no hay ámbito que no esté impregnado de algún modo por las premisas de la prevención respecto de la salud, las buenas prácticas referidas a esta, las transgresiones permitidas y las que no.

Si bien el discurso científico parece hegemonizar el ámbito de lo sanitario, es indudable que también en salud se articula con intervenciones artísticas, espirituales, ideológicas, etcétera. En suma, con el campo del saber, puesto a la tarea de mejorar y prolongar la vida, combatir la enfermedad y, básicamente, la muerte.

En este orden de cosas, las prácticas en salud son una actividad que linda con el estilo personal de cada uno en particular y la reglamentación consensuada que supone la actualización del saber y la formación profesional. Esta práctica se halla en el contexto de una determinada cultura y es influida por las ideologías y las políticas que la atraviesan, a las que también influye y determina.

La salud

Es difícil encontrar una definición de salud que cuente con un consenso general. La definición canónica que la establece como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social apunta a una condición ideal que no se condice con la vida real, donde el malestar de algún orden es acompañante inevitable de la existencia. Esta definición implica una premisa que opera como ideal inalcanzable, que se propone como perspectiva. Es aún más inquietante que se destaque especialmente que el estado de salud no representa la ausencia de enfermedad (es infrecuente que en una definición se establezca expresamente una negativa). Enfermedad y salud, en consecuencia, no son opuestos.

Podemos destacar la irónica definición de salud que nos transmite Édouard Brissaud (1892), según él extraída de uno de sus profesores (quizás Farabeuf): "La salud es un estado precario, transitorio y que no presagia nada bueno".

El discurso por la salud parte de la premisa universal "Todos somos mortales", y de que esta es la única certeza que tenemos. La dificultad emergente es que este discurso por la salud no intente conjurar lo que sabemos que lo determina y atraviesa, o sea, que no pretenda dar respuestas definitorias frente al enigma absoluto de la muerte.

Se trata de concebir un concepto de salud que no desconozca las diferencias de los sujetos que la atraviesan, así como sus distintas posiciones respecto de la enfermedad y la muerte. O sea, de concebir lo sanitario en su cruce con la política, las religiones, el arte, etc., es decir, de no reducirlo únicamente a la metodología científica, fundamental desde luego, pero inoperante si pretende bastarse como saber único en el terreno de la salud.

La amenaza viral

En el plano más absurdo y elemental de la existencia se encuentra la forma biológica viral, que se ubica entre lo vivo y lo inerte. Efectivamente, como su única función ligada a lo vital, los virus conservan la capacidad de autorreplificarse infinitamente a expensas de otro organismo al que parasitan, que aporta el material reproductivo. Se trata de lo vital reducido a su función mínima de reproducción. Es tan extrema esta situación que, sin ese organismo, el virus no tiene más destino que desactivarse y disgregarse hacia una materia básica, afuncional.

En la multiplicación del virus, el cuerpo que este parasita se enferma o eventualmente muere, sin que eso le impida cumplir su objetivo: seguir contagiando para reproducirse, sin límite, continuando el mismo proceso.

Si no hay modo de evitar o combatir la reproducción viral, el discurso sanitario muestra en principio su propia impotencia, que es estructural respecto de los inicios de su tarea: postergar lo inevitable. La amenaza de propagación del virus tomada por el discurso sanitario es lo único que tiene el poder de detener la producción de bienes, la actividad económica. Ni las guerras logran eso, dado que la producción continúa por otros medios y con otros objetivos

(armas, elementos de supervivencia, etcétera). En el discurso por la salud, en situaciones extremas, la inmovilidad necesaria que se imparte de modo imperativo detiene el trabajo (el paciente necesita reposo...). En el hospital, la existencia de camas no es un dato menor.

Es muy probable que el poeta William Burroughs (2006) se haya inspirado en esta capacidad del virus de autorreplicarse a partir de cuerpos a los que parasita, para afirmar que “el lenguaje es un virus”, frase que inspiró un célebre tema de la multiartista Laurie Anderson. Y Burroughs agrega irónicamente “del espacio exterior”, para deslindar a los humanos de toda responsabilidad respecto de los desastres que el lenguaje pueda ocasionar.

El pasaje de sacerdote

No demasiado lejos en el tiempo, en el siglo XVIII, la enfermedad era aún considerada demoníaca y asociada con lo incontrolable: “la convulsión” era el eje de la enfermedad como tal, el paradigma del descontrol del cuerpo, de la liberación involuntaria de los automatismos (Foucault, 2000). La convulsión epiléptica era percibida como un mensaje de mal augurio proveniente de los dioses. Ante su presencia se suspendían los actos eleccionarios, pues aparentemente no eran aprobados por las divinidades. (De allí surge su antiguo nombre de la epilepsia, “fiebre comicial”).

En el siglo XIX, la exigencia de científicidad modificó la imagen y procedimiento de la Medicina. El médico, hasta ese momento, respondía a un carácter sagrado de su función y desde entonces ha debido someter lo sacro de su acción al rigor de la experimentación y comprobación científica (Vincens, 1983). Ha debido desligarse de lo teológico y de lo mágico e incluso, por momentos, hasta entrar en colisión con creencias religiosas o intuitivas, con costumbres tradicionales y hábitos culturales. En este pasaje de lo sacro a lo científico, la salud ha ganado en la objetividad de su acto, pero al mismo tiempo ha modificado su inserción social y el peso de su palabra: ha debido someter su práctica a la autoridad científica (por ejemplo, en la necesidad del título universitario habilitante) y aceptado ser potencialmente juzgada por error en la responsabilidad profesional (algo impensable en la época del médico-sacerdote, que se extendería luego a todos los profesionales de la salud).

La visión científica ha desterrado la idea de la enfermedad como castigo por los pecados cometidos, lo que no significa que no perduren aún resabios del lugar sacerdotal del terapeuta de salud y de la enfermedad como sanción divina. De este modo pueden entenderse ciertas aprensiones sociales respecto de la enfermedad y en contra del papel que juega en esa circunstancia el propio profesional de la salud. De allí ciertas frases habituales (“Yo no voy al médico para que no me descubra enfermedades”, “No voy al psicólogo porque no estoy loco”, “Mientras hablo,

seguramente me estás diagnosticando”, etcétera) que parecerían sugerir que la presencia del profesional es la que convoca los males.

También, a través de su consolidación como práctica científica, la salud ha sostenido frecuentemente una intención moralizante y reglamentadora de las conductas, influyendo en usos y costumbres. Por ejemplo: los hábitos higiénicos están tan arraigados en las normas culturales actuales que es notable observar que se hayan instaurado hace solo aproximadamente un siglo.

De todos modos, la posición del equipo de salud deriva de la razón de la práctica: enfrentar aquello que despierta el mayor de los enigmas y la mayor de las aprensiones: la enfermedad y la muerte. A esta, Hegel (1966) la ha llamado “el señor absoluto”, pues es la que determina la existencia de todos los seres humanos desde el nacimiento y para toda la vida... Siempre resulta angustiante comprobar lo que ya se sabe de un modo racional: la fragilidad de la existencia humana.

La clínica por la mirada

Foucault define el establecimiento de la Medicina científica sobre la base de una posición de enfrentamiento a la muerte. A partir del siglo XVIII se efectúan las primeras autopsias, donde el cuerpo biológico ocupa un papel causal y directo en la enfermedad; los que se atreven a traspasar los límites culturales y religiosos de la muerte son los médicos. A ellos se les permite hacerlo y tienen razones suficientes para vencer ese temor y ese prejuicio; son quienes pueden atravesar lo sagrado de los cuerpos muertos (Foucault, 1985) y quienes cuentan con la autorización social para hacerlo. Es en ese atravesamiento del cuerpo inerte que pueden discriminarse órganos y enfermedades, y diferenciar en él lo sano de lo enfermo (en principio, solo por criterios morfológicos).

El gran precio que se paga con los cuerpos muertos es la asignación de una causalidad exclusivamente biológica a la enfermedad, que desconoce factores psicológicos, ambientales y sociales. Se plantea una reducción de la causalidad que limita y muchas veces hace errónea esa mirada médica. A partir de esta visión reduccionista se produce el pasaje de una mirada médica determinante y rectora, a una concepción más amplia en la que intervienen una serie de discursos, en tanto la salud no es patrimonio de ninguno de ellos en particular.

Es un período en el que el cuerpo pierde unidad en tanto respuesta a la noxa como un todo: es el pasaje de las “fiebres esenciales” a los órganos sufrientes (Bing y Braunstein, 1995). Implica también un desafío al determinismo religioso de la enfermedad y la muerte. Si bien en todos los tiempos ha habido intenciones de modificar o interrumpir el curso de las enfermedades, la intervención científica ya

no intercede y mediatiza la voluntad de los dioses... Por el contrario, se independiza de la misma en la medida en que el acto sanitario prescinde por completo del acto religioso. Ya no es el brujo quien intercede ante el poder sobrenatural, sino que se trata de una acción intencional en busca de un efecto determinado.

Hay en Michel Foucault una diferencia entre su aceptación de la Medicina como ciencia positivista y su rechazo al positivismo para la Psiquiatría. No habría así, para él, una misma causalidad en la Psiquiatría que en la Medicina en general (Bing y Braunstein, 1995). Foucault considera que la psique está comprometida con el entorno cultural de un modo distinto al de los órganos del cuerpo, a punto tal que ese entorno interviene decisivamente en lo sano o enfermo para el psiquismo. Separa la Psiquiatría de la Medicina general, reconociendo a esta última una mayor cientificidad.

De todos modos, no se puede escindir el cuerpo biológico de los factores que lo determinan, no solo en la enfermedad y sus circunstancias, sino también en las condiciones de los tratamientos. Para las consecuencias de una enfermedad es imprescindible considerar los tratamientos posibles y su aceptación o rechazo, sus determinaciones sociales, económicas, etcétera. Es una gran falacia que todas las personas tienen el mismo acceso a la salud, no solo por determinantes sociales, sino también por otros, subjetivos y culturales.

Por ende, el positivismo del profesional de la salud fracasa cuando se confronta con la subjetividad de los pacientes, en la medida en que no consigue obtener los resultados sanitarios que se propone. Esa confrontación solo puede tener un final: la dificultad o imposibilidad del tratamiento.

Foucault (1985) postula que la novedad de la intervención médica consiste en organizar el campo de la enfermedad en relación a una captación de los fenómenos específica, muy particular, que llama "mirada médica". Esta permite organizar el campo entre lo visible y lo invisible, lo conocido y lo desconocido y, por consiguiente, señalar dónde es posible realizar una intervención médica. Para que tal efecto sea factible se ha debido reorganizar todo el campo de la experiencia de la enfermedad: la organización hospitalaria, los estratos de saber y las especialidades médicas, etc., como así también efectuar una redefinición del estatuto del enfermo en la sociedad.

La cientificidad de la salud modifica la concepción global de las ciencias humanas; su importancia e incidencia es única, dado que plantea al individuo como "sujeto y objeto de su propio conocimiento" (Foucault, *ibid.*). Tomar como objeto del conocimiento al cuerpo humano supone un mismo nivel de objetividad e implicación simultáneos, pues se trata de investigar lo propio considerándolo como ajeno, como exterior. Por esta razón, sin lugar a dudas, es un campo original y controvertido, en el que permanentemente se juegan consideraciones éticas y metodológicas.

La sugestión, que indudablemente es parte del acto sanitario, responde al lugar que ocupa el terapeuta de salud como emisario de la cultura frente a la enfermedad y la muerte. Este lugar es independiente del prestigio, de la formación académica, del estilo personal (campechano, paternalista, rígido, estricto, etcétera). En la sugestión se trata, en principio, de poder determinar si ese equipo de salud en particular ocupa un lugar de autorización, en cuanto a enfrentar lo insoportable de la enfermedad y la muerte.

Michel Balint aisló la acción terapéutica de la sola presencia de aquel que se sitúa en ese lugar y que, en representación del equipo de salud, interviene en el tratamiento de un paciente. Balint (1961) propuso considerar en detalle cuáles eran los efectos beneficiosos y perniciosos de aquello que llamó la "droga", que supone esa presencia, y que por su acción es capaz de contribuir a facilitar o entorpecer y complicar el tratamiento. No puede, entonces, pensarse ninguna estrategia terapéutica que no contemple la acción y los efectos de aquellos que intervienen como agentes de salud.

Cuando los europeos "descubrieron" a otros pueblos del mundo, reprodujeron en esas comunidades sus propias concepciones culturales, religiosas y científicas; entre ellas, el concepto de salud-enfermedad. La transculturación y la asimilación de las diferencias produjeron un intercambio de enfermedades que llegó a causar estragos. Pero también determinaron una concentración paulatina de nuevos conocimientos en Europa: estos habían sido sabiamente acumulados por milenarias culturas de nuestra América y otras regiones, y contribuyeron a modelar la salud occidental.

Durante el siglo XX, en beneficio de las poblaciones, este sistema alcanzó un acelerado desarrollo (sobre todo, especializado y tecnológico) de enorme potencialidad. Sin embargo, su creciente "aparatoología" y otras características acarrearán consecuencias no previstas que han afectado sensiblemente los mecanismos de concepción de la enfermedad, distanciando los aspectos físico-biológicos de los psicológicos, y olvidando comúnmente los sociales.

Como consecuencia de todo ello, se produce un reconocimiento general y un mayor acercamiento popular hacia otras prácticas o modelos de respuesta que recalcan en concepciones religiosas o mágicas de curación (por ejemplo, los curas sanadores) y en tratamientos no universitarios (como los curanderos y eventualmente los alternativos, reconocidos como tales por determinadas comunidades o franjas sociales).

La posición del equipo de salud

En la cultura, el equipo de salud detenta un saber sobre la enfermedad y la muerte. Esta apropiación de un conocimiento específico plantea desde el principio una relación

asimétrica entre los integrantes de dicho equipo y sus pacientes. Se trata de un saber obtenido con el presupuesto de un consenso social previo, donde se acuerda en general que el mismo es suficiente para afrontar la problemática de la enfermedad y la muerte. Este saber es sometido inevitablemente y de modo permanente a condicionamientos, cuestionamientos e intersecciones con otras concepciones (religiosas, culturales, políticas, etcétera).

Como concepción imperante, la demanda explícita efectuada a los integrantes del equipo de salud es la de restablecer un orden natural (demanda imposible de satisfacer, dado que ese orden natural ya se ha perdido definitivamente con la irrupción de la enfermedad, y consiste básicamente en una idealización de la existencia), desconociendo de ese modo que la intervención terapéutica es siempre forzosamente artificial (Gadamer, 1996).

Debe destacarse también la diferencia que existe entre la enfermedad en tanto experiencia subjetiva o como resultado de una comprobación científica (Gadamer, *ibid.*). Estos parámetros suelen no coincidir; un ejemplo evidente, fácilmente comprobable, es que la intensidad del dolor físico no es una variable real de la gravedad de la enfermedad, pero sí es un parámetro fundamental como experiencia subjetiva. En principio, pareciera que lo que no duele no es grave, que incluso puede ser postergado o desestimado, lo que constituye un flagrante error.

La ubicación de la salud en la ciencia ha ampliado su margen de maniobra específico, pero ha reducido su campo de acción. La aceptación de la salud como científica ha permitido una menor arbitrariedad en sus decisiones puntuales, pero la ha parcelado en su accionar. Para una práctica más efectiva en salud es ineludible promover el pasaje de la generalidad de la Medicina científica al arte de curar (considerar el caso por caso; ante todo protocolo, recordar que todo caso es único).

El terapeuta ha dejado de ser un sabio para ser un especialista, pero nunca debe confundirse su práctica con la de un técnico. La aparatología no puede jamás reemplazar el criterio clínico, que implica una posición subjetiva ineludible en la decisión, tanto de quien interviene desde el marco de la acción sanitaria, como del paciente, que recibe las

intervenciones del equipo. Es falaz que la denominación “paciente” remita a pasividad: siempre habrá una acción determinante por parte de quien recibe un tratamiento, no solo en el cumplimiento del mismo sino también en su predisposición subjetiva. Los prejuicios en los vínculos terapéuticos son inevitables, a favor o en contra; no existe neutralidad, y esto es determinante en la perspectiva de cualquier tratamiento.

En la intersección entre lo somático, lo psíquico y lo social

La posición de los integrantes del equipo de salud es muy controvertida. Y esta controversia va más allá de una mera práctica técnico-profesional. Se exigen respuestas precisas a preguntas que son grandes escotomas de la humanidad. Al mismo tiempo, se demanda una cierta conducta moral, una actitud solícita permanente (actitud de servicio) y un desprecio por lo material (es prácticamente un insulto referirse a alguien que se ocupa de la salud como “comerciante”, pero no tiene el mismo carácter insultante el apelativo de “comerciante” dicho por fuera del campo de la salud: hasta puede constituir un signo de astucia).

El diagnóstico y el tratamiento son siempre una decisión (con todo el peso que esa palabra supone) en el marco de una “autoridad” (Gadamer, 1996); en ella cuentan factores subjetivos, culturales e ideológicos que no admiten ser reglados por completo de ninguna manera. Esta decisión diagnóstica y terapéutica no puede esconderse por debajo de estadísticas, protocolos o figuras de autoridad o consenso. Es una decisión inherente e ineludible, siempre en el marco de cierta incertidumbre.

Se debe estar muy atento a propósito de lo que la enfermedad le dice al paciente, o sea, lo que le “enseña” acerca de su propia existencia.

En definitiva, en el campo de la salud nos vemos compelidos a ubicarnos en la intersección entre lo somático, lo psíquico y lo social, prometiendo un estado de armonía que por estructura es imposible. La actividad sanitaria es una actividad paradójica, cuya meta debiera ser saber soportar el fracaso de los ideales.

NOTAS

1. “La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad”, cita del Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946. Fue firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100) y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido enmendada desde 1948.
2. <https://www.youtube.com/watch?v=KvOoR8m0oms>
3. “Descubrieron”, desde la visión del que desconoce lo que ya existía.

BIBLIOGRAFÍA

- Balint, M. (1961). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos.
- Bing, F. y Braunstein, J. F. (1995). *La mirada y la muerte. Foucault y el nacimiento de la clínica*. En AA.VV., *El abordaje clínico en Psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos, p. 36.
- Burroughs, W. (2006). *El almuerzo desnudo*. Buenos Aires: Anagrama.
- Brissaud, É. (1892). *Histoire des expressions populaires relatives à l'anatomie, à la physiologie et à la médecine*. París: Masson.
- Foucault, M. (1985). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI, p. 178.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, pp. 209-210.
- Gadamer, H-G. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa, p. 32.

Problemas y desafíos regionales del impacto de las lógicas neoliberales en salud/salud mental

GABRIELA DUEÑAS

Dra. en Psicología. Lic. en Educación. Psicopedagoga. Especializada en la problemática de la medicalización de las infancias y adolescencias. Consultora responsable del Programa ANDIS Salud Mental. Prof. titular de grado, posgrado y extensión en facultades de Psicología, Educación, Humanidades y Ciencias Médicas de Universidades nacionales (UNR, USAL, UNAS y UBA, entre otras).

JORGE RACHID

Médico sanitarista y del trabajo. Especializado en políticas públicas de salud. Prof. titular de la cátedra en Minoridad y Familia y Trabajo Social (Fac. Cs. Sociales). Presidente Observatorio de Políticas Públicas (UNLZ). Fundador de Laboratorios Puntanos SE de producción pública de medicamentos, creador de la Red de laboratorios públicos (RELAP) e impulsor de los laboratorios de San Rafael (Mendoza), Universidad de La Rioja y de las FF.AA.

La salud mental como objeto de la mercantilización

En los últimos años, el paradigma sanitario de prevención y apuntalamiento integral de la salud como valor prioritario y derecho humano fundamental parece estar siendo arrastrado frente a la consolidación del concepto paradigmático de la atención de la enfermedad instalado por la cultura neoliberal dominante.

La salud es un bien con el que nacemos los seres humanos, mientras que la enfermedad aparece disruptivamente en nuestras vidas como una alteración, una pérdida del equilibrio entre el combate de la salud y el medio. La enfermedad, entonces, no es nuestro estado natural.

Sin embargo, la ofensiva de la industria farmacéutica y las nuevas tecnologías ha determinado un cambio profundo en las conductas asistenciales que fijan como enfermedades, desvíos estándar de análisis o de circunstancias ocasionales, procediendo así a patologizar los vaivenes propios de la vida.

No han dudado para esto en correr los criterios comparativos de "normalidad" hacia abajo, incorporando a miles de millones de personas a la medicalización, asegurando este escenario con una agresiva campaña publicitaria que naturaliza el hecho de medicarse para vivir. Si se tiene fatiga, cansancio, insomnio o imposibilidad de hacer el amor, ahí está la "pócima mágica" que nos apuntala.

Pero la industria farmacéutica, además de avanzar en la publicidad y la cooptación mafiosa de médicos con estímulos directos (económicos) o indirectos (viajes, turismo amparado en Congresos o instrumentos electrónicos) como

forma de corrupción), ha colonizado también las cátedras de formación médica y de otros ámbitos de la salud, diseñando a los futuros profesionales según sus necesidades.

Tampoco han descuidado el campo de la investigación científica, a partir de la cual impulsan toda una maquinaria de invención de enfermedades o bien frenan el descubrimiento de posibles curas a otras existentes, de modo tal que las transforman en crónicas, dependientes de por vida de remedios paliativos. Así, con el respaldo económico que requiere, el mercado de la industria farmacéutica redirecciona incluso a la misma ciencia en función de sus intereses, a la par que regula los costos de los tratamientos que estas enfermedades requieren para sostener calidad de vida o incluso para mantenerse vivos.

Entonces, el medicamento (que es un bien social del que depende el conjunto de la población mundial, y que por esta razón debería tener accesibilidad universal, en especial para los enfermos crónicos de enfermedades no transmisibles, que lo necesitan para seguir viviendo) termina siendo una mercancía. Por esta vía, las personas (en particular, aquellas con enfermedades crónicas) pasan a ser rehenes del mercado, mientras ven deteriorada su calidad de vida por los costos de los medicamentos.

Regulado por estas lógicas neoliberales, el derecho a la salud, transformado en una mercancía, pasa a ser un bien de consumo al que solo tienen acceso ciertos sectores privilegiados de la población.

En medio de estos avances, se observa con gran preocupación cómo las estrategias de marketing de la industria farmacéutica multinacional vienen identificando nuevos

nichos en el mercado, que son particularmente proclives a ser objeto de sus negocios. Entre ellos, sobran indicios que indican que desde hace ya tiempo percibieron que el área de la salud mental suele ser una de las más vulnerables al impacto de sus lógicas. Al mismo tiempo, centraron su atención en la detección cada vez más temprana de novedosos síndromes o trastornos mentales de supuesto carácter innato entre distintos sectores de la población, particularmente aquellos que por su juventud les ofrecen mayores garantías de obtener ganancias aseguradas a largo plazo. Así, de manera “natural”, convierten a no pocos niños, niñas y adolescentes en “clientes cautivos”, rehenes de por vida.

Un nuevo paradigma en políticas sanitarias

Ante este panorama, y como respuesta al conjunto de agravios a la salud que, tal como se describe, viene padeciendo el cuerpo social de los pueblos, emerge hoy a nivel mundial un nuevo paradigma en materia de salud. En efecto, en este marco surge la epidemiología crítica como un concepto totalizador que, a modo de resistencia y confrontación, convoca a un cambio en la visión de la enfermedad como hecho intrínseco de los individuos, para promover en su lugar una visión epistemológica societaria que, al sumarse al campo de la demanda social y al axiológico, confluye en la construcción de una nueva política sanitaria y científica.

Desde aquí, no desde otro lugar, se aborda el tema de la salud colectiva como un desafío impostergable, orientado a producir una profunda transformación que permita pasar del actual paradigma sanitario hacia el apuntalamiento de la salud social. El medio es la prevención, como eje de construcción estratégica, frente al modelo neoliberal del tratamiento de la enfermedad, la cronificación de las enfermedades y la mitificación de la medicalización y de la tecnología médica, como elementos centrales de la relación médico-paciente, que se ha ido deteriorando de manera progresiva, vulnerando a su paso los derechos de todos y todas.

En ese sentido, las actuales condiciones de una pandemia que ha colocado al planeta en una crisis sanitaria inédita, también lo ha conmovido en sus bases estructurales de funcionamiento, demostrando su fragilidad. En efecto, un mundo que había naturalizado sin conmovirse la muerte por hambre de veinticuatro mil personas diarias (entre ellas, ocho mil niños) frente a una acumulación de riquezas obscura nunca vista en la historia, y que no le dio importancia a la epidemia del Ébola en África porque solo afectaba a habitantes de ese territorio era un mundo invivible, que el coronavirus dejó al descubierto.

Sin embargo en medio del drama que provoca con sus miedos un virus nuevo, desconocido, mutante, también deja enseñanzas que debemos valorar, entre ellas (y no menos importantes), la recreación de la solidaridad social

activa frente al individualismo egoísta, meritocrático, que regía la vida de las comunidades. Ese solo hecho de reparación del tejido social es un bálsamo para enfrentar, como destino común, los desafíos de una batalla que comenzó con la pandemia, se fortaleció con la cuarentena y abrirá un debate a futuro en todos los campos del conocimiento (incluidas las Ciencias Sociales), ante los nuevos escenarios que discutirán ejes diferentes a los que nos llevaba el mundo que conocimos.

Los conceptos humanísticos de recuperar a los seres humanos y a la naturaleza serán prioridades de las políticas sociales y del objeto último de las ciencias, pues esa concepción configura en el pensamiento una escala de valores diferentes de los mecanismos de construcción del pensamiento economicista macroeconómico. En este, el hombre de carne y hueso es tan solo una referencia mercantil, un objeto de discusión ajeno en esa idealización social de la globalización, donde lo material cristaliza los sueños y la felicidad la constituyen los objetos.

Esa diferencia filosófica en la pospandemia se trasladará sin duda a la discusión del Estado, cuyo rol ha sido revalorizado mundialmente en todos sus aspectos, pero en especial en cuanto a las políticas sanitarias. En ese ámbito se ha visualizado que la mercantilización de la medicina solo provoca dolor y muerte, siendo incapaz de enfrentar los acontecimientos imprevistos y catastróficos. No puede haber respuestas a los desafíos pandémicos sin investigación y desarrollo (I+D) afianzados por un Estado que oriente sus inversiones hacia el progreso pleno de la soberanía sanitaria y alimentaria, como expresión mínima de la justicia social.

Esta posición choca con los defensores de las teorías neoliberales que esgrimen la “libertad”, la “democracia” y la “libre elección o libre prescripción” para encubrir su defensa irrestricta del mercado como ordenador, intentando encadenar los sistemas solidarios de salud al lucro, sin compromiso humano con un derecho básico y universal –derecho humano esencial–, como son los bienes sociales de la salud y su apuntalamiento.

Entonces, la pandemia, que alteró las vidas de las personas con un único tratamiento posible hasta hoy, ha provocado una percepción de la finitud que los seres humanos (salvo los trabajadores de la salud) no enfrentan a diario por lo general. No es menor la valoración de este hecho, junto a la revalorización del Estado como garante de los derechos humanos y de la salud de los pueblos, ya que logra romper el paradigma de la atención de la enfermedad, más basado en cuestiones de hotelería que de excelencia profesional.

Por otra parte, estas nuevas interpretaciones a nivel global no harán retroceder el apetito voraz de la industria farmacéutica ni de las nuevas tecnologías, que pretenden seguir siendo el eje futuro de los sistemas sanitarios en

cuanto a su financiación. Pero, sin duda, darán fuerza a quienes venimos luchando por reconstruir un modelo sanitario basado en sistemas solidarios de salud, que coloquen la atención primaria de la misma en la conformación de equipos interdisciplinarios; que eliminen el papel rector médico-hegemónico por la medicina social carrillista, por la prevención de la salud, por la comunidad organizada sanitaria en manos del pueblo de los ATAMDOS (atención ambulatoria y domiciliaria de la salud) de Floreal Ferrara, del despliegue sanitario de planes nacionales de Mario Testa y tantos otros luchadores, que desde ese lugar bregamos por reconstruir una salud al servicio del pueblo, único propietario y protagonista de la historia.

Acerca de la medicalización de las infancias y adolescencias actuales

Si dado lo expuesto entendemos que lo que hoy tenemos es un sistema que no se ocupa de la salud sino de la enfermedad, se comprende por qué la única forma de acceder a él es estar enfermo e, incluso, ser “certificado de discapacitado”. Así, el diagnóstico temprano se constituye en el carné de socio del sistema sanitario. Cuanto antes, mejor.

De ahí la importancia de detenernos a analizar a continuación el creciente fenómeno de la patologización y medicalización de las infancias y adolescencias actuales.

Al respecto, desde el nuevo paradigma mencionado, resulta oportuno preguntarse si no debería ser considerado asimismo como una suerte de violencia simbólica, pero también real, que sociedades como la nuestra ejercen en estos tiempos sobre los niños, niñas y adolescentes, ya que el tipo de prácticas médicas que por esta vía se promueven sobre ellos –y “por su propio bien”– suponen un abuso de poder. En efecto, se los toma como objeto de tratamientos, mientras se silencia su sufrimiento apelando a dispositivos químicos y de disciplinamiento que vulneran, entre otros, su derecho a ser escuchados.

Antes de avanzar sobre esta hipótesis, resulta conveniente, sin embargo, aclarar que con el término “medicalización” de ninguna manera se está cuestionando a la medicina ni al avance de los conocimientos y la tecnología médica y farmacológica que, en los últimos años, generaron más y mejores herramientas para el abordaje de distintos tipos de padecimientos. Tampoco se pretende, desde una perspectiva ligada al campo de la salud mental, cuestionar de manera generalizada a la Psiquiatría, ni la administración de psicofármacos cuando estos se requieren: sin duda, ellos contribuyen a mejorar la calidad de vida de muchas personas que atraviesan situaciones de gran sufrimiento psíquico. Sería una actitud necia negar estos progresos.

Lo que aquí se cuestiona es la tendencia que, apoyada en concepciones de fuerte sesgo biologicista e innatista, en los

últimos tiempos avanza con intenciones hegemónicas, no solo ya sobre la población en general, sino también sobre la niñez y adolescencia. Para esto, de manera científicamente injustificada, reduce complejas problemáticas sociofamiliares y escolares a la idea de que todas ellas son, en realidad, supuestas deficiencias o trastornos neurocognitivos de etiología genética portados por los niños. Y que, por esta razón, la única solución posible reside en tratamientos médicos, centrados en la administración de drogas psicoactivas, acompañadas por una serie de procedimientos complementarios de adiestramiento cognitivo-conductual, que alcanzan incluso el campo de lo escolar. Y esto, sin que se consideren en relación a este tipo de intervenciones, entre otras cuestiones, sus marcados efectos “estigmatizantes”, teniendo particularmente en cuenta que, en esos tiempos tempranos de la vida, los sujetos están en pleno proceso de constitución de su subjetividad.

Al apelar al uso de términos como “patologización” y “medicalización”, lo que queremos visibilizar es un fenómeno éticamente reprochable, referido al uso inadecuado de ciertos recursos propios de la medicina para intentar resolver rápidamente problemáticas de otro orden, apoyándose para esto en discursos provenientes de cierto lugar de las ciencias, que operan disociando lo socioafectivo de lo cognitivo. Al mismo tiempo, no dudan en “recortar”, en una misma operación, variables altamente significativas intervinientes en su producción, como son aquellas que aparecen ligadas a las historias y contextos en las que las mismas emergen. Como consecuencia, se promueven prácticas que terminan vulnerando, desde una perspectiva integral, no solo la salud de las personas, sino también sus derechos en general, desde distintos puntos de vista.

Para ahondar en esta cuestión, resulta oportuno tener presente la definición de medicalización acuñada por Eduardo Menéndez (1985) quien la describe señalando que alude a “las prácticas, ideologías y saberes manejados no solo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan en dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas, ligadas a funciones de control y normatización”.

Advertimos al respecto que esto se torna aún más grave si consideramos que este tipo de políticas medicalizadas son impulsadas por los referidos intereses de ciertos sectores del mercado. Principalmente, los de la industria farmacéutica, parecen focalizar su atención en un sector de la población muy vulnerable: los niños, niñas y adolescentes, cuyo psiquismo está en pleno proceso de estructuración, y de cuyos vaivenes, con y en relación con los otros, dependerán, justamente, la construcción de su inteligencia ligada al desarrollo de sus funciones cognitivas y la definición de su identidad. En este sentido, una de las cuestiones particularmente preocupantes deriva de considerar que,

con este tipo de intervenciones, se imprimen marcas en sus trayectorias de vida social, familiar y escolar, cuyos efectos los compromete, incluso, a futuro.

De este fenómeno participan distintos actores sociales cuyo poder, en general, es de carácter relacional, en el sentido que lo define Foucault (1974), como “una acción sobre una acción o sobre el campo posible de una acción”, cuyas estrategias son dispositivos histórico-culturales, así como estrategias globales que hacen posible tanto el ejercicio como la resistencia frente al poder.

Para comprender este modelo que aparece impregnando la realidad social al reforzarse y potenciarse dialécticamente, resulta necesario estudiar la complejidad de las relaciones entre quienes quieren curar y quienes necesitan curarse, así como las variadas percepciones y recursos que circulan en torno a la enfermedad, y que exceden en mucho al discurso médico oficial. Es importante analizar y problematizar la supuesta pasividad de los enfermos y sus familiares, así como la participación de otros actores que –tal como sucede con los docentes en el caso de las infancias y adolescencias “en problemas” con la escuela–, por acción u omisión, operan como determinantes estratégicos de la medicalización de la salud. Lo hacen en forma conjunta, claro está, con el Estado, el sistema legal, los medios de difusión, las modalidades de distribución de las sustancias, la población en general y, por supuesto, los ya referidos laboratorios medicinales. En otras palabras, es importante advertir que, en la sociedad actual, no solo los médicos concentran el poder e imponen sus saberes y prácticas en los procesos de medicalización: existe un conjunto de actores, en un contexto sociohistórico particular, que facilita y legitima la expansión de la medicalización de la vida cotidiana, de manera especialmente acentuada en determinadas áreas proclives a ello, tal como adelantamos que sucede en el campo de salud mental.

Ahondando en la cuestión, observamos que desde que el Manual de estadística descriptiva de trastornos men-

tales (DSM) se convirtió en la principal referencia considerada “científica” para clasificar las problemáticas y los padecimientos psíquicos de las personas, no pocos profesionales del campo de la salud mental aparentan haber quedado sometidos a un doble imperativo biológico y de seguridad. Regidos por estas lógicas, su principal objetivo parece orientado en los últimos años solo a detectar y perseguir la anomalía psíquica, de la misma manera en que se detecta una enfermedad orgánica. A modo de ejemplo paradigmático del fenómeno de la patologización y medicalización de las infancias actuales, vemos cómo suelen tratarse como enfermos (rotulados ADD-H) a muchos niños, niñas y adolescentes que se rebelan contra el sistema escolar. A ellos se les suministra Ritalina para disciplinarlos, mientras se cierran los ojos ante toda una serie compleja de determinaciones de su malestar, desconociéndose para esto la incidencia de factores socioafectivos, culturales, económicos, familiares y pedagógicos puestos en juego en los modos de expresión que manifiestan a través de su desatención e hiperactividad en las aulas.

También resulta oportuno considerar que, si bien en un primer momento la patologización y medicalización de las infancias y adolescencias en nuestra región comenzó, a mediados de los años 90, impactando fuertemente en determinados sectores de la población de altos recursos económicos, afectando fundamentalmente a niños de clase media y alta, hoy esta tendencia se ha difundido hasta alcanzar de manera generalizada a todos, sin distinción de clases sociales, a través de los distintos recursos legales. Al respecto, desde Argentina observamos con preocupación el significativo incremento de niños y jóvenes que portan certificados de discapacidad por “trastornos mentales” de distinto tipo que, con llamativa ligereza, actualmente se tramitan en distintos hospitales públicos. A modo ilustrativo, con el propósito de visibilizar los alcances de este grave problema, compartimos algunos datos dificultosamente obtenidos del Registro Nacional de Personas con Discapacidad.

Cantidad de CUD’s con discapacidad mental, menores de 18 años, con un solo tipo de discapacidad o más, por grupos quinquenales de edad y año de solicitud del certificado, al 31 de diciembre de 2014

Grupos quinquenales de edad	Año de solicitud del certificado						Total
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
0 a 4 años	2	1 075	2 175	4 450	6 337	7 618	21 657
5 a 9 años	25	2 234	4 381	7 469	10 325	12 285	36 719
10 a 14 años	164	2 631	4 762	7 239	9 109	10 088	33 993
15 a 18 años	187	1 798	3 021	4 732	5 995	6 041	21 774
Total	378	7 738	14 338	23 890	31 766	36 032	114 143

Todo hace pensar que los mencionados certificados de discapacidad mental han pasado a ser, por lo menos en Argentina, un dispositivo clave en estos procedimientos a los que parecen apelar ahora no pocos profesionales capturados por estos discursos medicalizadores. Impulsados por los mismos, a ellos se les vienen sumando en los últimos años algunas asociaciones de padres y familiares organizados en torno a los respectivos trastornos mentales con los que han sido etiquetados sus hijos, como ADD-H y TGD, TEA, etcétera. Esto nos remite a considerar el uso de un nuevo término, la “biomedicalización”, al que se está apelando últimamente para explicar un nuevo giro dado en los últimos años en estos procesos de medicalización de la sociedad. Y que, siguiendo con los desarrollos foucaultianos acerca del “biopoder”, refieren a lo que Iriart (2012) define como la “internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los mismos individuos”. Se advierte así que quienes se han apropiado de estos discursos, como efecto de la internalización de los mismos, parecen desarrollar una especie de “estado de alerta permanente” ante potenciales riesgos e indicios que puedan derivar en una patología. De este modo, con frecuencia, y apelando para esto a toda la información disponible en Internet y otros medios que se encuentran al servicio de padres y maestros, ya no requieren necesariamente de la intervención médica para proceder a “autodiagnosticarse” e incluso a “diagnosticar” a sus hijos o alumnos.

De acuerdo a diferentes estudios realizados acerca de este tema, entre los que se destacan los recientes desarrollos de Clarke et al. (2010), este proceso de transformación de la medicalización en biomedicalización fue posible por la confluencia de diferentes aspectos. En el caso de enfermedades y trastornos mentales ya conocidos (como ADD-H, TGD, TEA, etc.), lo que las farmacéuticas hicieron fue expandir el mercado desarrollando nuevos mecanismos comunicacionales para que se internalice el “problema” como un “trastorno subdiagnosticado” que puede ser controlado por fármacos. Para esto, la industria pasó de un modelo centrado en la “educación” de los profesionales de la salud (en especial, los médicos, para que prescriban sus productos) a otro dirigido directamente a los consumidores.

Tratándose de niños, las campañas de comercialización se focalizaron en los padres y maestros. En países latinoamericanos –advierten Clarke et al.–, se observa la utilización de campañas de concientización de enfermedades usando los medios masivos de difusión, pero sin nombrar la medicación, así como presentaciones en ámbitos educativos o en programas de radio o TV donde “expertos” en el tema “educan” a la audiencia para que sea capaz de identificar los síntomas.

Estos espacios de información son mantenidos incluso por organizaciones gubernamentales, que ofrecen a los usuarios suscribirse para recibir noticias y actualizaciones

sobre distinto tipo de trastornos, síndromes o deficiencias cognitivas como el ADD-H, el TGD, el TEA y ahora también la reeditada dislexia, a la que se explica a partir de una supuesta deficiencia cromosomática.

La industria farmacéutica brinda también apoyo financiero a asociaciones de padres y de pacientes para que difundan sus trastornos a través de distintos sitios en la red.

De esta manera, la disponibilidad y masiva accesibilidad a tecnologías (medicamentos, instrumentos diagnósticos y enormes cantidades de información acerca de nuevos, viejos y redefinidos trastornos mentales) crean nuevas subjetividades, identidades y biosociabilidades.

A propósito, en relación con este tema, resulta más que oportuno recordar una advertencia realizada por Silvia Bleichmar:

Una vez que un enunciado cobra carácter público y se asienta, en un momento histórico, como ideología compartida, es raro que alguien se pregunte por su cientificidad e intente poner a prueba sus formulaciones de origen (Bleichmar, 1999).

Inmersos en estas circunstancias, aquellos niños, niñas y jóvenes que presentan modos de ser y estar en el mundo, de jugar, comunicarse y aprender que difieren de las expectativas normativas de una sociedad que parece tener estandarizados los patrones de lo que se considera “normal”, aparecen signados por el fantasma del “fracaso escolar”. Y, estrechamente ligado a este, a modo de profecía, el de su exclusión “a futuro” en lo social y en lo económico. Se inicia entonces un proceso que, a partir de la estigmatización, potencia las dificultades para tomar conciencia de las posibilidades que supone la niñez, en tanto sujetos en pleno devenir y, por consiguiente, de las estrategias a las que podría apelarse para promover un desarrollo más completo de las mismas, simplificándose a la vez las complejidades de la vida psíquica infantil.

Asimismo, determinados sentidos y modos de comprensión de un “problema” quedan relegados a un plano secundario que habilita el pasaje de la descripción de “síntomas” a la determinación de supuestas patologías.

De este modo, el predominio del modelo biológico-genético-médico (en el que la medicación aparece como la solución a un déficit orgánico portado desde el nacimiento) opera a modo de obturador de toda relación e interrogación que habilite la posibilidad de poder escuchar al niño, niña u adolescente. De esta manera, a menudo se invisibilizan diferentes situaciones que ocasionan sufrimiento psíquico.

Por todas estas razones consideramos que este tipo de intervenciones constituyen operaciones fuertemente desubjetivantes. Y esto no es así solo para el niño, la niña o el adolescente que queda “anulado como alguien que pueda decir algo acerca de lo que le pasa” (Cannellotto

y Luchtenberg, 2010). En efecto, resulta necesario advertir, además, que este tipo de modelo también afecta a los profesionales que, capturados por los discursos medicalizadores, ejercen este tipo de prácticas que bien pueden calificarse de “tecnocráticas”, en la medida que les restan posibilidades de escuchar, pensar, preguntarse e intentar entender los problemas que los interpelan a diario, tanto desde la clínica como desde las aulas, y frente a los cuales solo parecen saber responder de manera “protocolizada”, de acuerdo a las indicaciones provistas por el famoso DSM.

Al respecto, resulta necesario advertir cómo el mencionado DSM establece los criterios de “diagnóstico” al estipular la cantidad de indicadores conductuales que deben estar presentes para poder evaluar diversos tipos de “trastornos mentales”. De modo tal que estos, al aplicarse sobre niños, niñas y adolescentes, terminan basándose en una especie de anamnesis focalizada en aquellas funciones cognitivas “bajo sospecha”, obtenida a partir de los datos provistos por los padres, maestros y cuidadores del niño, en base a escalas y sondeos. Estos son el cuestionario de Conners, el CHAT, etc., considerados como los principales instrumentos de “evaluación” para detección e identificación, omitiéndose en todo momento considerar la fiabilidad científica de los mismos y, por lo tanto, el sesgo que puede tener la información otorgada por los informantes.

Otro presupuesto erróneo del que parte el DSM en este tipo de procedimientos consiste en considerar lo biológico como invariable punto de partida, pues se lo entiende como centro emisor causal, sin estimar la posibilidad de la dirección inversa o recíproca. Es importante considerar que el psicoanálisis, desde el conocido modelo de las series complementarias propuesto por Freud en 1917, tiene la ventaja de proponer una descentralización, además de una sobredeterminación en cuanto a la producción de patología, en la medida en que la primera de las series se refiere a lo biológico, que se va suplementando con lo proveniente del medio, en articulación con las propias y singulares experiencias subjetivas.

Al respecto, numerosas investigaciones de los últimos años indican que el factor ambiental puede tener un fuerte efecto en el metabolismo cerebral, motivo por el cual resulta fundamental tener en cuenta el concepto de neuroplasticidad o plasticidad neuronal, además de considerar también los recientes hallazgos en genética, que dieron lugar a la noción de epigenética, y cómo estos resultan convergentes con las experiencias y con muchas elaboraciones conceptuales del psicoanálisis en relación al papel etiológico del medio y sus diversas disfunciones, acentuando su intervención durante la infancia.

Atentos a estos aportes, ningún profesional de la salud mental debiera entonces quedarse tranquilo cuando se diagnostica algo supuestamente orgánico sin que ni siquiera existan test de laboratorios o estudios por imá-

genes establecidos y confiables que los corroboren. Y, en su lugar, se proceda a reducir diversas problemáticas a observaciones impregnadas de posibles prejuicios, escalas de conducta muy poco objetivas, demasiado dependientes de preconceptos de los padres y de los profesionales intervinientes, tareas de ejecución y test psicológicos de validez incierta.

El tema de la patologización y medicalización de la que son objeto tantos niños, niñas y adolescentes debería advertirnos acerca de los “efectos seductores” de determinadas drogas psicoactivas, complementadas con frecuencia por programas multidisciplinarios de adiestramiento conductual para el medio escolar y familiar. Porque, como sabemos, resultan muy eficaces para eliminar o reducir al máximo las molestias y trabajos que causa un niño en desorden más o menos permanente. No debemos perder de vista que este tipo de intervenciones constituyen acciones de efecto meramente sintomático; que no modifican nada de fondo y que, además, tienen serios efectos secundarios. Entre ellos, un asunto no menor a considerar es que inducen a las adicciones, en la medida en que la “solución” rápida propuesta para todo tipo de dificultades y/o malestares escolares, familiares o sociales parece provenir de alguna “pastillita mágica”.

Desafíos actuales. La epidemiología crítica como camino

Como puede inferirse a partir de lo reseñado acerca del fenómeno de la medicalización de las infancias y adolescencias actuales como caso testigo, esta concepción médico-hegemónica impulsada por las lógicas neoliberales destroza el concepto de salud como derecho humano de los pueblos, al aislar a la Medicina de las demás miradas sociales y científicas (tal como nos enseñaron, entre otros, Carrillo, Ferrara, Alvarado y Testa), y denuncia a la industria farmacéutica como corruptora de las políticas sanitarias.

Consideramos perentorio profundizar nuestros conceptos acerca de la epidemiología crítica hacia una realidad sanitaria cada vez más compleja, en la que se entretajan la ciencia, la política y la ética, y que se hace visible en una creciente injusticia social a nivel mundial. Es imprescindible desarrollar pensamientos que, desde un enfoque de derechos humanos, nos interpelen por definiciones sobre a calidad de vida y sus determinantes, la eticidad y los mecanismos de seguridad humana.

Desde la década de 1970, nos alertaba el Dr. Mario Testa:

La coyuntura puede ser definida como una determinación accidental, como algo no prevenido ni –en cierta medida– previsible, pero que sin embargo ejerce un papel importante en la determinación de la estrategia, debido a que la construcción de poder de un grupo social determinado puede

requerir (de hecho, se construye sobre esa base) una acción inmediata en respuesta a hechos cotidianos, y por lo tanto tiene actores sociales que privilegian unos valores frente a otros, determinando la política sanitaria. En suma, la estrategia será construida sobre tres determinaciones: lógicas, no lógicas e informales, siendo las primeras formales o dialécticas, las segundas éticas o voluntaristas y las terceras coyunturales situacionales o personales (Testa, 1989).

Consideramos al respecto que ese camino se está recorriendo en la lucha política sanitaria, desde entonces hasta nuestros días, confrontando modelos, apuntalando concepciones soberanas de índole cultural e histórica, indoamericanas, en respuesta a las demandas de la salud colectiva del mundo actual.

Junto a Jaime Breilh, señalamos que la epidemiología crítica configura una ruptura entre el análisis de la salud y de la epidemiología, basada en los siguientes elementos:

a) la lucha contra el reduccionismo empírico y formal, b) la lucha contra el predominio de la racionalidad eurocéntrica y androcéntrica, junto a la uniculturalidad de la ciencia, c) la lucha contra el predominio de las teorías totalizantes o megarelatos impositivos y d) la lucha por un replanteo de la relación entre el conocimiento académico –asumido como única expresión del saber científico– y el conocimiento popular (Breilh, 2003).

Así definido el concepto de epidemiología crítica, podemos desarrollar algunas conceptualizaciones claves para ampliar el horizonte de derechos hacia el que queremos dirigirnos, donde el acceso a la medicina y los medicamentos sea efectivamente un bien social al servicio del pueblo y nuestra prioridad sanitaria sea la salud y su protección.

La salud como proceso multidimensional

En el marco del paradigma al que nos convoca la epidemiología crítica, entendemos entonces a la salud como un proceso de construcción colectiva, abarcativo y dinámico, capaz de integrar conocimientos de base científica que contemplen, desde una perspectiva fundada en la complejidad y un enfoque de derechos, la diversidad de aspectos que la constituyen, recuperando a la vez aquellos formulados por las propias culturas, sus historias, las construcciones de una conciencia sanitaria y la recuperación del patrimonio ancestral de los pueblos. Es esta, sin duda, la vía de la comprensión de los procesos de inequidad, desigualdad e injusticia social que, como bien señala Carrillo, son la causa determinante de las condiciones de salud de la población. Así se retoma el camino de la epidemiología comunitaria que nos señala Gianni Tognoli: partir de la sociedad civil de los oprimidos, de las organizaciones so-

ciales, los sindicatos, de vecinos y barriales, en un concepto de comunidad organizada, que se constituye en la única garantía de la democratización del poder en la toma de decisiones, en el aspecto sanitario de la comunidad. Esta define así sus prioridades, viabiliza sus demandas, gestiona sus recursos y compatibiliza los saberes profesionales en territorio, otorgándole marco de realidad a la formulación abstracta de la estrategia sanitaria.

Es entonces cuando el desarrollo del paradigma contrahegemónico penetra en la realidad compleja de las relaciones de poder que determinaron las condiciones objetivas de la materialidad social de la salud. Para esto es clave incorporar al análisis la subjetividad social que permite aumentar la masa crítica de la lucha sanitaria en el fortalecimiento de los nuevos paradigmas, y construir un poder simbólico con el que apuntalar un camino emancipador, nacional y regional en la estrategia de desarrollo sanitario.

Complementar lo existente con lo deseado, sin voluntarismos que invadan el espacio de lo urgente, es una demanda de la visión totalizadora de la estrategia a largo plazo, que evita conflictos secundarios e instala la lucha en el territorio complejo de los pensamientos contruidos sobre bases propias, con actores propios, epidemiologías y situaciones propias. Es el fundamento de la necesaria ruptura con los modelos impuestos desde los centros de poder, que responden a intereses diferentes, construyen sus pensamientos sobre otros criterios teóricos, formulan propuestas que trasladan desde distintas latitudes, imponen situaciones de dependencia sanitaria y condicionan la formulación de políticas propias en un cercenamiento de soberanía inaceptable.

Determinar esa situación, ejercer esa voluntad política, estar dispuesto a cambiar los ejes asumidos por casi todos los actores como pensamiento único es, sin duda, un desafío mayor. Este solo es posible en la formulación de políticas sanitarias que, articulando lo existente, avancen sobre los objetivos y alcancen los máximos logros con el menor costo social, por la posible ruptura en el imaginario colectivo, después de décadas de penetración cultural sanitaria dependiente.

Es necesario plantearse una totalización de la ejecución de las políticas a desarrollar que sea multidireccional con eje sanitario social; que consolide los sistemas de salud solidarios; que interpele los sistemas de salud en el trabajo, con higiene y seguridad; en el campo de la Psiquiatría, con lógicas desmanicomializadoras y desmedicalizadoras; que profundice la acción en la alimentación saludable, avanzando sobre los agrotóxicos y la contaminación de las napas acuosas; que tienda a integrar regionalmente la propuesta, respetando las particularidades de los pueblos pero ejerciendo una acción común en el diseño de los modelos de gestión en desarrollo. Es preciso ampliar las miradas, identificando situaciones de dependencia externa,

penetraciones con prácticas lesivas, corrigiendo currículas de formación profesional, desechando los sistemas de lucro en la práctica diaria hospitalaria y sistemas solidarios, universalizando el acceso al control y al medicamento, fortaleciendo la investigación y el desarrollo (I+D) y la producción pública, atendiendo a los pacientes crónicos con criterios de dignidad y prevención de complicaciones.

Establecer sistemas sociales de gestión que democratizen el saber y la práctica sitúa nuevos criterios epidemiológicos, desplazando las concepciones neoliberales de la atención de la enfermedad y la instalación del lucro en los sistemas solidarios. Es necesario replantear la realidad y la concentración de la política, con el fin de reparar la fragmentación y el daño social producido por décadas de un sanitarismo dominante, que intentó enterrar nuestra concepción, fundada en un modelo social solidario de la salud.

En el campo de la salud pública, la actual orientación hegemónica es pragmática y funcionalista, lo que tiende a disminuir las concepciones teóricas elaboradas desde una perspectiva crítica, disuadiendo las discusiones conceptuales, en nombre de las urgencias cotidianas del sistema de salud. Revertir ese proceso con políticas integradoras a largo plazo en una planificación estratégica es, sin duda, un desafío de la etapa. Llevará a conflictos al enfrentar desde corporaciones médicas a verdaderos complejos industriales-farmacéuticos, basados en el poder financiero global, que han producido el deterioro de los sistemas sanitarios mundiales, una estratificación social denigrante y una eutanasia administrativa, alienando las relaciones sociales y produciendo ingeniería social secundaria, con desplazamientos poblacionales hacia la desprotección y la inequidad.

Las dimensiones de la salud

La planificación de los sistemas sanitarios atraviesa dimensiones diferentes en cuanto a la mirada, pero unificadoras en los contenidos, lo que lleva a considerar el tema de la salud como objeto en su dimensión ontológica, como concepto en la epistemológica, así como también en el campo de la praxis que ejercen los equipos de salud. Todo esto, tomando a la vez como dimensión la sociedad y sus grupos sociales, para llegar a las singularidades encarnadas en los sujetos y su quehacer cotidiano que, por supuesto, incluirá las dimensiones preventivas, curativas y de promoción sanitaria.

Breilh se refiere al carácter polisémico del concepto de salud, contrariando los enfoques empíricos que la reducen a un solo plano de análisis, concepciones asistencialistas y de la atención individual de la salud como modelos excluyentes de desarrollo sanitario. Por lo contrario, el desarrollo conjunto de las dimensiones enunciadas constituye un todo inseparable que profundiza la teoría crítica, en una

práctica de transformación concreta. Esa profundización del campo de la praxis sin duda penetra en las conceptualizaciones y en la conformación del objeto salud, determinando su planificación. De ahí que invitamos a repensar la disociación a la que convoca el uso naturalizado del concepto "salud mental", como si esta fuera un aspecto disociado del de "salud".

Solo una mirada dialéctica puede sacarnos de la trampa de lo individual frente a lo colectivo, ya que estos se determinan mutuamente. Cómo juegan en este espacio las condiciones objetivas de la práctica, cómo sujeta al orden colectivo y cómo la subjetividad del individualismo lleva al libre albedrío. Cómo actúa cada grupo social ante una contingencia de salud se explica desde su historia, su cultura, su tradición oral, su inserción social y sus condiciones de vida, elementos ante los que nos debemos una respuesta sanitaria que respete la alteridad, el reconocimiento al otro, sus tiempos y sus conductas sanitarias. Esto implica un proceso de predicación y persuasión, no para imponer, sino para ampliar las visiones medicocéntricas del saber científico, que no reconoce otros saberes y destierra conocimientos a veces ancestrales, como el de los fitoterápicos ya usados por los pueblos originarios y hoy patentados por la industria e instalados como íconos de la modernidad.

El concepto de riesgo

La sociedad de riesgo, como concepto de sociedad de destrucción masiva generalizada (Beck, 1988), es un modelo interpretativo epidemiológico que lleva a una situación de disciplinamiento social. Desde antiguo, lo epidémico, los estados climáticos, los fenómenos naturales y los fermentos químicos fueron objeto de análisis de la morbilidad masiva en cada época para desarrollar las teorías del contagio.

Así se establecieron diferentes hipótesis sobre el riesgo: la ambientalista, que tiene como objeto el medio externo; una sociopolítica, vinculada a los aspectos legislativos de los cambios de los modelos de vida, y una biomédica, ligada a la biología experimental, la biometría y los modelos estadísticos, que finalmente se impuso en la puja intelectual.

La etapa industrial y la posguerra permitieron cualificar los riesgos, desde los epidémicos hasta los del trabajo que, a fuerza de procesos económicos y sociales, empezaron a incorporarse a los recuentos de morbilidad, desde la articulación de la demografía y la econometría. En ese desarrollo, el cientificismo logra penetrar nuevamente, en un reduccionismo del riesgo, identificando lo posible con lo probable y lo poblacional con lo muestral y lo individual.

En nuestro tiempo, los conceptos de riesgo se han ampliado desde una mirada de epidemiología crítica que abarca desde condiciones salariales hasta sistemas productivos;

desde sistemas extractivos hasta contaminantes ambientales; desde el calentamiento global hasta la polución; desde el déficit habitacional hasta las infraestructuras urbanas; desde la presión mediática hasta la compulsión al consumo; desde un sistema educativo obsoleto hasta el fracaso y exclusión escolar; desde el necesario éxito hoy, sin un mañana posible. La instalación de una cultura neoliberal que altera las conductas humanas produce daño en la salud, en determinantes que habitualmente no forman parte del análisis sanitario.

Queda claro que los sistemas de abordaje situacionales de la salud y el riesgo no pueden estar divorciados de una mirada totalizadora y una acción conjunta, que no solo dé respuestas coyunturales, sino que incorpore a la planificación la diversidad de elementos nocivos a la salud. Esta debe ser una práctica habitual y preventiva a futuro, que disminuya los impactos que la multiplicación de riesgos ocasiona a la salud de la población. Algunos de estos responden sin duda a factores de poder, que los usan para conseguir desde posicionamientos políticos hasta ventajas económicas, y que son los mismos grupos de poder concentrado que han instalado los paradigmas sanitarios en los últimos cuarenta años, deconstruyendo los modelos sociales y sanitarios solidarios erigidos en años de justicia social.

El aporte de la epidemiología crítica

Ante esta situación pandémica, la epidemiología crítica tiene un aporte que hacer en el desarrollo de la planificación estratégica de salud, en su prevención, en su promoción, en su base doctrinal, en su concepción comunitaria, en su eje de movilización social y organización popular de los sistemas sanitarios que posibiliten la democratización del poder. Asimismo, en la transferencia de la gestión al pueblo, la concientización de prioridades, el respeto a la interculturalidad, federalizando el accionar común y ejerciendo el derecho a la vida de cualquier latinoamericano a tener

las mismas condiciones de vida, las mismas expectativas y las mismas oportunidades, en pleno desarrollo de sus potencialidades humanas, que solo da el derecho humano esencial a vivir sano.

Se pudo soportar la cuarentena y enfrentar a la pandemia a partir de tres pilares que colocaron al Estado recuperado en su rol esencial de defensor de los intereses del pueblo y de la patria, y de la reconstrucción social de la solidaridad. El primer pilar es que el poder político del Estado tomó la determinación de ordenar una cuarentena temprana, cuando el país, al 13 de marzo, tenía dos muertos y treinta infectados, todos importados, con nexo epidemiológico. Esa decisión política se asentó en el segundo pilar: una sala de situación epidemiológica de control constante de la evolución a nivel mundial, regional y local de un virus desconocido, inteligente, una molécula parásita en estudio. Por esa razón, el tercer pilar es el apoyo irrestricto a la investigación y el desarrollo (I+D), que permitió crear el kit serológico que coloca a nuestro país entre los nueve capaces de producirlo, y avanzar en la investigación de la vacuna junto a otros laboratorios de investigación del mundo, sin fines de lucro, que abrieron por primera vez sus puertas para el conocimiento universal, a los fines de derrotar la pandemia en una actitud solidaria. Por esa razón, la vacuna debe ser de la humanidad, de acceso universal y gratuito y sin patentes (como fueron la Salk y la Sabin oral), como concepto de valores y virtudes a recuperar en la pospandemia.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck U. (1988) *La Sociedad del Riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (1999). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrotu.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Foucault, M. (1974). *Historia de la medicalización*. Instituto de Medicina Social, Universidad Estatal de Río de Janeiro. Mimeografiado.
- Menéndez, E. (1985). Modelo médico hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción en el sector salud. En *Cuadernos Médicos Sociales*, N° 33, Rosario.

La pandemia de COVID-19 y las desigualdades de acceso a servicios de salud mental

MARTÍN DE LELLIS

Profesor titular regular de la Cátedra I de Salud Pública y Mental, Facultad de Psicología (UBA). Asesor en la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

MARÍA

GRACIELA GARCÍA

Subsecretaría de Derechos Humanos y Seguridad de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Titular de cátedra Consumo problemático de drogas, Facultad de Ciencias Sociales (UBA).

La pandemia y las medidas de aislamiento

La pandemia desencadenada por propagación de la COVID-19 ha causado la mayor catástrofe sanitaria del siglo XXI, si consideramos su impacto sobre el sufrimiento humano, los daños materiales ocasionados y cómo se ha puesto en virtual colapso la actividad social y la vida económica en el mundo entero.

Esta situación genera emociones de miedo y angustia, ya que pone al descubierto nuestra esencial fragilidad ante la enfermedad y la muerte. En el contexto de nuestra vida cotidiana, tan permeada por los medios de comunicación y dependiente de las redes sociales globales, suele exacerbarse la ansiedad cuando la información, además de no resultar del todo confiable, tampoco asegura contención psicológica ante una amenaza tan grave y masiva como la pandemia.

La declaración de emergencia sanitaria y las medidas de aislamiento preventivo, social y obligatorio que han sido adoptadas por el Estado nacional con el consenso de las autoridades provinciales, y cuyo objetivo es contener o mitigar la propagación del virus, alimentan la percepción de que la vida cotidiana está afectada por situaciones ubicadas fuera de nuestro control y que tienden a aplazarse en un horizonte incierto.

Las medidas de cuarentena, que interpelan a todos aquellos que integran el colectivo social, producen problemas adicionales que ya han sido reportados a través de numerosos estudios internacionales: frustración, estrés, tristeza, desorganización psicológica y agravamiento de trastornos de ansiedad o depresión. Se agudizan además problemas vinculares preexistentes, dado el régimen de convivencia en aislamiento forzado; se reactivan conflictos interpersonales y puede incrementarse el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Todos estos impactos negativos sobre el comportamiento y la subjetividad plantean un incremento potencial de la demanda hacia dispositivos especializados de salud mental.

Pero, ¿están estos preparados para resolver las demandas emergentes? ¿Cuáles son hoy los problemas de accesibilidad que, abarcando todo el proceso de continuidad de cuidados, se plantean en las instituciones y servicios de salud mental?

Desigualdades de acceso a los servicios

La actual emergencia sanitaria pone en estado de crisis agravada a un sistema socioeconómico desigual, estructuralmente empobrecido desde hace décadas. Estas condiciones preexistentes de desigualdad, que impiden el acceso equitativo a los servicios de salud, representan uno de los mayores problemas para enfrentar hoy la pandemia.

Las personas excluidas socialmente están expuestas a múltiples determinantes adversos, que producen como efecto el deterioro de las condiciones de vida y la imposibilidad de adoptar las pautas de cuidado recomendadas por el gobierno nacional para afrontar la emergencia. En el caso de los padecientes mentales, se revela una conexión aún más estrecha entre estos factores, pues la mayor parte de las evidencias mundiales subraya que los determinantes sociales negativos y la desafiliación incrementan el riesgo de alteraciones en la salud mental.

Además, las personas en situación de pobreza y con trastornos mentales severos se hallan más vulnerables a la enfermedad, porque encuentran mayores barreras al acceso y, cuando lo efectúan, solo son instituciones públicas las que logran brindarles algún tipo de atención. Pero, en las personas asistidas, la propia situación de pobreza contribuye a generar procesos de cronificación que se

expresan en problemas cognitivos, afectivos y de integración social.

Se cumple así la clásica ley de cuidados médicos inversos formulada por Tudor Hart, quien señalaba hace medio siglo que la disponibilidad de asistencia sanitaria tiende a variar de modo inverso a la necesidad de la población asistida: los sujetos más vulnerables no son atendidos y profundizan su vulnerabilidad, y quienes presentan menor riesgo relativo tienen más posibilidades de ser atendidos y resolver satisfactoriamente los daños a la salud.

Estos problemas específicos afectan en particular a los más vulnerables entre los vulnerables: a ancianos en situación de pobreza, con trastornos mentales o discapacidades cognitivas severas, que no disponen de redes de apoyo ni sostén y, por lo tanto, más necesitan la protección social y sanitaria del Estado.

Las instituciones monovalentes o de carácter asilar (psiquiátricos, colonias, grandes centros geriátricos) basan su accionar, además, en una respuesta fragmentada, rígida y a una escala inhumana que, si bien ha dado señales de caducidad en el mundo entero, se ha constituido en el núcleo más refractario al cambio en el modelo de atención.

Estas instituciones presentan condiciones inapropiadas para contener brotes epidémicos, por las siguientes razones:

1. Son deficitarias en los cuidados de enfermería y tienen dificultades para resolver situaciones generales de emergencia clínica.
2. Por ser lugares cerrados, se convierten en potenciales focos de propagación del virus.
3. Por efecto de la cronificación, los internos cuentan con una elevada edad promedio, no disponen de los sistemas de apoyo requeridos y se hallan a menudo en condiciones de fragilidad clínica.
4. No suelen adoptarse regularmente las medidas indicadas de cuidado y autocuidado, lo que agrava los efectos producidos por el hacinamiento.
5. Al incrementar la fragmentación de los servicios, plantean obstáculos para responder ante las crisis más acuciantes y garantizar la continuidad de cuidados en salud mental.

Aun cuando no representan una opción sustentable, en la situación actual estas instituciones han puesto todavía más restricciones al acceso, y se encuentran en un escenario de colapso que puede continuar agravándose si se profundiza el contexto de pandemia global.

Se han agudizado también las barreras de accesibilidad a los servicios ambulatorios y las unidades de resolución de crisis, ya sea por las dificultades para movilizarse hacia los centros de atención, o bien porque la situación de aislamiento impide contar los recursos humanos necesarios para atender los problemas de salud mental.

Tales barreras se expresan también en la restricción del acceso a una gran cantidad de instituciones y servicios que atienden en el primer nivel, ya que las alternativas de atención remota suelen cubrir a los sectores sociales más altos, con uso habitual de redes tecnológicas y mayores recursos cognitivos para sostener este tipo de tratamientos.

Los establecimientos generales de salud (EGS), como hospitales, clínicas, sanatorios de mediana o alta complejidad, no han sido históricamente una opción efectiva para el gran conglomerado de personas que requiere asistencia ante una crisis de salud mental, o bien ante problemas severos de consumo que desbordan al sujeto y a su medio familiar.

Presionados por la propagación de la pandemia y la multiplicación de casos, los EGS hoy están centrados en la atención de quienes presentan síntomas compatibles con el virus, y en la aplicación de medidas protocolizadas de triaje no resulta prioritaria la atención de personas con padecimientos mentales y/o consumo problemático de sustancias.

Las instancias institucionalizadas diseñadas para facilitar la continuidad de cuidados y los procesos de externación asistida e inclusión social han resultado también difíciles de sostener por la baja disponibilidad de recursos humanos no convencionales (como los acompañantes terapéuticos u otros cuidadores formales), que podrían aportar una mayor respuesta en el ámbito domiciliario.

Oportunidades para la transformación

Las estrategias y modalidades de tratamiento que han tratado de impulsarse en la última década, con el marco orientador de la Ley Nacional de Salud Mental, se han hecho más visibles y necesarias en este momento de crisis pandémica y se han constituido, de hecho, en nuevas oportunidades para la acción.

En otros términos, lo que surgió como una respuesta reactiva ante la situación de emergencia sanitaria puede convertirse en una oportunidad para transformar a mediano y largo plazo las prácticas en los servicios de salud mental.

Veamos cuáles son estas estrategias que se han hecho más visibles, que es necesario fortalecer y continuar impulsando:

- a. El despliegue de unidades de tratamiento móviles para atender emergencias clínicas, porque cuando no se dispone de transporte para trasladar al paciente a una guardia, cuando no hay camas disponibles para una internación aguda o para acceder a un establecimiento general de salud y aumentan los riesgos de infección y contagio, es necesario resolver la crisis allí donde esta se produce.
- b. La implementación de nuevos dispositivos de tratamiento y/o inclusión habitacional, tales como centros

de día, casas de convivencia o modalidades de internación domiciliaria, para ofrecer una respuesta flexible y a escala humana garantizada por los sistemas de apoyo y la atención personalizada.

- c. Apoyado en las tecnologías de comunicación a distancia, el seguimiento de situaciones clínicas de forma remota puede convertirse en una alternativa real, ante la ausencia de camas disponibles y las dificultades para realizar los controles ambulatorios fuera del domicilio.
- d. El fortalecimiento de los procesos de externación asistida, cuyo objetivo es trasladar a pacientes internados desde servicios de larga estancia hacia unidades de corta estancia, a escala humana y con mayor integración a las redes comunitarias.

Todos estos dispositivos pueden constituirse en una respuesta asistencial que, coordinada en redes de servicios, satisfaga las nuevas demandas de atención y facilite una mayor integración a la vida de la comunidad.

Prácticas seguras e interdisciplinarias

Es necesario profundizar el trabajo en dos aspectos fundamentales: aumentar la interdisciplinariedad en las prácticas del equipo de salud y revertir la precarización que hoy afecta muy especialmente a los trabajadores de la salud mental.

La organización de los dispositivos según rígidas hegemonías disciplinarias puede resultar una barrera a la hora de resolver situaciones de catástrofe sanitaria que no tienen parangón con ninguna de las conocidas.

En tales crisis, no se requiere la concentración del poder ni la decisión hegemónica de una especialidad profesional, sino el esfuerzo concertado de distintos trabajadores –técnicos, profesionales y no profesionales–, pues cuanto más información circule y cuanto mayor sea el acceso y disponibilidad a ella, el equipo estará mejor preparado para resolver o bien derivar, si la situación sobrepasa a cualquiera de sus miembros.

Es necesario pensar, también, en la integración de los equipos interdisciplinarios de salud para comprender cuáles son las situaciones planteadas y las mejores alternativas de decisión para alcanzar un objetivo común: atender la urgencia, acompañar, sostener y cuidar.

Y jerarquizar, en ese sentido, el rol que cumplen los recursos humanos no convencionales como los acompañantes terapéuticos, los auxiliares gerontológicos y/u otros operadores terapéuticos. Estos trabajadores, que realizan tareas que otros profesionales no asumen ni desean cumplir, se desempeñan en la informalidad y carecen en general de reconocimiento oficial por las autoridades sanitarias o bien por las instituciones que deben asegurar o proveer asistencia.

Por ello, su reconocimiento formal garantizaría mejores condiciones de institucionalidad, mayor calificación del recurso humano e instancias de supervisión para que la tarea asistencial se desarrolle de forma más protegida y segura, tanto para el acompañante u operador como para el paciente y/o su grupo familiar.

En Argentina, uno de los sectores sanitarios que más ha recibido el impacto del deterioro del ingreso y la precarización laboral ha sido el de los servicios de salud mental. A los problemas vinculados con el déficit en el poder adquisitivo del salario y la disminución en el valor de las prestaciones profesionales, se añaden dificultades tales como el débil sistema de protección social para quienes trabajan como voluntarios, pasantes, concurrentes y/o residentes en instituciones del subsector público, semi-público o privado.

Además de una relación laboral inestable, la precarización laboral implica un escaso control de los trabajadores sobre el proceso, lo que constituye uno de los determinantes sociales más negativos sobre el bienestar humano. En situación de pandemia, cuando se necesita afrontar riesgos inesperados para asegurar la atención de las crisis, la precarización puede agravar aún más las condiciones de trabajo inseguras e impedir el acceso a medios de protección o al uso de los protocolos que deben guiar a todos los trabajadores de la salud.

Los procesos de formación merecen un párrafo aparte, ya que es necesario capacitar de forma continua a profesionales y técnicos en el desarrollo de competencias para las intervenciones en comunidad y para implementar modalidades de afrontamiento ante crisis o emergencias colectivas como las que hoy sacuden a nuestra sociedad. En particular, es fundamental entrenar a todos los integrantes del equipo de salud en la previsión, la prevención, la atención de catástrofes y las ulteriores actividades de recuperación e integración social.

El día después: la pospandemia

Hoy no disponemos de la pausa necesaria para planificar la atención de las secuelas del sufrimiento que ha desatado la pandemia. Por eso es necesario pensar la pospandemia, cuando caduque la situación de excepción que hoy mantiene a la sociedad unida en la resistencia ante un agresor oculto, y se pongan de manifiesto todos los problemas asociados a la situación de aislamiento.

Es importante considerar algunos aspectos fundamentales para atender a los damnificados directos o indirectos de la pandemia. Uno de los temas principales será el trabajo para facilitar la elaboración de las pérdidas de los seres queridos que, acontecidas durante este período, no han podido ser afrontadas mediante los necesarios rituales de duelo, y que pueden constituirse en situaciones traumáticas.

cas si no se proponen instancias de adecuada elaboración psicológica.

En segundo lugar, será preciso enfrentar la falta de certezas ante el futuro, superar los sentimientos de apatía y desmoralización que suelen aparecer en situaciones de alta incertidumbre, y promover las respuestas resilientes que personas, grupos o comunidades también suelen movilizar ante las catástrofes sociales.

En tercer término, será necesario contribuir a que recobremos la confianza en el otro, que hoy es visto como portador de una amenaza por ser potencial fuente de contagio, pero que, sin embargo, es con quien debe reforzarse la solidaridad para asumir con mayor éxito la reconstrucción de los daños producidos.

Y tener presente que muchos tratamientos, interrumpidos por las barreras a la accesibilidad, deben ser recobrados en el marco de un retorno a la habitualidad de nuestras

interacciones en una sociedad que, si bien no será ya la misma que antes de la pandemia, no debería afectar la concreción de los proyectos de vida más deseados.

Observando las prácticas de atención de los servicios de salud mental podemos decir que, si no se garantizan los cuidados sanitarios mínimos, si los establecimientos generales de salud terminan a la postre siendo expulsivos y si los servicios de emergencia no resuelven las crisis, será más imperioso que nunca hallar respuestas eficaces y creativas para los problemas que emergen en cada contexto local.

Para responder con éxito a estos desafíos, es prioritario garantizar condiciones de trabajo seguras y oportunidades de formación a los trabajadores de la salud mental, tal que puedan dar asistencia durante la pandemia y mitigar sus impactos en la pospandemia, tanto en las víctimas directas como en todo el colectivo social.

Anticipo de libro

Mientras respiramos (en la incertidumbre)

CARLOS SKLIAR

Invest. principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Argentina (CONICET). Investigador Área de Educación de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Argentina), en donde coordina cursos de posgrado. Es vicepresidente de PEN Argentina (poetas, ensayistas, narradores). Publicó ensayos educativos y filosóficos, además de microrrelatos, libros de poemas y ensayos literarios.

/Primera murmuración/

Toda escritura anterior, remota o lejana, secreta, íntima o pública, debería someterse al ejercicio de la reescritura.

Todo fragmento leído, asequible o imposible, al de la relectura. Todo pensamiento cristalizado será devuelto a su cristal y a resquebrajarse una y mil veces. Toda certeza, una particular forma de agravio. Toda duda: saber que aún estamos vivos.

1/El riesgo y la incertidumbre/

Un acontecimiento irrumpe, agita sus garras mortales, funestas, lúgubres, envuelve al mundo con un manto impiadoso y lo enfrenta a su desnudez más primitiva y más ancestral: nada es seguro, nunca lo fue, todo parece ruinoso, sálvese quien pueda, primero el capital, últimos los ancianos, las ancianas,

La imagen del mundo en peligro recorre todas las pantallas y se ubica exactamente en la región más sombría del cuerpo, allí donde la mente no logra descifrar ningún signo y el corazón palpita de una manera infrecuente, más aceleradamente todavía que en la época que ya se cree precedente, aquella cuya urgencia, cansancio y prisa componía la habitualidad de nuestras vidas hasta hace pocos segundos.

Una fracción imperceptible de tiempo divide las aguas entre sentirse bien y sentirse mal, entre el sentido seguro y acomodado y el sinsentido disparatado, entre la vida y el mundo que han sido y los que serán, entre existir y dejar de existir.

Sin embargo, ¿está ocurriendo un acontecimiento de verdad inesperado? ¿Un acontecimiento sin antecedentes, sin un origen? ¿O es un reflejo más, un eco del modo habitual de funcionamiento del mundo? Y si de verdad es inesperado, ¿por qué existe la vaga sensación de que no se trata de una excepción inédita, de algo que no se esperaba? Incluso, ¿por qué parece que todo esto ya lo hemos pasado, pensado, visto o leído antes de algún modo, en alguna parte, mucho antes?

Siempre los acontecimientos inesperados crean inquietud, conmoción o zozobra, y todo lo que se había pensado hasta ahora pasará a formar parte de una confusión y de una debilidad común por comprender qué es lo que sucede

en realidad, por qué sucede y qué se hará, si es que algo se hará con todo esto.

Mucho más temblorosas son esa confusión y esa debilidad cuando el acontecimiento en cuestión entraña la posibilidad de una masiva enfermedad y muerte, y el tiempo para pensar se vuelve angustiante y se hace angosto y también, según la tradición de cierto pragmatismo en boga, pensarlo sería secundario, superfluo o, directamente, innecesario.

Frente al desorden del pensamiento desfilarán un ejército de comunicadores especializados y falsos profetas de toda calaña que, amparados en el vértigo imperante de la información veinticuatro horas por día siete días a la semana, pondrán en marcha el juego aciago de su ego al subrayar la importancia decisiva de la opinión de ellos –por más torpe o delirante que parezca– por encima de la de los demás, más allá y más acá del bien común.

Sin embargo, no es la primera ocasión en que la humanidad se ve envuelta y demudada en su propia perplejidad y desasosiego; lo cierto es que, en cada oportunidad en la que ocurre una calamidad, por fuerza, es como si fuera la primera vez, distinta de cualquier otra, y solo es tal, solo puede nombrarse como tal, si está *aquí y ahora*. Otros derrumbes han sido y son escenas de películas a las que se asiste bien sentados y despreocupados, páginas bien o mal escritas de novelas que se leen en el refugio de la soledad y el silencio, pinturas que se aprecian o desprecian en salas refrigeradas de museos. En fin, representaciones difusas de lo trágico que, a lo sumo, han ocupado una parte de nuestras pesadillas cuando niños y nos han pre-ocupado de acuerdo a nuestras diferentes concepciones éticas y políticas.

Dos lecturas a la vez, en la misma unidad de tiempo – dos pensamientos, dos sensaciones, dos escrituras–: nunca hemos vivido esto antes, hemos vivido esto antes muchas veces. No haberlo vivido antes supone un cierto estado de mudez, de estruendo sin resonancia todavía; creer haberlo vivido sugiere el recuerdo, la embriaguez de la memoria.

En 1993, Sloterdijk escribe: “Entonces es cuando se hace mucho más reconocible que en cuanto el *opus commune* se desintegra en el nivel superior, los hombres solo pueden regenerarse en pequeñas unidades”.

Aquí y ahora: el sí mismo amenazado en medio del desamparo de los mayores, las restricciones poblacionales al movimiento, el control militar de las ciudades, la suspensión de los encuentros públicos, el cierre de fronteras, el deterioro de las políticas de salud, la economía pulverizada, el distanciamiento social, el confinamiento, etcétera, hacen de esta situación presente algo difícil de pensar a partir de lo que ya se había reflexionado ante situaciones *viralmente* semejantes.

El sí mismo potencialmente infectado –asustado, despavorido, temeroso– por la posibilidad cierta de ser contagiado –enfermo, moribundo, quizá muerto– está “en medio de”, ni “antes” ni “después”, ni como recuerdo ni como porvenir.

La voluntad de pensar está debilitada, pero no hay más remedio que hacer eso, incluso involuntariamente; en nombre de la vieja humanidad y de la humanidad que vendrá, el cuidado del mundo y el cuidarse del mundo vuelven a estar, por fuerza de lo real, en un lugar esencial del pensamiento.

Primer pensamiento débil, precario: no deberíamos estar solos ni pretender salvarnos individualmente, nunca, aun cuando el mundo, con todas sus imperfecciones y sus malditas artimañas del capitalismo arrasador, ya había arriesgado su propia existencia a cada paso, en cada segundo, y la vida en común estaba desde hace tiempo en peligro personal, comunitario y planetario.

Segundo pensamiento frágil, provisorio: la humanidad es un espejo siempre resquebrajado de cuerpos y de palabras y una caja de resonancias cuyos ecos parten desde cualquier lugar y en cada lugar crean efectos diferentes. Allí debería estar presente la política, bajo la forma de Estado, para dar señales de cómo se cuida, de qué hay que cuidarse, de cómo hay que cuidar, de quiénes son los que merecen mayor cuidado, si acaso es posible el cuidarse y el cuidarnos.

En épocas donde miles de supuestos e improvisados especialistas nos atosigan con opiniones sobre cómo ser felices, cómo no perder el tiempo, cómo ser exitosos, en fin, cómo ser lo que deberíamos ser o cómo dejar de ser lo que ya somos, habría que dar paso a un lenguaje común, alejados de cualquier provecho personal o empresarial. Escuchar. Escucharnos.

Tercer pensamiento, tembloroso: no se trata solo de asistir a la información, siempre cambiante, siempre ansiosa por la novedad; se trata sobre todo de una ética comunitaria, de asumir responsabilidades comunes, de entender que, en un país desigual, en ciudades desiguales, la lógica de la salvación personal no solo es egoísta sino también, y sobre todo, delictiva.

Hay en todo esto estupor, sí, pero quizá haya la posibilidad de mirar más allá de nuestras narices, de no ver solo la punta de nuestros pies, de pulverizar el sí mismo cuando aparenta ser solo un “yo mismo”. De darse cuenta, al fin y al

cabo, parafraseando aquel conocido verso del poeta Roberto Juarroz, que tal vez pensar en otro se parezca a salvarlo.

(...)

En otros países se está eligiendo, literalmente, quién vivirá y quién morirá, quién vivirá un poco más, quién morirá enseguida, quién pasará y quién no pasará. Como si la muerte fuese una opción entre varias, o la derrota esperable entre dos únicas opciones. Y a quienes se elige son, sin miramientos, a los más viejos, a los que ya eran inservibles para la maquinaria tiránica de la eficacia y la eficiencia. Nada ha cambiado para ellos respecto del mundo anterior a la pandemia: solo que el empujón final ha sobrevenido un poco antes.

Una suerte de amnesia recorre los cuerpos y las mentes en estos tiempos de pandemia: ¿qué éramos antes, cómo éramos? ¿Nuestras vidas tenían un sentido más o menos incontestable, definido y virtuoso, que el virus ha venido a interrumpir o destruir? Y ¿cuál sería la gracia del argumento de que *esto que está* nunca se había vivido o pensado antes?

El hecho azaroso de que nos haya tocado vivir aquí y ahora –y no antes o después o nunca– es una contingencia y no nos exime –sino que, bien por el contrario, nos obliga– a relatar el mundo también como una larga sucesión de imprevistos, catástrofes, guerras, funerales y a la vez de gestos de solidaridad, celebraciones, amistad, amor, filosofía y arte.

El relato en cuestión no ofrece apenas una secuencia al modo cronológico, histórico, de hechos bien dispuestos y ordenados en un *chrónos*, sino una multiplicidad disyuntiva de narraciones que puedan reflejar que de verdad el mundo haya sido el que fue, que entonces sea este el que está siendo.

Y eso que es llamado mundo guarda una estrecha relación con la idea de cuidado y de seguridad, la necesidad de creerse imperiosamente seguros –pese a los hechos cotidianos, que contradicen de inmediato esta percepción– y que vivir en el mundo tendrá que ver con haber contado desde siempre con una suerte de relato de resguardo o guarida confortable.

Dicho de otro modo, el mundo también es la creencia, el resultado, de la sensación o necesidad de estar a salvo y que esa salvación –en las lógicas del provecho al uso– depende de uno mismo: una vida segura, sin imprevistos, sin turbulencias, sin infecciones, haría un mundo seguro, sin imprevistos, sin turbulencias, sin infecciones. Y viceversa. Es decir, un mundo seguro es una vida carente de acontecimientos imprevistos.

La búsqueda de una constante que permita explicar la trayectoria del mundo –una constante religiosa, o mítica, o filosófica, o científica, etcétera– ha apaciguado en parte

las aguas entre una pandemia y otra, entre una guerra y otra, entre un desastre natural y otro, y siempre devino en un relato de quienes siguieron vivos para explicar, narrar, justificar, *tiempo después*, lo acontecido.

He aquí una constante plausible: la explicación está después y la calma siempre es tensa y se desliza alrededor, hasta que un mal día ya no haya un después. No puede soslayarse que el artificio de lo constante, de lo repetido y explicado pareciera ser propio de cierta burguesía y de las capas medias de la población, que siguen creyendo que el mundo perdurará, que las propias vidas continuarán, pese a todo, y que en virtud de la constante perdurabilidad de lo humano existirán las personas que todo lo explicarán, narrarán o justificarán.

Un relato del mundo es el de los sobrevivientes, pues, y se comprende perfectamente la necesidad humana de salvaguardarse y de contarse a sí misma en un constante y sosegado progreso. Pero también podría enumerarse la larga lista de quienes nunca son incluidos en esa supuesta constante del mundo, en primer lugar, los muertos.

Hay –habría– un par de excepciones a la idea de explicación posterior de las constantes del mundo: las crónicas y la literatura o el arte en su conjunto. Su carácter anticipatorio obedece en un caso al reino de la implicación y, en el otro, al juego serfísimo de la imaginación. Y, por supuesto, al uso liberado del lenguaje, es decir, a un lenguaje no deliberado ni ajustado estrictamente a su época, que no tiene pretensiones de narrar la repetición sino, justamente, la dinámica incierta, caótica e imprecisa de la excepcionalidad.

El arte habido hasta ahora parece un retrato plausible frente a la incógnita de un mundo azorado y azotado por este virus, como si una vez más la ficción no solo imita a la realidad –lo que sería poca cosa– sino que la modifica y multiplica con creces o, directamente, crea una cierta realidad antes de que ella sea percibida como tal.

Se mencionan ahora mismo –sin ningún criterio literario ni orden cronológico– *La peste*, de Albert Camus; *el Decamerón*, de Giovanni Boccaccio; *La isla*, de Armin Greder; *Los novios*, de Alessandro Manzoni; *Ensayo sobre la ceguera*, de José Saramago; *Diario del año de la peste*, de Daniel Defoe; *La peste escarlata*, de Jack London; *Némesis*, de Philip Roth y *Distancia de rescate*, de Samanta Schweblin, entre muchos otros, que componen un relato disponible para recrear un pensamiento ahora adormilado.

La literatura que alude a las pandemias ubica la historia en el extremo de un desenlace necesario: al fin, el final. Pero, por su propia razón de ser, ese final nunca es concluyente ni da la sensación de pasar de página, como si nada hubiese ocurrido. Por el contrario, la lectura atenta brindará, a la vez, un doble pliegue que mantiene en vilo toda conclusión: el júbilo, la celebración, la alegría porque algo terrible y devastador ha concluido finalmente, y la

sospecha, el rumor ennegrecido, la intuición cierta de que nada ha concluido de verdad, de que todo otra vez está o podría estar a punto de recomenzar:

Oyendo los gritos de alegría que subían de la ciudad, Rieux tenía presente que esta alegría está siempre amenazada. Pues él sabía que esta muchedumbre dichosa ignoraba lo que se puede leer en los libros, que el bacilo de la peste no muere ni desaparece jamás, que puede permanecer durante decenios dormido en los muebles, en la ropa, que espera pacientemente en las alcobas, en las bodegas, en las maletas, los pañuelos y los papeles, y que puede llegar un día en que la peste, para desgracia y enseñanza de los hombres, despierte a sus ratas y las mande a morir en una ciudad dichosa (Camus, 2005).

Entonces, si los relatos que han dado paso a las constantes del mundo han existido desde siempre, ¿qué tendría de particular, pues, esta tragedia que nos toca vivir aquí y ahora, quitándonos de la seguridad de esa natural persistencia y constancia con la que se ha de narrar el mundo?

Por supuesto que lo primero es que *ocurre aquí y ahora*, en donde estamos, en donde podríamos dejar de estar, en donde hay otros que se doblegan y caen, en donde hay tantas y tantos que ya no están. Ocurre al mismo tiempo en que ocurrimos, no es una ficción, no es un relato, no es una invención, no son las páginas de un libro, no es una película ni una serie, no es solo una especulación.

Es la experiencia irreplicable de la tenue frontera entre la vida y la muerte o de su disolución, en medio de nuestras comunidades y al interior de nuestros cuerpos: la pérdida absoluta de la seguridad de que el mundo siga siendo lo que era, de que nuestras vidas sigan siendo lo que creíamos que eran, la ausencia de las palabras más habituales, entre muchas otras: desplazamiento, comunidad, ciencia, encuentro, conversación, trabajo, amistad, soledad, solidaridad, salud, economía, tiempo, estar-juntos. Y la voluptuosidad de otras palabras renacidas: infección, contagio, distancia, enfermedad, desasosiego, indigencia, muerte.

Es particular, también, por el hecho que la pandemia tiene su propia *transmisión en vivo*, distinta de las divulgaciones de otras tragedias y colapsos que sucedieron en otras partes y a las que, simplemente, se ha asistido como meros espectadores. En este mismo momento también somos espectadores, pero sobre todo los números de infectados, las cantidades de cuerpos contagiados, los individuos partícipes de la duración de la pandemia, actores quietos e inquietos; nuestros cuerpos cuentan, se cuidan, cuidan a otros o caen rendidos de manera incontable.

El conteo de muertes y el goteo de contagios en un mapa virtual siempre actualizado permiten realizar un seguimiento indispensable para comprender la evolución y diseminación del virus, es cierto, pero también obligan

a asistir, si todavía vivos, a una suerte de agonía que lentamente va reemplazando nombres de cuerpos vivos por ingentes cantidades de muertes.

Es particular, además, por el renovado *papel de la ciencia*; una ciencia a la que la mayoría de los países ha desahuciado o entregado a manos privadas, y que ahora resurge como aquella entidad de lo real que estaría por decir la única verdad todavía desconocida: ¿cuándo acabará todo esto? Y mientras tanto, ¿qué debemos hacer? ¿Estaremos alguna vez a salvo? Y, ¿qué vendrá después de esta salvación puntual de lo viral?

Por último, su particularidad radica en volver a pensar, o pensar una vez más, o pensar distinto, la *presencia o la ausencia de Estado*, con todos los matices intermedios posibles. El Estado –la idea de Estado, la acción del Estado– ha regresado a la escena con renovado prestigio o repetido descaso. Como fuera, se trata en general de un Estado que venía siendo devastado o directamente abandonado a su precariedad, al que hasta hace poco se le ha infringido –o se ha infringido a sí mismo– todo el daño posible y que ahora, cuando todos le reclaman su parcela y su incumbencia, debería ser otro de sí mismo para reaccionar y actuar en consecuencia. O abandonarse y abandonarnos a la suerte de la cara o cruz, es decir, a la mala suerte.

2 /Disposición e indisposición de los cuerpos/

Los cuerpos color de herrumbre eran cargados en angarillas y esperaban bajo un cobertizo preparado con este fin. Los féretros se regaban con una solución antiséptica, se volvían a llevar al hospital y la operación recomenzaba tantas veces como era necesario (Camus, 2005).

A excepción de aquellos cuerpos que enferman, que decaen o mueren; de aquellos que permanecen en su refugio, en la quietud tensa e insostenible, inmóviles, absortos o apabullados, sin nada que hacer o sin querer hacer nada; de aquellos cuerpos que no son o no están a la vista y que prefieren sustraerse a cualquier acto o gesto público; a excepción, pues, de los cuerpos confinados o íntimos o que no transmiten en vivo su soledad, hay al alcance de la vista un ejército o un ballet o una comparsa de cuerpos singulares en movimiento que se muestran contorsionados, erráticos, artísticos, en una desnudez distinta o accesible, haciendo piruetas, ejercicios, distensiones, meditaciones, relajaciones, hablando de cuerpo a cuerpo, ofreciendo destrezas, técnicas milenarias o recién inventadas, sacudiéndose la modorra, impulsándose hacia atrás y hacia delante, saludables, expuestos, enseñantes de pago o de pura gratuidad.

El movimiento se ha hecho imprescindible para no quedarse ateridos como en una estepa nevada y, como no hay

dónde ir porque no se puede ir hacia ninguna parte, el desplazamiento toma la forma de un baile con uno mismo, desenfrenado, desinhibido, sin complejos.

El cuerpo se entrega a la música y allí se deja guiar por hilos ancestrales, desconocidos, en pos de parecerse a algo semejante a un grito, a una explosión de toda la implosión acumulada, tal vez para no permanecer ahogados en un mar sin fondo:

Tocábamos porque el océano es grande y da miedo, tocábamos para que la gente no notara el paso del tiempo y se olvidara de dónde estaba y de quién era. Tocábamos para hacer que bailaran, porque si bailas no puedes morir, y te sientes Dios (Baricco, 2015).

Los cuerpos asumen y resumen, aquí y ahora, las vagas propiedades de la implosión y de la explosión; en el preciso instante en que se ven amenazados por la lujuria invisible del virus, buscan tanto tenerse como sostenerse, atender y distraerse, aquietarse y alocarse, retraerse y desplegarse.

Unos cuerpos se abrazan a sí mismos y otros se alargan hacia los demás; unos se envuelven, se arrullan, se contienen, se apocan, se anidan y otros se explayan, se desanudan, se hacen exposición. Unos cuerpos leen, anotan en sus cuadernos frases sin destino, se desplazan apenas entre metros cuadrados de baños, cuartos y cocinas, se recuestan, retizan, sienten la poca respiración y la mucha intimidad; otros cuerpos vociferan, insisten más allá de sus metrajés, exigen de otros cuerpos la movilidad. Distintos cuerpos, distintos gestos. O el mismo cuerpo, en su múltiple gestualidad.

Mientras tanto, la corporación de consejeros mediáticos se reparte entre sus especialidades de opinión preferidas: unos se dirigen al entrenamiento y cuidado de un cuerpo sin mente, otros a la ejercitación de una mente sin cuerpo, y otros, todavía a la conservación de partes pequeñísimas del cuerpo –los ojos, la espalda, la memoria, el sueño– como si lograran construir o reconstruir la anhelada totalidad a partir de un despedazamiento, de una fragmentación.

Luego están los cuerpos-espejo, que ya estaban desde mucho antes; esos cuerpos que toman imágenes de sí y comparten sus gestos sueltos, aislados, planificados; el cuerpo-mensaje autorreferencial satisfecho o no de sí, que no dice nada a nadie –o que cree saber lo que dice y a quién se lo dice– y que espera impaciente que su texto incógnito sea descifrado por alguien en la masiva virtualidad, por algún otro cuerpo-imagen-espejo, en algún momento inmediato, en algún lugar de la red. Quizá lo que quieren decir es que con la presentación del cuerpo ya es suficiente, que no hay otra cosa que presentarse o representarse, que la imagen-cuerpo ya es por sí misma la totalidad del enunciado o, en todo caso, que el enunciado vendrá después –si es que vendrá–, a gusto o disgusto del observador ocasional.

(...)

Y entre todos los cuerpos, o al interior de un mismo cuerpo o de un instante de un mismo cuerpo, hay uno en particular que ha sido ponderado en estos extraños días dentro de ese discurso del *hacer ahora lo que no se hacía antes*: se trata del cuerpo que estudia y/o del cuerpo que lee, como si se tratara de un cuerpo antiguo que se despereza, que renace, una postura anacrónica que recobra vigencia, una oscuridad a la que cierto mundo *mejor* pretende iluminar, o desea restablecer, reposicionar, volver contemporánea.

La pintura titulada *Mebae (Despertar)* de Tetsuya Ishida, realizada en 1998, retrata una escena habitual, corriente: el interior de un colegio en donde algunos estudiantes, sentados en sus pupitres, miran hacia el frente, asistiendo a una lección del profesor, dueños o presos de una atención absoluta, con libros y cuadernos y lápices y bolígrafos entre sus manos. Aquello que llamará la atención es que al menos dos de los estudiantes han perdido su fisonomía humana y han adoptado, ellos mismos, la forma de microscopios.

La transformación –o la mutación– es impresionante y de por sí elocuente: esos dos estudiantes se han vuelto máquinas –una transformación que también muestra el artista japonés en los operarios de las fábricas, que mutan hacia un engranaje que no permite distinguir lo humano del artefacto o que los confunde de una vez–, transfigurando la idea de estudiar o de estudiante en una figura tortuosa y mortífera, despojada de cuerpo y, por así decirlo, de espíritu.

La imagen del estudiar, del estudiante, del lector es, en cierto modo, reconocible, precisa pero, por cierto, ha sufrido un largo proceso de transformación y quedó desteñida durante el tortuoso pasaje reciente de la vida estudianta y lectora a la vida expuesta a ambientes de aprendizaje solamente provechosos.

Si se recuperara esa imagen, podría verse lo siguiente: alguien de edad incierta, alguien del común, alguien que es cualquiera, se encuentra en medio de una sala o de una habitación estrecha, con una iluminación acentuada, cuyo foco –una lámpara pequeña, una vela– que apunta hacia un escritorio, se disemina quizá hacia un libro y hacia un cuaderno, junto con lápices o tinta, agua o café o té humeantes, sin que nada o nadie parezca interrumpir, cerca de una ventana entrecerrada, más allá una biblioteca, algunas ropas desperdigadas, y el resto de la escena nulo o ausente.

El así llamado o visto como estudiante, el individuo que estudia, está reconcentrado, absorto, suspendido en el tiempo, habitante de una interioridad que no se sabe bien qué es aunque existe, posada su mirada en detención sobre un fragmento de ardua comprensión, buscando alternativamente otros párrafos para dilucidar el anterior, o quizá con un gesto de estupor, intentando escudriñar si alguna palabra alrededor le ofrece los indicios necesarios para seguir adelante o debe volver atrás, una y otra vez, hasta

que su contracción le indique que su cuerpo ya está de nuevo en el presente del texto.

Quien estudia, aplicado en esa imagen, parece estar ausente y a la vez prestando una atención que desde fuera parece tensa, excesiva, como si el mundo o cierta parte del mismo hubiese dejado de existir y otro mundo o cierta porción de otro mundo se hiciera presente de un modo revelador o al menos esencial. Está preocupado solo por una razón a todas luces ínfima pero trascendental: dar una determinada forma a un asunto hasta aquí informe, alojarlo en su interior, saberlo en el sentido de su transformación en algún signo cuya intuición anterior era todavía parca o abismal, y envuelto en una atmósfera de lentitud, como si hubiera todo el tiempo por delante o el tiempo no existiese como tal, o fuese otro tiempo.

La iconografía del estudio, del estudiar y de quien estudia es bien conocida, insistentemente repetida en la historia de la filosofía y en las representaciones de las artes, y hasta hace poco no tenía rivalidad a la vista. Difícilmente se puedan encontrar imágenes disímiles a las que eran habituales, por la sencilla razón de que su sentido era identificable en su misma apariencia, bajo la forma de la actividad o tarea e incluso, en cierto modo, celebratorio o virtuoso.

Podría ser, sí, tildada de individualista, de cierto privilegio y hasta de ser una imagen de lo particular o de lo privado –confundiéndola tal vez con la privacidad–, pero incontestable en su fisonomía espacial y temporal: un individuo volcado corporalmente hacia un ejercicio –el de la lectura, de la escritura, de la atención, del pensamiento, de la voz baja– que se sustrae o se suspende o se distancia de otra ocupación inmediata, que desconoce las consecuencias utilitarias y futuras de su acto y que busca y rebusca una probable traslación hacia un mundo en principio ilimitado.

Algunas sutilezas pueden hallarse en medio de esta repetición de la imagen en cuestión, si se aprecia con atención las pinturas que ilustran la gestualidad tipificada del gesto de estudiar; por ejemplo en *Dama estudiando*, de Ethel Leach (1913); en *Tito estudiando*, de Rembrandt (1655); en *Agonía de la creación*, de Leonid Pasternak (s/f, primera mitad del siglo XX) o en *El lector en blanco*, de Jean-Louis Meissonier (1857) –por mencionar solo algunos ejemplos–; allí se advierte que en el ejercicio del estudiar una mano sostiene la cabeza y otra mano se aferra al objeto portante del texto o la escritura; la circunspección es evidente, la tensión también lo es, y no hay ninguna diferencia en los elementos que componen la ejercitación: es la mesa como apoyo, es el cuerpo como sostén, son los libros en tanto presencia del mundo, es la escritura como registro particular o singular, y es alguien –a quien no se ve, no puede verse– que ha indicado, señalado, sugerido, invitado a la lectura. En una versión de esta misma escena, menos juvenil y más niña: “El niño sigue sus trazas ya medio borradas.

Se tapa los oídos al leer; su libro descansa sobre la mesa, demasiado alta, y una de las manos está siempre encima de la página” (Benjamin, 2002).

La escena, así tipificada, está aliada a la detención del tiempo y a una configuración del espacio como retiro o refugio; a un ambiente de silencio y de poca luminosidad; a la soledad, el esfuerzo o el devaneo, emparentando de una forma nítida la idea de estudio con la de lectura, en una cierta sincronía con aquello que Hugo de San Víctor (2014) pensó como los movimientos espirituales del ejercicio de lector: *meditatio, circumspectio, soliloquium, ascentio* (meditación, circunspección, soliloquio, ascensión).

Didascalicon, de studio legendi —el tratado *Del arte de leer*— de Hugo de San Víctor (1096-1141) se configura como la primera didáctica de la lectura y el modo particular de hacerse práctica. Como bien se sabe, la expresión *didascalicon* proviene del griego y significa enseñanza o instrucción o, incluso, educación en términos más generales. Allí la lectura encuentra tres modos de aproximación, intrínsecamente vinculados: como el estudio individual o personal, como la exposición a la lectura y, en fin, como el proceso de aprender de esa lectura o de su exposición.

En el Libro III del *Didascalicon* hay varios fragmentos que vale la pena apreciar; de hecho, al recorrer sus apartados surge una idea de lectura enclavada en el centro de un entramado filosófico o bien de la ejercitación filosófica, como, por ejemplo, la meditación, la memoria, la disciplina, la humildad, la tranquilidad, el empeño por indagar, la parsimonia y el exilio.

En este contexto de desmoronamiento corporal, están de parabienes los partidarios del vínculo unívoco y absoluto entre educación y nuevas tecnologías, como única forma válida de transmisión en el reinado de las sociedades del aprendizaje y del conocimiento utilitario.

Las escuelas, los colegios y las universidades se han vaciado en sus espacios pero no en su febril actividad: todo se hace a distancia, como era de prever, sin olvidar que antes de la cuarentena buena parte de los sistemas educativos tendían a ello o deseaban hacerlo de una buena vez. La tecnoeducación ya había invadido las aulas en buena parte de las prácticas y el mercado había apostado decididamente por la creación de una posibilidad cierta de hacer de las instituciones de formación salas virtuales, salvo bellas y contadas excepciones.

Cuánto lo humano ya era en sí tecnología es algo que puede y debe discutirse, pero la invasión en estos tiempos críticos de recursos, formas, estrategias, diseños, herramientas, buenas prácticas (todos ellos afiliados a la idea de virtualidad) es una preocupación que resulta insoslayable.

¿Qué queda de los espacios físicos —de roce, de fricción, de gestualidad, de corporalidad en fin— en donde el enseñar y el aprender se sostenían en vínculos de olor y sabor? ¿Qué queda del educador que toma la palabra y la democratiza a

través de los sinuosos caminos de las miradas y las palabras de los estudiantes? ¿Qué queda de las formas conjuntas de hacer arte y artesanía, de tocar la tierra, de jugar, bajo la forma tiránica de la pantalla siempre-encendida?

Y, junto a esto, hay también la sensación de que, durante la pandemia, de lo que se trata en educación es de hacer *hacer*, de mantener ocupados a los niños y los jóvenes, de replicar horarios y rutinas. Como si pudiéramos reconcentrarnos en un mundo que está en aislamiento y olvidarnos de lo que nos angustia y conmueve.

Así vistas las cosas, así sintetizadas, es factible que la imagen de lo educativo quede completamente desdibujada, sea una suerte de parodia de sí misma, o bien ofrezca a algunos desapasionados por la formación la salida tan buscada a su propio hartazgo. Hay una confusión, deliberada o no, de medios y metas, de lo cerrado y lo abierto, del ejercicio y su posible trascendencia, de la tarea y del arte, del aprender “por medio de” a aprender “con alguien que”, de la conectividad y del contacto.

Hoy, ahora mismo, si hay una posibilidad en tanto potencia, es la del cuidado, la compañía, la conversación a propósito del mundo y de la vida, y la hospitalidad. No se trata de contenidos sino de continentes; no es una cuestión de formato sino de urgente presencia; no es un problema de estar-ocupados sino de estar-juntos, y no se trata de tareas, sino de lecturas.

Sin embargo, la época de la aceleración y de la urgencia, de la conectividad y la hiperproductividad, de la indiferenciación entre sueño y vigilia, del ser empresario o esclavo de sí hizo estragos al transformar o deformar, entre otras cosas, la imagen del estudiar y del leer por una muy distinta: la de tener que aprender y la de ser, uno mismo, el cerebro y el cancerbero de su propio ambiente de aprendizaje, en pos de asegurar el lucro y el éxito en la vida. Aprender de prisa, rápidamente, de modo agitado:

Nuestro siglo se ufana de ser el de la vida intensa y esa vida intensa no es sino una vida agitada, porque el signo de nuestro siglo es la carrera, y los más bellos descubrimientos de que se enorgullece no son descubrimientos de sabiduría, sino de velocidad (Leclercq, 2014).

La idea de escuela y de educación en cuarentena no ha podido, en líneas generales, vencer ese mandato oscuro del utilitarismo y, en casi todos los países, niñas, niños y jóvenes han sufrido los efectos de esa peculiar forma de desafiación del estudio y la lectura y de filiación con la labor: resolver tareas, sacar provecho, cumplir horarios, no perder el ritmo de los aprendizajes, ser evaluados constantemente.

El estudiar como ejercicio, la diferenciación radical entre estudiar y aprender, estudiar como cuidado del mundo y como cuidarse del mundo, estudiar como algo que parece haber sucumbido o haberse perdido, estudiar como refugio o como apartarse o como retiro —irse a estudiar—, estudiar

como atención a lo particular, estudiar como asombro o como estupor; la no finalidad o lo no productivo del estudiar, la filiación del estudiar con el leer, escribir, pensar y escuchar; la acción interminable del estudiar, el estudio como una orientación hacia el mundo –y no hacia el profesor o hacia el alumno, ni hacia la enseñanza o al aprendizaje–; la disposición de tiempo para el estudio y la relación ya mencionada un poco antes entre estudiar y el tiempo libre –pero no el trabajo–.

Sería interesante recuperar cierta idea de estudio a partir de sus significados griegos y latinos, quizá con el afán de hacer durar ciertos sentidos hoy desplazados por los lenguajes especializados, tecnocráticos o atrofiados de poder. Así, “escuela” proviene del griego *skholē*, que en sus orígenes connotaba, de hecho, tiempo libre o vacación, pero también descanso, ocio, paz, tranquilidad, suspensión, detención; el verbo que corresponde al sustantivo en cuestión denota también la acción de estar desocupado, ocioso, con disposición de tiempo o de tener tiempo o de estar libre, dedicarse o consagrar el tiempo.

La escuela, así, era el sitio donde las personas disponían de tiempo para la formación, liberadas de la urgencia y de la preocupación más coyuntural o inmediata de la vida. En asociación con estas expresiones, los términos “estudio” y “estudiar” provienen del latín, *studium*: afán, afición o empeño, pero además desvelo o afecto por algo, por alguien, una disposición espiritual y corporal realizada libremente.

La búsqueda etimológica hace surgir varias ideas sobre la afinidad entre el estudiar y la escuela: no aparece en ningún caso la asociación tan actual y estrecha con la tarea, el esfuerzo, el trabajo, y hasta sería impensable encontrar algún vínculo entre el gesto de estudiar y el de la ocupación en cuanto acción a disgusto –recordemos, pues, aquella máxima latina: “*Non estudio, sed officio*”, que alude a la contradicción flagrante entre la afición o afecto y el deber–. Pero tampoco supone la desvinculación absoluta entre el estudio y el empeño, en tanto el verbo *studeo* incluía la dedicación con afán a algo y una cierta forma de la disciplina –cuyo origen puede encontrarse en el verbo *disceo*, una expresión que incluye tintes y tonalidades de conocimiento, arte, ciencia–.

Y, tal como afirma Jan Masschelein, fue la idea de estudio la que permitió el desprendimiento del aprendizaje individual hacia una vida pedagógica común:

Y fue la noción de estudio la que más se usó para indicar la ‘vida pedagógica’ que se desarrolló dentro del espacio de estas asociaciones. Por lo tanto, estas asociaciones no se referían solo a prácticas de iniciación o socialización en grupos sociales, culturales, vocacionales o religiosos particulares y no se referían a actividades de aprendizaje individual. Las universidades eran una nueva forma de *scholē*, de estudio público colectivo (Masschelein, 2017).

Este modo de vivir o estilo de vida aludido procede de una particular relación entre las formas del tiempo liberado y ocupado, haciendo del estudio una acción que pone en juego o que evidencia atributos o virtudes desusadas a la vista de la época actual, a las que considera incluso enemigas para la materialización, ya no de un individuo aplicado al estudio, sino más bien abocado al éxito, a la autosuperación y la salvación personal.

Todos esos atributos evidencian la intensa discusión entre escuela, estudio y trabajo o, para decirlo más directamente, la voluntad aciaga de transformar y asimilar al estudiante a una figura excluyente y futura de ser-trabajador.

Pues ya no se estudiaría en los términos de un ejercicio y de una atención en espacios disponibles de tiempo libre, sino en virtud del desarrollo de habilidades y competencias, para adecuarse a las exigencias del mercado y, por lo tanto, la gratuidad, lo público y el desinterés dejarían paso al lucro, al beneficio y al productivismo.

Baste aquí recordar la conversación entre el profesor de historia y el director de estudios en la novela *El país de agua* de Graham Swift:

Me piden una enseñanza que tenga “relaciones prácticas y directas con el mundo actual”, dice el profesor, atribulado y cabizbajo, quizá buscando algo de complicidad o de consuelo con su director y amigo; pero la respuesta no proviene de la amistad sino de la institucionalidad: “Estoy de acuerdo con los que tienen el verdadero poder. Creo que hay que preparar a los chicos para el mundo real (...) Tenemos que enviar a estos chicos y chicas al mundo habiéndolos proporcionado conciencia de su utilidad, cierta capacidad para aplicar unos conocimientos prácticos, en lugar de un disparatado montón de informaciones inútiles” (Swift, 1992).

Fragmento del libro *Mientras respiramos*, de Carlos Skliar, Noveduc, 2020

BIBLIOGRAFÍA

- Baricco, A. (2015). *Novecento. La leyenda del pianista en el océano*. Barcelona: Anagrama, p. 14.
- Benjamin, W. (2002). *Dirección única*. Madrid: Alfaguara, p. 53.
- Camus, A. (2005). *La peste*. Barcelona: Edhasa, p. 219.
- De San Víctor, H. (2014). *Del arte de leer. Didascalicon, de studio legendi, el tratado de*. Traducción del latín José Manuel Villalaz. México: Colección diecisiete.

Leclercq, J. (2014). *Elogio de la pereza*. Madrid: RIALP, p. 13.

Masschelein, J. (2017). Some notes on the university as *Studium*: A place of collective public study. En C. Ruitenberg (ed.) *Reconceptualizing Study in Educational Discourse and Practice*. Londres, Nueva York: Routledge, pp. 40-53.

Roth, Ph. (2011). *Némesis*. Barcelona: Mondadori, p. 50.

Sloterdijk, P. (1993). *En el mismo barco. Ensayo sobre la hiperpolítica*. Madrid: Siruela, p. 83.

Swift, G. (1992). *El país de agua*. Barcelona: Anagrama, pp. 28-29.



Catálogo completo en línea
Compra con envíos nacionales e internacionales
Av. Corrientes 4345, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel. (54 11) 5278-2200 · contacto@noveduc.com



10%
de Descuento

para socios AASM Asociación Argentina
de Salud Mental en **Noveduc.com**

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

Un día a la vez: COVID-19 y la transformación de la subjetividad

**CARLOS
GUSTAVO MOTTA**

Posdoctorado de Ciencias Humanas y Sociales (Fac. de Filosofía y Letras, UBA). Dr. en Psicología (USAL). Prof. titular de Psicopatología (USAL). Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP), de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL) y de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM), donde preside el Capítulo de Psicoanálisis y Cine. Preside el Centro de Estudios Superiores en Psicoanálisis y Psiquiatría.

Para el psicoanálisis, no existen las leyes universales que permitan decir con certeza qué le sucederá a un sujeto en tal o cual coyuntura, pero sí un saber singular, el del caso clínico. Por eso Freud aconsejaba al profesional que olvidara todo lo que sabía antes de escuchar a un nuevo paciente. La relación del sujeto con el concepto de pulsión y en primer plano constituye una dimensión radicalmente ignorada por la ciencia, porque se encuentra al margen de su campo.

Ese desfase entre los dos discursos se aprehende cotidianamente en la práctica del psicoanalista, enfrentado a los efectos del discurso de la Medicina considerada como una técnica científica. Para esta, cuya función es curar, la pulsión de muerte está al margen del discurso, pero puede representar un obstáculo al deseo de sanar del sujeto, del que el psicoanálisis nos enseña a dudar. Es posible, incluso, que la Medicina se erija en cómplice ciega de la pulsión de muerte que habita a un sujeto. Este desfase estructural entre el discurso de la ciencia y el del psicoanálisis plantea problemas éticos al psicoanalista.

El sujeto mismo es real, “respuesta de lo real” y un virus es lo real.

Así como otra pandemia –la del VIH-sida– mostró y muestra a un mundo pleno de contradicciones que lo “atacado” por el virus fue la intimidad misma y la transfiguró en el uno por uno de una relación vinculante, el COVID-19 viralizó toda la trama comunitaria –la política, la social– desnudando de modo descarnado la realidad sanitaria y de carácter universal. Cuarentena o no, la ubicuidad del virus esparce un monto de angustia que prolonga un círculo vicioso en el que reina la incertidumbre y la certeza protectora solo se condensa en lavarse las manos con jabón y mantener distancia social. En la historia universal, el “lavarse las manos” solo significó desviar la mirada de las cosas que nos importan ante un nuevo real que posteriormente provoca un invento colectivo. En este caso, en un nuevo acto provocado por un virus. Un acontecimiento que nos lleva a pensar en un antes y en un después. Y una invención que señala un saber-hacer. Por ahora, un día a la vez.

¿De qué sirve pensar al COVID-19 si no es para considerar nuestro real en la experiencia analítica? ¿De qué sirve pensar “la nueva normalidad” a partir de la pandemia? Cuando todo esto pase, permanecerán en nuestra memoria imágenes

documentadas a lo largo de todo el mundo, muchas de ellas repetidas: violaciones cotidianas de la cuarentena; intentos de lo mismo una y otra vez; variantes farmacológicas de la cura médica; centros de aislamiento; prejuicios y más prejuicios de todo tipo; imbecilidades políticas. Y las opciones de “salud o economía”, que resultan conceptos solidarios al de “la bolsa o la vida”, al ejemplo del *Seminario 11*: “Si elijo la bolsa, pierdo ambas. Si elijo la vida, me queda la vida sin la bolsa, o sea, una vida cercenada”.

Es como si dieran a elegir “la libertad o la vida”.

Entonces, en el horizonte se encuentra el traumatismo, pero del modo que lo escribe Lacan, “*trop-matisme*”, donde *trop* en francés significa “demasiado”, “en exceso”. Y de esto se ha visto mucho en este malogrado tiempo de la pandemia.

El hombre moderno está dispuesto a todo para gozar, garantía de una respuesta del síntoma proyectado a un ámbito social. El encuentro con el goce es algo no previsto, es traumático y deja una marca.

La angustia posee una dimensión colectiva que resulta contagiosa. Es un afecto social (como la espera o el aburrimiento) en el que no se concibe al síntoma social sin las representaciones de la subjetividad.

La llamada “política del acordeón” se dinamiza en dos opciones que se conocen como mitigación (atenuación) y supresión (contención) y cinco niveles de acción posible: aislamiento de casos confirmados en el hogar; puesta en cuarentena de la familia; distanciamiento social de las personas mayores de 65 años; distancia extendida a la población en su conjunto; cierre de escuelas y universidades. Hasta la llegada de la vacuna, se convivirá en esta dinámica de liberar y cerrar y liberar y cerrar nuevamente, demostrando así que lo real resulta visible cuando se demuestra en la cotidianidad lo imposible de soportar.

Por ahora, un día a la vez, nos permitirá un buen modo de vivir colectivamente las insoportables limitaciones que garantizan un mal menor. La sugerencia para nuestra profesión es encontrar la forma de estar presente de un modo en el que la serenidad resulte guía para caminar en un terreno abrupto y áspero, indicador del llamado desierto de lo real, al que los psicoanalistas tantas veces nos vemos confrontados.

Anticipo de libro

El tercer tiempo en juego

ESTEBAN LEVIN

Lic. en Psicología. Psicomotricista. Psicoanalista. Prof. de Educación Física. Profesor invitado en universidades nacionales y extranjeras. Director de distintos cursos de formación en psicomotricidad, psicoanálisis, clínica con niños y trabajo interdisciplinario. Autor de una decena de libros y de artículos en publicaciones especializadas nacionales e internacionales.

Cuando un diagnóstico parasita

Durante la pandemia, en plena cuarentena, los papás de Tomás, angustiados y temerosos, me consultan. En la entrevista por videollamada, me cuentan que su hijo había sido diagnosticado como trastorno del espectro autista (TEA) y por eso estaban a punto de comenzar varios tratamientos (terapia ocupacional, psicología cognitiva comportamental, neurolingüística).

Por WhatsApp, me envían el lapidario diagnóstico recibido en la clínica: “Niño de tres años y seis meses, se le administraron técnicas de evaluación específicas que determinan que el paciente presenta alteraciones en la interacción social y comunicativa, patrones de comportamiento restringido y repetitivo”. A continuación, se enumeran los ítems evaluados, a saber: “No hace copia de modelo. Realiza imitación funcional pero no simbólica. Le cuesta sostener la dinámica de juego acorde a su edad. Mira juguetes de distintas perspectivas. A veces responde al nombre y otras no. Señala con el dedo índice. Retraso global. Necesita lo antes posible empezar los tratamientos intensivos. Las conductas son de un niño trastorno del espectro autista”.

El tremendo y siniestro informe es entregado a los adultos sin ningún tipo de contención ni contemplación. Sin duda, la certeza y conclusión diagnóstica desacredita, desaloja y bloquea cualquier infancia, deja a los padres y al niño en un estado de absoluta indefensión, desazón y sufrimiento.

Cabrían algunos interrogantes: ¿qué virus porta este informe diagnóstico? ¿Cómo infecta la vida y la comunidad de un niño, sus padres y su familia? Los diagnosticadores, ¿pueden transformar un trastorno en una epidemia? Un niño, ¿puede ser el irreversible huésped parasitario de un déficit, síndrome o espectro que lo nombra con la certeza del estigma?

“Debido a todo este problema del virus –relata, angustiada, la mamá–, no empezamos nada de lo que nos indicaron: terapia ocupacional, psicología cognitiva y tratamiento neurolingüístico. Ahora pasó el tiempo y queríamos que

lo vieras, para que nos des tu idea de lo que le pasa; queremos tu opinión...”.

Ante la demanda, sin conocer personalmente a Tomás, decido empezar una serie de entrevistas con los padres e intentar realizar un diagnóstico por videollamada. En las reuniones con los papás, ellos relatan la historia de estos años repletos de salidas, mudanzas, movimientos de lugares, traslados y situaciones “difíciles” debido a cuestiones laborales de ambos. Tomás los acompañó en todos los viajes. El padre aclara: “De aquí para allá, siempre venía con nosotros; por ese motivo, tampoco pudo hasta ahora hacer el jardín de infantes. Todavía no fue a la escuela y ese tema nos preocupa”.

Hace unos meses, se instalaron definitivamente en una casa amplia que pudieron comprar con mucho esfuerzo. Comentan que Tomás mira mucha televisión (algunos programas en particular) y que es difícil sacarlo de allí. Habla poco y solo cuando quiere. A veces juega a la pelota, con unos audífonos, algún superhéroe. “Es muy caprichoso y solo come dos o tres cosas –afirma la mamá–; no acepta más, se enoja, se niega y se va de la mesa. Yo le preparo de todo, pero si no le doy lo que él quiere, no come hasta lograr su objetivo. Todo tiene que ser rebozado, como a él le gusta, si no, lo deja”.

En estas primeras entrevistas, comenzamos a pensar con los papás en cómo generar otras experiencias de encuentro y juego con Tomás; cómo aprovechar este momento de cuarentena que los obliga a estar en la casa con él; cómo hacer del confinamiento otra escena, otro espejo para que el pequeño pueda ubicarse en una posición diferente y ellos adopten otra actitud frente a los rituales, repeticiones y demandas que él les hace.

La mamá reitera la gran dificultad del niño para comer... Estamos por terminar la entrevista y, por atrás, sigiloso, se asoma Tomás. Los papás me presentan, dicen: “Él es Esteban, te quiere conocer... estamos hablando con él de vos”. En ese momento, intuitivamente, tomo un títere, un tiburón;

alimentos diversos, de plástico (banana, tomate, salchicha, hamburguesa) y, frente al celular, despliego una escena en la que el terrible e insaciable tiburón pretende devorar la banana, la hamburguesa. Entablo una lucha con él, peleo por la comida. Tomás está atraído por la escena. Registro este gesto y continúo.

La enorme criatura marina me muerde la remera, la nariz, el pelo, la oreja. Tomás, atento a la pantalla, grita: “¡Tiburón... tiburón!”. Lo miro, en respuesta a su llamado, y exclamo: “Sí, es terrible el tiburón, ¡quiere comerse todo!”. La mirada pícaro, la gestualidad, la postura y la actitud dan cuenta de que está en la experiencia, observando a ver qué pasa y al tiburón, que no cesa en sus intentos. Finalmente, nos despedimos y quedamos en vernos en otro momento.

Unos días después, recibo un videíto de ellos tres cenando. Se ve a los padres, jugando con cucharas a modo de espadas. El papá choca la de la mamá, hace un sonido y cada uno de ellos se lleva luego la comida a la boca. Tomás espera el choque de cuchara, hace lo mismo que ellos, y en un instante come el raviol que contenía la suya. La imagen sorprende; los veo jugando a las espadas, a chocar y producir la sonoridad y comer la comida. También incorporan un muñeco del Hombre Araña (del que habíamos hablado en la entrevista): él también participa y hace de cuenta que come en el ritmo escénico que se construye a medida que juegan.

Cuando vuelvo a ver a Tomás en la siguiente sesión, está expectante, esperándose... Y grita, gozoso: “Esteban, tiburón... Esteban, tiburón”. Recreo la escena con el títere que le muestra los dientes, come fruta, verdura, hamburguesa. El animal vuelve a agarrarme el dedo, el pelo, la nariz; peleo con él, moviéndolo de tal manera que salta de mi mano y se esconde adentro de mi remera. “¡No puedo sacarlo!”. Se mueve por mi pecho, luego recorre mi espalda, hasta que puedo volver a tomarlo. Tomás ríe, hace gestos, exclama, sigue toda la secuencia escénica muy atentamente. Un entretiempo tercero se crea en ese instante, la dramática rítmica se despliega.

El tiburón se esconde; lo buscamos, Tomás y su papá se dirigen a la habitación del niño y traen un muñeco, el del Increíble Hulk. Desde mi mesa, tomo un títere del Hombre Araña y todos jugamos a tratar de encontrar al tiburón debajo de la silla, en la cocina, en el balcón. El papá afirma: “Tal vez vino a casa, vamos a ver si esta por acá”. Le da la mano a Tomás y salen al patio, en busca de la aventura con el temible pez.

La mamá sostiene el celular, participa y los sigue por los distintos lugares que recorren. Hace gestos, propone itinerarios y destinos, y sostiene el espejo-pantalla, que unifica el escenario. La sesión termina sin que podamos encontrarlo: los cuatro intentamos hallar al títere-tiburón que quiere masticar y comer de todo. Nos despedimos tras esa infructuosa búsqueda y queda en el aire la expectativa,

el suspenso por saber dónde se ha escondido, cuál es su guarida secreta.

Tomás a través de la pantalla

En los días posteriores, antes de la siguiente llamada, el papá me cuenta que Tomás pregunta insistentemente por Esteban y el tiburón. Decido enviarle un videíto en el que lucho en la mesa con el títere rebelde. La imagen refleja la disputa por un tomate, una zanahoria, una banana. Cuando le muestran esas imágenes al niño, la mamá me comenta que él no deja de mirarlas, se ríe y repite “Tiburón, tiburón”. Afirma: “Ya vio como veinte veces el video y ahora está esperando verte a vos. Busca el celular y señala, dice ‘Esteban’. Esto pasa mientras cena con nosotros, sin problemas”.

La intensidad de estas videollamadas continúa en las siguientes, cuando me hace ver la habitación, muñecos de superhéroes, juguetes. Con la mamá, me señalan una torta decorada con confites de colores, Tomi dice “tiburón” y se ríe. Luego, me muestran un videíto donde se ve al pequeño ayudando a cocinarla, junto a unos muñecos que lo acompañan.

En estas escenas con el niño, la participación de los padres ha sido esencial, en acto, no solo en las entrevistas que mantenemos con ellos: su hijo no es un síndrome o un TEA. Ahora juegan con él y se autorizan a recuperar el placer del deseo de la propia infancia, donándosela a Tomás. En el tercer tiempo, jugamos en la frontera siempre fértil entre lo posible y lo imposible, en ese borde indómito donde se manifiesta la plasticidad de un sujeto naciente.

En otra videollamada, Tomás me espera con unos anteojos especiales, enormes para su rostro: los señala. Me pongo los míos, jugamos a ponerlos y sacarlos. Las morisquetas van y vienen, los papás (que miran la escena) se incorporan a ella con sus respectivos anteojos. El juego consiste en hacer caras y gestos; busco lentes de sol y combino uno con el otro, mientras ellos, en medio de sonrisas, se intercambian los suyos. La experiencia gestual y rítmica potencia lo lúdico.

Desde este lado, exclamo: “Preparados... a la una... a las dos... ¡y a las tres!: hay que ponerse los anteojos del otro!”. La escena toma impulso, los padres comienzan a contar y Tomás dice “Tres” o grita “Ya”; así, jugamos los cuatro a intercambiar anteojos. El semblante se transforma, toma color, textura, brillo. Nos alejamos del mero hecho perceptivo, lo estéticamente dramático adquiere sentido en el sinsentido, en el entretiempo compartido.

La piel imaginaria de los rostros es otra en cada movimiento gestual; la imagen del cuerpo rompe la tristeza opaca y adquiere suspenso, intensidad para el cambio y la capacidad de reflejarse en la faz modificada del otro.

En la escena, los anteojos devienen objetos gestuales, pierden su dimensión óptica, sostienen el funcionamiento

ficcional, desbordan los ojos y claman por la mirada del otro que, en esos instantes, encarna el placer sensual del gesto deseante. De este modo, Tomás y sus papás salen de sí, del peso corporal, del siniestro contenido diagnóstico y entran al rostro del otro, en el que prima la experiencia relacional e identitaria.

La escena continúa con unos almohadones que nos ponemos en la cabeza; luego, sin avisar, de repente, alguien grita: “Ya”. En ese momento, debemos soltarlos y taparnos la cara con otros. Para ello, buscamos todas las almohadas y almohadones de la casa y la aventura tiene lugar cuando suena el “Ya”: ahí aparece lo caótico y chispeante, vuelan los almohadones, “como en una guerra”, alcanza a decir el papá, antes de recibir uno que Tomás tiró por el aire. De este lado, dramatizo la escena “peleando” con un maldito almohadón (un puf gigante) que, al ser tan grande, aplasta todo. En este intrépido escenario aparecen los personajes: el tiburón, el Increíble Hulk, el Hombre Araña, que también luchan y juegan.

Tomi trae los muñecos de los superhéroes, los incorpora a la escena, así como también a un “villano” junto a un dinosaurio maléfico. El papá lo encarna y, en esa dimensión, “se porta mal” (empuja, quiere molestar, desordena). En la complicidad, con un movimiento gestual, colocan una caja que se transforma en “la cárcel”. La mamá dice: “A los villanos los metemos acá, para que no se escapen”, mientras lo ejecuta, sostiene en su mano al Capitán América.

Cuando Tomi va a buscar otro juguete, aprovecho para proponerle a su madre que esconda a los malvados. Ella, disimuladamente, lo hace. Estamos jugando, en plena lucha, cuando Tomás nota que los villanos no están en la caja. Se detiene, mira al papá, a la pantalla, y dice “Esteban”. Respondo: “¡Uy, se escaparon!, ¡los muñecos se fugaron de la cárcel, tienen que encontrarlos!”. De allí en más, la experiencia transcurre en la aventura de hallar a los villanos, que están escondidos en algún lugar de la casa.

“Hay que localizar el escondite”, dice el papá, le da la mano a su hijo y comienzan a revisar las habitaciones, el

patio, el comedor... hasta que los encuentran en la bañera y vuelven a ponerlos en la caja. La experiencia escénica continúa, los malhechores hacen de las suyas y luego huyen; los papás, entusiasmados, vuelven a esconderlos, y la casa deviene guarida, laberinto, escondite que causa el deseo de Tomás y de los padres de jugar juntos, solo por el placer de hacerlo.

La experiencia con Tomi y sus papás se produce sin conocerlos personalmente; la intensidad y perplejidad de los gestos transmitidos pone en juego la esperanza de otra escena, que necesariamente implica perder la triste marca del diagnóstico, de la siniestra angustia repetida en la inmovilidad del sufrimiento, agudizado por el confinamiento al que obliga la pandemia. En la entretela de la pantalla, rompemos el escepticismo que horada lo infantil de la infancia. Renovamos la propia épica de la plasticidad, nos transformamos en tiburones, comidas, superhéroes, escondites, juguetes.

No miramos la experiencia desde la lejanía distante de quien observa, analiza, deduce o decodifica, sino que nos introducimos en ella; como podemos, atravesamos la pantalla, aventuramos la potencia del deseo que genera la demanda y despliega otro punto cardinal: la memoria del devenir. En ella, un niño, pese a todo, puede rebelarse a la fijeza del sufrimiento y arriesgarse, junto con sus padres, a la complicidad de otro destino, en tránsito, aún a recorrer, en la red entretejida por él.

La mamá comenta: “Tomás quiere hablar y jugar con el tiburón. Todas las noches, antes de cenar, me lo dice...”. Los acontecimientos, como las escenas en la infancia, exceden el cuerpo, pero no son sin él; en esta paradoja se inscriben las huellas en juego, entre la promesa, la herencia, la plasticidad y el porvenir.

Fragmento del libro *La niñez infectada. Juego, educación y clínica en tiempo de aislamiento*, de Esteban Levin, Colección Conjunciones, Noveduc, 2020

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es lo contemporáneo? En *Desnudez*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Blanchot, M. (2008). *La conversación infinita*. Madrid: Arena.
- Deleuze, G. (2017). *Francis Bacon, la lógica de la sensación*. Buenos Aires: Vagantes fabulae.
- Deleuze, G. (2018). *Cine III. Verdad y tiempo, potencias de lo falso*. Buenos Aires: Cactus.
- Derrida, J. (2016). *Psyché, invenciones del otro*. Buenos Aires: La cebra.
- Dufourmantelle, A. (2019). *Elogio del riesgo*. Buenos Aires: Nocturna.

- Foucault, M. (2019). *Historia de la sexualidad IV: Las confesiones de la carne*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Levin, E. (2018). *Autismos y espectros al acecho. La experiencia infantil en peligro de extinción*. Buenos Aires: Noveduc.
- Levin, E. (2020). *Las infancias y el tiempo. Clínica y diagnóstico en el país de Nunca Jamás*. Buenos Aires: Noveduc.
- Levin, E. (2020). *Pinochos, marionetas o niños de verdad*. Buenos Aires: Noveduc.
- Malabou, C. (2018). *Los nuevos heridos*. México: Paradiso.
- Nancy, J. L. y Van Reth, A. (2015). *El goce*. Madrid: Pasos perdidos.
- Quignard, P. (2015). *Abismos, último reino III*. Buenos Aires: Cuenco de plata.
- Serres, M. (2015). *El parásito*. Rosario: Co-lectora.

Las consecuencias psicoclínicas del aislamiento, el distanciamiento social y la cuarentena

DR. DANIEL H. SILVA

Doctor en Humanidades Médicas (Universidad de Buenos Aires). Académico titular de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Profesor regular de Medicina Legal y Deontología Médica (UBA).

Aproximación al concepto de pandemia

En los albores del vigésimo año del siglo XXI, el mundo tomó conocimiento de que algunas personas habían enfermado en China debido a un agente viral, que con posterioridad fue identificado como SARS-CoV2, responsable de la nueva dolencia: COVID-19¹, que habría tenido su origen en el mercado de venta de animales de Wuhan.

La afección produce un contexto clínico similar al de la gripe, con síntomas entre los que se incluyen fiebre, tos, disnea, mialgias y fatiga^{2,3}. Su curso es variable: fluctúa desde ser asintomático hasta producir neumonía, síndrome de dificultad respiratoria y falla multiorgánica, con gran nivel de contagiosidad y una mortalidad mayor en los adultos mayores o personas con enfermedades preexistentes, sin que exista un tratamiento específico hasta el momento.

Dos meses después, esta nueva enfermedad se había extendido casi a la totalidad del planeta y determinó que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declarara pandemia⁴. En términos epidemiológicos, se trata de “una epidemia que se extiende en distintos países y continentes. Durante una pandemia hay un alto grado de infectabilidad y un fácil traslado de la enfermedad de un sector geográfico a otro”.⁵ En el caso del COVID-19, esta es producida por un agente viral para el que la mayoría de los individuos aún no tiene inmunidad, pues se trata de una nueva entidad patógena.

La OMS recomendó “adoptar medidas drásticas y que se ataque en conjunto la proliferación del virus”, así como el “distanciamiento social”⁶, que se nos presenta como una estrategia para reducir el contacto cercano entre las personas y frenar la propagación del virus.

En nuestro país, el primer caso demostrado de COVID-19 se manifestó el 3 de marzo de 2020. Frente a ello y al incremento progresivo de los casos confirmados mediante tests específicos, el PEN dictó el decreto 297/2020.

El 20 de marzo de 2020 se aplicó el aislamiento social, preventivo y obligatorio hasta el 31 de ese mes, susceptible de ampliar su vigencia en función de la evolución y demás variables epidemiológicas.

Aislamiento, distanciamiento social y cuarentena

El aislamiento y la cuarentena son medidas restrictivas para proteger la salud, seguridad y bienestar de la población, que tienen como objetivo fundante prevenir, limitar y, en lo posible, evitar la transmisión de un agente infeccioso, de una biotoxina o de un químico liberado al medio ambiente.

El aislamiento se aplica a las personas que están cursando una enfermedad contagiosa, por lo que son separadas del resto de sus congéneres hasta que se considere que están fuera de la etapa de contagio.

Esta modalidad es usada en los hospitales, hoy en día, a fin de evitar que los pacientes infectados puedan transmitir a otros la enfermedad. Lo expresado no impide que, en función de su grado de compromiso general, las personas puedan recibir cuidados en sus casas o en instalaciones designadas a tal efecto.

Por “distanciamiento social” debe entenderse el distanciamiento físico, es decir, el respetar un espacio mínimo establecido por la autoridad sanitaria entre las personas fuera de su casa, en ambientes laborales o de transporte esencial.

Es un término extraño, admite Anne Schuchat⁷, directora adjunta principal del Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC), una de las agencias federales que promueve la práctica del distanciamiento social como una manera de ralentizar la propagación de la enfermedad causada por el nuevo coronavirus.

“Usualmente, cuando hablamos sobre salud y bienestar, enfatizamos la necesidad de estar juntos y conectarnos con la comunidad, la familia, los amigos y nuestros seres queridos. Pero en el distanciamiento social se trata de mantener espacio entre tú y otras personas”, según la propia expresión de la autora citada. No obstante lo señalado por Schuchat, es opinión del suscripto que podemos seguir manteniendo vínculos sociales de múltiples maneras y complejidades diversas, de acuerdo a las posibilidades de cada individuo y la estructura socioeconómica: desde el simple llamado telefónico al sofisticado uso de plataformas y otras herramientas de la web. Es por ello que el distanciamiento es físico y no debe considerarse de ninguna manera como psicosocial en sentido estricto.

Lo esencial es la separación física, la distancia corporal, pero de ninguna manera esto implica la pérdida de otros nexos de comunicabilidad psicosocial.

La cuarentena, en cambio, es una herramienta a utilizar con aquellas personas que han estado expuestas a una enfermedad contagiosa, pero que no están enfermas o que al menos no han evidenciado indicadores fehacientes de constatación diagnóstica. Estas son separadas de otras durante un período variable y lo más frecuente es que se mantengan en sus casas para evitar la posible propagación de enfermedades a otras personas. Es relevante destacar que las medidas restrictivas son de importancia vital frente al COVID-19.

La cuarentena suele ser vivida como una experiencia desagradable, ya que implica la separación de los seres queridos, con restricción de su libertad, incertidumbre acerca del futuro personal, hastío y aburrimiento. Estas consecuencias vivenciales, en ocasiones, pueden ser fuente de severos problemas en la dimensión psicológica del individuo. Una cuarentena es considerada exitosa dentro de un contexto de salud pública cuando podemos reducir a su mínima expresión los efectos deletéreos que pueden asociarse a ella.

Si bien en un principio se solicita a los individuos que su cuarentena sea voluntaria, en general se hace necesario el ejercicio del control social sanitario por parte de las autoridades competentes, mediante la aplicación de un protocolo de cumplimiento obligatorio respecto de las medidas restrictivas señaladas, para proteger así la salud de la población.

La pandemia como terreno fértil para la discriminación

Desde el punto de vista etimológico, el término “discriminación” proviene del latín y se refiere a un trato diferencial negativo y desigual hacia una persona, grupo o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, de sexo, de edad y/o de condición o situación física o mental, entre otros.

Como consecuencia de la pandemia por COVID-19, los recursos en salud –por cierto, limitados– han entrado en crisis y la misma se expresa a través de expresiones cargadas de estereotipos discriminatorios tanto por edad, como por clase social y/o por etnia. Estos, en muchos casos, se convierten en situaciones de violencia manifiesta, más allá de la verbal –de por sí reprochable– hacia las personas con algunas de las características mencionadas, a las que se responsabiliza de la trágica situación sanitaria. Históricamente, durante las epidemias se han profundizado las diferencias con todo lo considerado como la “otredad peligrosa”, responsable de los acontecimientos fatales.

Lamentablemente, en el siglo XXI continuamos viendo actos discriminatorios basados en prejuicios, ideas mágicas o un materialismo y pragmatismo extremos, como cuando asistimos al debate sobre a quién colocar un respirador o nos alejamos de aquel que se considera un caso sospechoso solamente porque usa barbijo.

Efectos desadaptativos sobre el psiquismo

Las personas en cuarentena/aislamiento habitualmente pueden presentar algunos indicadores que, sin que conformen en primera instancia un cuadro patológico definido, podrían ser las primeras señales que indicaran el inicio de una futura “tormenta” a nivel psicopatológico.

Es preciso señalar que para que los trastornos psicológicos/psiquiátricos se hagan evidentes no basta con la sola situación de aislamiento y/o cuarentena: estos requieren una personalidad predispuesta y con ciertas vulnerabilidades que le impidan tramitar esta concreta situación personal.

Como elementos indicadores de desadaptación pueden consignarse la propensión al agotamiento; el desapego ante lo que generaba interés en otro tiempo; la ansiedad frente a la avalancha de noticias referidas a la pandemia; irritabilidad; insomnio; poca concentración e indecisión.

La sensación de soledad y el grado objetivo de aislamiento social son factores de riesgo tan poderosos para la mortalidad como la hipertensión, el cigarrillo o los niveles de colesterol LDL elevados. El aislamiento social real y percibido está asociado con un mayor riesgo de mortalidad temprana (Holt-Lunstad, Smith, Baker et al., 2015).

Por otra parte, es bien sabido que la interacción con un “otro” actúa como organizador de nuestro proyecto diario, al igual que las rutinas que, sin darnos ya cuenta por haberse automatizado, nos permiten mantener un cierto orden mental.

Como sostiene Sergio Grosman, a las personas nos nutre la interacción social, las rutinas nos organizan y tenemos en alta estima a la libertad. “Los seres humanos somos cultura, interacción e intercambio. La limitación de estas actividades sociales nos produce un malestar que, según cada

persona, se va a manifestar de diferentes formas. Para algunos, como irritación, aburrimiento y ansiedad, y para otros, como falta de aire, sensación de encierro y molestias corporales”.⁸

La primera reacción: anoticiarse

Es sumamente frecuente que, al ser anoticiados de la obligación de cuarentena/aislamiento, surjan emociones displacenteras. Pero este estado emotivo se verá condicionado en función del posicionamiento social, económico y cultural de quien lo vivencia.

Como sostiene Helena Herràez, “Las personas con inseguridad laboral y escasos ingresos tienen muchos números (chances) de sufrir mayores niveles de estrés desde el primer momento”.⁹

La adaptación a una nueva forma de vida

La Sociedad Española de Psiquiatría sostiene que:

Aunque cada uno reacciona de modo distinto ante situaciones estresantes, una epidemia como la que padecemos implica el distanciamiento social, la cuarentena y el aislamiento, por lo que las personas pueden experimentar ansiedad, preocupación y miedo en relación a:

- Su propio estado de salud.
- El estado de la salud de otros a los que usted haya podido contagiar.
- La preocupación de que sus familiares y amigos tengan que hacer cuarentena como consecuencia de haber estado en contacto con usted.
- La experiencia de estar en autoobservación u observado por otros por síntomas y signos de haber contraído la infección.
- El tiempo que está restando a su trabajo por este proceso, con la consecuente pérdida de ingresos y de seguridad en el puesto laboral.
- La necesidad de tener que prever el abastecimiento de alimentos y cuidados médicos.
- La exigencia de atender a sus menores y familiares a cargo.
- La incertidumbre o frustración sobre cuánto tiempo durará esta situación.
- La soledad asociada con el sentimiento de haber sido excluido del mundo y de sus seres queridos.
- El malestar o rabia si piensa que ha sido contagiado por la negligencia de “otros”.
- La preocupación de ser posible vector y contagiar a otros, incluyendo a personas cercanas.
- El aburrimiento y frustración de no estar conectado a la rutina habitual de su vida.
- El mayor deseo de beber alcohol o consumir sustancias de abuso para afrontar esta situación.
- La aparición de síntomas depresivos como desesperanza, irritabilidad, cambios en el apetito o alteraciones del sueño (SEP, 2020).¹⁰

Aislamiento y daño psíquico

A partir de lo expresado en párrafos anteriores, no pueden soslayarse las consecuencias psicopatológicas de mayor entidad que pueden darse en contexto de una cuarentena/aislamiento y que constituyen una situación ubicable dentro del denominado “daño psíquico” por el Dr. Mariano Castex y por quien suscribe (en diversas publicaciones).

El daño psíquico al que nos hemos referido puede expresarse en distintas formaciones psicopatológicas, algunas de las cuales pueden tener severas implicancias tanto clínicas como psico-psiquiátrico-legales. Entre ellas, podemos destacar, de menor a mayor gravedad:

1. déficits de atención y conductas de extrema incertidumbre;
2. ansiedad social y crisis de intenso miedo;
3. ansiedad generalizada;
4. crisis de angustia y ataque de pánico;
5. trastorno de estrés agudo;
6. irritabilidad y pérdida del control de los impulsos;
7. trastornos y problemas en el ciclo sueño-vigilia;
8. incremento del consumo de tóxicos legales (alcohol);
9. episodios y trastornos depresivos;
10. trastorno por estrés postraumático;
11. episodios de descompensaciones psicóticas breves.

El juicio crítico influenciado por una fuerte carga afectiva: la catatimia

En primer lugar, la gran carga emocional y de sentimientos displacenteros genera una falla en la fase o etapa crítico-valorativa del juicio.

La afectividad es el engranaje que impulsa toda la vida psicológica del individuo y condiciona también otros ámbitos de la vida mental. Oscila entre dos polos, el placer y el displacer; en otras palabras, entre lo agradable y lo desagradable para el individuo.

El origen de la vida afectiva se encuentra emparentado con los instintos, teniendo ambos como base el fondo endotímico o núcleo instintivo-afectivo de la personalidad. Las esferas o áreas intelectual y volitiva de la misma siempre están condicionadas por la de la vida afectiva, pudiéndose considerar a esta última como el motor de la vida psicológica de un individuo (Silva, 2008).

Desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico, los estados afectivos pueden ser divididos en temple, emociones, pasiones y sentimientos.

A los movimientos afectivos muy intensos y de presentación brusca los llamamos emociones: estados afectivos que producen una imprevista y violenta perturbación del ánimo, como la ira, el pánico, el miedo, la ansiedad, el espanto, la sorpresa, etcétera.

La diferencia entre las emociones estrictas y los demás estados afectivos radica en que estos últimos se acompañan apenas por modificaciones somáticas, en tanto que en la emoción nunca falta la conmoción corporal (Silva, 2008). Hay emociones más simpaticótropas (como las agresivas y ansiosas) y otras más vagótropas (como las de terror). Esta descripción nos permite arribar a una definición más completa del término: "La emoción es un estado afectivo agudo reactivo, desencadenado por una vivencia y que tiene un correlato somático neurovegetativo".

Cuando un organismo se encuentra en una situación crítica de amenaza, peligro, agresión o restricción de su libertad, responde con un acopio de energía (que no es otra cosa que emoción), que luego se libera bajo la forma de acción.

Si el estímulo es muy intenso, este acopio de energía también lo es y puede entonces no encontrar un escape suficiente por las vías normales de expresión.

Para Cabello (1981), entonces, la emoción es "acumulación de energía psíquica que promueve una descarga".

Recordemos que el juicio se ubica dentro de las funciones psíquicas del área intelectual de la personalidad y podemos definirlo de manera sucinta como la actividad psíquica que "efectúa una síntesis mental que nos permite llegar a una conclusión extraída de la relación y comparación de las ideas o conocimientos" (Betta, 1981). Es un elemento esencial en la elaboración del pensamiento, "el filtro que confronta y depura los conocimientos para que este sea la expresión fiel del deseo, de la intención y del saber de la personalidad". Cuando la persona está sometida a una inundación de emociones habitualmente displacenteras, la etapa crítico-valorativa del juicio se interfiere, volviéndose tendenciosa en virtud de la carga afectiva que lo impregna. Esta situación de naturaleza catatímica lleva al individuo a efectuar una apreciación subjetiva y deformada de la realidad, así como de todas las elaboraciones mentales. Sin ser temerarios en nuestras afirmaciones, podemos sostener que la afectividad exaltada lleva a falsear nuestras elaboraciones mentales.

El juicio se ve inhibido para una correcta comparación y ponderación de nuestros actos, que adolecerán de falta de solidez y veracidad, y llevarán a la persona a graves errores, como ejecutora de una conducta disvaliosa o como víctima de la de un tercero.

Estrés agudo y postraumático en la cuarentena/aislamiento

El estrés agudo es un cuadro psicopatológico en el que la persona padece la situación traumática por un lapso limitado, pero de forma abrupta. Se caracteriza por ser un cuadro de ansiedad súbita, como respuesta a la exposición de una varias situaciones altamente estresantes, en las que

pueden estar en riesgo la integridad física y la salud, ya sea del propio individuo o la de otros, con evidente conmoción psicocorporal.

Sus síntomas aparecen a los pocos minutos del suceso traumático y remiten con un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas.

De la misma manera, en el trastorno de estrés postraumático pueden revivirse experiencias traumáticas previas. Son de destacar los sentimientos de culpa por lo ocurrido y por no considerarse merecedores de haber quedado indemnes, a diferencia de otras personas que sufrieron diferentes daños.

El trastorno de estrés agudo frecuentemente desemboca en un trastorno de estrés postraumático (crónico), de no mediar la asistencia especializada debida.

Tanto en el estrés agudo como en el postraumático se presenta un contexto sintomático que puede resumirse en:

- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. En nuestro caso, la pandemia y sus consecuencias.
- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma, tales como ver tv o leer periódicos que hagan referencia a la situación sanitaria.
- Reducción importante del interés o de la participación en actividades sociales o laborales.
- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- Sensación de un futuro desolador, pudiendo ejercer acciones de autoagresión y/o heteroagresión.
- Dificultad para conciliar o mantener el sueño, lo que favorece el consumo de alcohol y ansiolíticos.
- Irritabilidad o crisis de ira. En este punto, debemos detenernos porque puede dar lugar a episodios de violencia intrafamiliar tanto contra la pareja, los hijos y otros mayores convivientes, incluso sin antecedentes de conductas disruptivas previas.
- Dificultad para concentrarse, lo que hace que el individuo no logre un nivel de competencia adecuado en el momento de una toma de decisiones.
- Respuestas exageradas de sobresalto que, en ocasiones, pasan al acto en forma violenta.

Depresión, suicidio y aislamiento

La OMS ha sostenido largamente que "Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio". La afirmación es técnicamente muy adecuada frente a este tipo de conducta humana por la amplitud de las motivaciones que llevan a su realización.

Entre los elementos que se incluyen dentro de las causales, claramente se consigna a la depresión y, como ya se mencionado en este artículo, esta es una eventual psicopatología, presente en el aislamiento por la pandemia. La pregunta que inmediatamente surge es cómo sería esa relación de causalidad o al menos de concausalidad. La respuesta trasciende al campo de la psicopatología y podríamos adentrarnos en cuestiones filosóficas que exceden el marco del presente trabajo, pero no pueden soslayarse dos vivencias cargadas de emociones de displacer, como son el miedo intenso (sea ante la posibilidad de grave afectación de la salud y su consecuencia fatal) y el cuestionamiento (habitualmente ausente en personas jóvenes) de la idea de finitud.

Ya se ha comprobado con otras afecciones (como el cáncer, las enfermedades neurodegenerativas, la infección por VIH) que había pacientes que con adecuados tratamientos tenían una evolución desfavorable o incluso ominosa, mientras que otros, con mayor capacidad adaptativa, llevaban su patología con buena calidad de vida y por años. Es aquí en donde vemos el vínculo entre el estado de ánimo y el sistema inmunológico. El estado de ánimo influye indirectamente en la regulación del sistema hormonal e inmune; este es un hecho reconocido desde hace años.

La depresión, con su conjunto de sentimientos displacenteros (pero, fundamentalmente, con el sentimiento de desesperanza frente a la adquisición de la noción de finitud de la vida dentro del contexto de una pandemia, en donde en general se enumeran víctimas fatales y pocas veces se dan las cifras de los que sobreviven o superan la enfermedad), sin duda puede considerarse como una causal de significación del acto suicida.

Aislamiento y episodios psicóticos breves

El curso del trastorno psicótico breve tiene por lo general una duración inferior a un mes y para su desarrollo requiere una especial vulnerabilidad psíquica en el paciente. Con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, la mayor parte de los casos evoluciona favorablemente sin llegar a otros cuadros más graves y crónicos.

Con frecuencia, los síntomas están cargados de fenómenos de tipo muy llamativo para un tercero, ya que las alucinaciones y los delirios surgen cuando el enfermo trata de darles una explicación, y se relacionan de modo temático con las circunstancias que precipitaron su aparición. Se debe considerar como elemento esencial la desviación del juicio, función psíquica a la que ya hemos hecho referencia en párrafos anteriores.

Puede considerarse que el rol del factor desencadenante es esencial, ya que precipita sobre una personalidad vulnerable, todo lo cual favorece su producción y manifestaciones clínicas.

Cuadro de situación

1. Desde el 20 de marzo de 2020 se aplicó en el territorio nacional el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), como consecuencia de la pandemia COVID-19.
2. Siguiendo las sugerencias de la OMS, se han adoptado medidas drásticas para impedir la proliferación y circulación del virus, tales como el distanciamiento social, que se nos presenta como una estrategia para aplanar la curva del desarrollo de la epidemia.
3. Si bien el distanciamiento social es esencial para efectuar las acciones de contención y evitar la diseminación viral, de no estar controlado puede constituirse en un factor que genere severos problemas en la dimensión psíquica de la persona humana. Es por ello que debemos incorporar en nuestro repertorio conceptual que el distanciamiento social no implica la pérdida de nuestros vínculos; solo busca el no contacto físico. Podemos seguir manteniendo relaciones sociales de múltiples maneras y complejidades diversas, de acuerdo a nuestras posibilidades, como fuera expresado.
4. Como cada ser humano es único e irrepetible, sus reacciones estarán determinadas por dicha singularidad; frente a una situación estresante como una epidemia y su consecuencia social (como el distanciamiento, la cuarentena y el aislamiento), las personas pueden experimentar conductas desadaptadas e incluso llegar a cuadros de mayor entidad psicopatológica.
5. Como indicadores de mayor compromiso del psiquismo y de riesgo psicológico, puede señalarse el aumento del deseo de beber alcohol o consumir sustancias de abuso para afrontar esta situación, además de la aparición de síntomas depresivos como desesperanza, irritabilidad, cambios en el apetito o alteraciones del sueño e incluso verdaderos episodios psicóticos breves.
6. Para superar los efectos negativos de la cuarentena y el aislamiento es esencial desarrollar mecanismos psicológicos de resiliencia y de adaptación a la nueva posición de cada ser en el mundo.
7. Se hace necesario ilustrar a la población sobre las características de la pandemia y su evolución, así como evitar la circulación de información falsa, sobre todo por los medios de comunicación y redes sociales. Los rumores y mentiras sobre el virus o respecto de los distintos colectivos (ancianos, sujetos vulnerables, personas extranjeras) forman la raíz de la discriminación, que me permito llamar "el virus del estigma y la segregación".

NOTAS

1. Acrónimo de *Coronavirus Disease 2019*.
2. Centro europeo para la prevención y control de enfermedades (ECDC), 09-02-2020 *Q & A on novel coronavirus*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/questions-answers>
3. Australian Government Department of Health, 21-01-2020. *Novel coronavirus* (2019-nCoV).
4. Pandemia, según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE, 2014) es la afectación de una enfermedad infecciosa de los humanos a lo largo de un área geográficamente extensa. El vocablo procede del griego *πανδημία*, de *παν* (pan, todo) y de *δήμος* (*demós*, pueblo), expresión que significa "reunión de todo un pueblo"
5. <https://bit.ly/3f88pvN>
6. <https://bit.ly/2WYco7Q>
7. <https://bit.ly/39tL4Dy>

8. <https://bit.ly/3g9x6JS>
9. <https://bit.ly/3hFheyV>
10. <https://bit.ly/3fc1yRX>
11. <https://bit.ly/32UNvxS>

BIBLIOGRAFÍA

- Betta, J. C. (1981). *Manual de Psiquiatría*. Buenos Aires: Centro Editor Argentino, p. 113.
- Cabello, V. P. (1981). *Psiquiatría forense en el Derecho Penal*. Tomo II B, capXXXIV. Buenos Aires: Hammurabi.
- Holt-Lunstad, J.; Smith T. B.; Baker, M. et al. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality. En *A Meta-Analytic Review. Perspectives on Psychological Science*, Vol. 10(2), pp. 227-237.
- Silva, D. H. (2008). Emoción violenta e emoción inconciencia. En J. A. Patitó, *Manual de Medicina Legal*. Buenos Aires: Akadia, pp. 228-231.

Próximas actividades científicas de la AASM

CURSOS DEL SEGUNDO SEMESTRE

AGOSTO

- **Clínica y política II: el lugar del trabajo en el discurso capitalista**
Dirección: Dra. Elena Bisso | Inicio: 3 de agosto 2020
- **Nuevas consideraciones acerca de lo traumático: 'Lo disruptivo en tiempos de pandemia'.**
Inicio: 3 de agosto 2020
- **Mujeres y madres**
Dirección: Edit Beatriz Tendlarz | Inicio: 3 de agosto 2020
- **Nuevas maternidades y paternidades**
Dirección: Edit Beatriz Tendlarz | Inicio: 3 de agosto 2020
- **Psicofarmacología clínica orientado a profesionales de la Salud Mental**
Dirección: Lic. Gustavo Fernando Bertran, Dr. Román Rolando Leone | Inicio: 3 de agosto 2020
- **Violencia institucional: bullying y mobbing**
Dirección: Dra. Elena Stein-Sparvieri y Lic. Ángeles Aparain | Inicio: 4 de agosto 2020
- **Taller y Psicosemiología Pericial en Psiquiatría, Psicología y Psicopatología Forense**
Dirección: Daniel Silva | Inicio: 5 de agosto 2020
- **Desafíos de la clínica**
Dirección: Monica Ana Simari | Inicio: 7 de agosto 2020
- **"Acerca de la adopción". Repensando las prácticas en las distintas instituciones de la sociedad desde una mirada interdisciplinaria**
Dirección: Carolina Leticia Recalde | Inicio: 7 de agosto 2020
- **Incidencias clínicas de la carencia paterna. ¿Cómo se analiza hoy?**
Dirección: Marcela Ana Negro y Gerardo Battista | Inicio: 10 de agosto 2020
- **Puntuaciones en la clínica con pareja y familia**
Dirección: Monica Ana Simari | Inicio: 10 de agosto 2020

- **El impacto psicoemocional de la violencia obstétrica**
Dirección: Lic. Natalia Liguori y Lic. Mariela Cacciola | Inicio: 13 de agosto 2020
- **Familia y discapacidad**
Dirección: Monica Ana Simari | Inicio: 14 de agosto 2020
- **Curso de ética en investigación**
Dirección: Prof. Dra. Beatriz Kennel | Inicio: 17 de agosto 2020
- **Salud mental comunitaria: Un enfoque de derechos**
Dirección: Abog. Gabriela L. Robles, Prof. Lic. Sofía Jáuregui | Inicio: 18 de agosto 2020

SEPTIEMBRE

- **Entre cuerpo y palabra/entre arte y psicoanálisis**
Dirección: Lic. Silvia J. Weitzman | Inicio: 4 de septiembre 2020
- **Temor a la exposición en público: consecuencias en la vida personal y profesional**
Dirección: Lic. Gabriela Salerno | Inicio: 4 de septiembre 2020
- **Género, transgénero y psicoanálisis**
Dirección: Edit Tendlarz | Inicio: 7 de septiembre 2020
- **Lo traumático. Del trauma, a la palabra...**
Dirección: Lic. Gabriela Neira | Inicio: 14 de septiembre 2020
- **La violencia masculina en la pareja. Prevención y asistencia**
Dirección: Lic. Aníbal Eduardo Muzzín | Inicio: 16 de septiembre 2020

NOVIEMBRE

- **Curso Género, transgénero y psicoanálisis. Parte II**
Dirección: Edit Tendlarz | Inicio: 2 de noviembre 2020

MÁS INFORMACIÓN en www.aasm.org.ar o telefónicamente al (54) 11-2000-6824 y al (54) 11-4978-7601 o vía e-mail a administracion@aasm.org.ar

Vulnerabilidad e incertidumbre por COVID-19. Coordinadas a procesar para la estabilización psíquica

La cuestión es saber cuál será la palabra maestra (clave), eso es todo. Lewis Carroll (1865).

En análisis, la responsabilidad no es simple: el analista no tiene solamente una responsabilidad hacia su paciente, la tiene también hacia sí mismo, hacia el psicoanálisis y la comunidad analítica. Margaret Little (1957).

El fracaso y el desvalimiento como ejes constructivos de un proceso mortífero no pueden desconocerse pero, siendo la estructura social el pilar de la solidez y armazón social, de ser cuestionada en sus bases, interpela –y acelera– la reconstrucción que de esta pudiéramos hacer en conjunto.

Para eso debiéramos considerar antes la noción de “proceso vital” generada en el psiquismo, que es propio de cada ser humano y avanza (o se detiene) según las condiciones de su entorno. Si en ese proceso el psiquismo halla un monto de adversidad mayor que el que puede enfrentar con los mecanismos de defensa incorporados, el ser humano recibe un impacto que intenta metabolizar y que pasa a constituir un aprendizaje fortalecedor para adversidades futuras, pero que no será sin consecuencias.

Si durante ese proceso de metabolización el psiquismo no alcanza a metabolizar-comprender, o si no es auxiliado para ello por el entorno, presentará la llamada “lesión psíquica”: algo que no ha procesado y no se ha convertido en una cicatriz.

Freud solía decir (en especial al referirse a la muerte de su hija Sophie) que el duelo se inicia cuando la persona puede hacer un “registro de pérdida”. Hasta entonces habrá una instancia anterior que, en el caso de las pérdidas por suicidio próximo, llamaré “afectación”.

Esta lesión suele reactivarse en toda instancia posterior en que haya una nueva adversidad a sortear y, en especial, si esta posee características similares a la anterior, generando un dolor psíquico difícil de afrontar, con cualidades visibles y no visibles de alteración desmedida y que no siempre será consciente para la persona u otras cercanas. Suele ser complejo de describir para quien lo padece; desconcierta y eleva el monto de ansiedad individual y colectiva.

Entornos y eventos disruptivos

El trauma es psíquico; es erróneo hablar de “eventos traumáticos” porque ellos no lo son: son disruptivos. El COVID-19

es un evento disruptivo que se convirtió en un entorno con alta potencialidad de disrupción debido a la extensión en el tiempo y la situación global que implica. Hace a que cada individuo deba contar con personas de su entorno que también están pasando por la misma situación de pandemia.

“Lo disruptivo” es un concepto consensuado en la última década (Benyakar, 2006), especialmente ante la dificultad para categorizar y discriminar situaciones de la vida que escapan a lo cotidiano. Un hecho disruptivo “irrumpe” y “rompe” la cotidianidad; no se espera, es “impensable”.

Hay hechos impensables *per se*, por sí mismos, porque no se los aguarda, aun cuando los seres humanos sepamos que van a ocurrir en algún momento (enfermedades, cambios de vida, etcétera). Estos son eventos disruptivos que requieren de las personas una capacidad para sobreponerse y actuar sobre ellos con el fin de reducir el malestar que puedan causar. Podríamos decir que los eventos pueden distinguirse en eventos de mínimo, de mediano o de alto potencial disruptivo. Frente a estos distintos grados de disrupción, las personas reaccionan de diversa forma según sea su capacidad de comprender la dimensión y alcance del evento. Por ejemplo, con impacto mínimo, medio o alto. Un evento puede tener un mínimo potencial disruptivo y causar un alto impacto cuando el individuo no cuenta con mecanismos de defensa apropiados (o recursos de afrontamiento). Pero otra persona, frente a un evento de alto potencial disruptivo, reacciona con un impacto medio (e incluso mínimo), porque está preparada y hasta puede anticiparse a los hechos que se avecinan durante el evento o con posterioridad al mismo.

Esto es importante para discriminar por qué frente a un mismo suceso algunas personas reaccionan mejor y otras peor. El grado de vulnerabilidad de cada una de ellas está determinado por cuánto ha madurado sus recursos y se ha preparado progresivamente para afrontar adversidades de vida. Las personas que además de reaccionar adecuadamente frente a un evento altamente disruptivo pueden transmitir a otros sus recursos, aceptando que cada cual construye los suyos y recrea formas diversas de mitigar el dolor, son aquellas que están en mejores condiciones de colaborar en el trabajo de redes. Quienes, creyendo afrontar adecuadamente adversidades potencialmente altas, se erigen como líderes para un proceso fijo y pautado para todos, son usualmente líderes negativos para su comunidad. Estos

DRA. DIANA ALTAVILLA

Psicóloga. Psicoanalista. Doctora en Psicología (USAL). Presidente y cofundadora del Capítulo Suicidio y prevención: consecuencias clínicas y sociales (AASM). Presidente Sección Suicidio y autolesiones (WFMH). Grupo de investigación Lo disruptivo y el psicoanálisis (Doctorado en Psicología, USAL). UNESCO Chairs of Bioethics.

conceptos implican diferenciar entre vivencia disruptiva y entorno disruptivo, comprender los eventos definidos como SPT o EPT (estrés postraumático) ante cualquier situación en la que un hecho se presenta de un modo significativo. En esta concepción (que ya pierde hegemonía a nivel mundial), el estrés (las alteraciones psíquicas producto del agotamiento frente a la adversidad) sería una consecuencia del trauma. En este nuevo modelo, se considera a la situación como el conjunto de signos que evidencian el aumento de la ansiedad luego de eventos complejos para el psiquismo (SAD o síndrome de ansiedad por disrupción). Importará más cuál es en cada persona el efecto de un hecho fortuito del que se entera en forma repentina.

Es por esto que las adversidades debieran ser afrontadas, comprendidas y metabolizadas al mismo tiempo en que ocurren, y no quedar postergadas durante meses o años, hasta que otros elementos las “despierten”. Es clave afrontar el impacto de un hecho extremadamente doloroso desde el momento en que se produce, en forma progresiva y cuidadosa, para descubrir y propiciar modos sanos de fortalecerse en el futuro. Negar la situación (o que la comunidad niegue los hechos silenciándolos) genera dificultades para que puedan ser metabolizados en el futuro. Y en esta pandemia por COVID-19, tendrá una significativa implicancia si, además de la situación general de incertidumbre y vulnerabilidad, las personas sufren por mayor riesgo en su medio (un contagio próximo) y más aún si se produjeron fallecimientos de personas de su entorno afectivo, incluso sin que hayan podido realizar un rito funerario adecuado. Estas situaciones suelen ser descritas luego como “depresiones larvadas”, por permanecer adormecidas en el psiquismo y no aportar un crecimiento adecuado al desarrollo personal.

El aprendizaje progresivo de mecanismos de defensa adecuados será el oportuno medio por el que las personas pasan de niños a jóvenes y de jóvenes a adultos maduros. El entorno familiar (a veces, poder contar con una persona madura que se constituya como modelo de recursos psíquicos de afrontamiento del niño) o el escolar (en especial, el de la primera infancia) serán el “armazón” con el que cuentan para la vida. Cada vez que surjan situaciones extremas, este sostendrá al sujeto niño, al adolescente o al joven para que descubra dentro de sí sus posibilidades como sujeto independiente y sea consciente de ellas.

Por eso, quienes trabajamos en problemáticas de emergencia remarcamos que las mejores personas para cuidar y consolidar una red de apoyo y liderazgo dentro de un colectivo social serán aquellas del entorno que no solo tienen una proximidad afectiva con el sujeto, sino que cuentan con la solidez de mostrar plasticidad psíquica (capacidad de adaptación), valores culturales adecuados (de inserción social) y sentido de comunicación efectivo (capacidad para transmitir de diversas formas sus pensamientos y reflexiones). Así mejorarán los modos de vin-

culación de los sujetos, estableciéndose nuevos, diversos y adecuados lineamientos y proyectos de vida entre las personas y las comunidades, y se reducirán los factores de riesgo de presentar sintomatología, deterioro psíquico y/o dificultades para mantener vínculos afectivos apropiados. Minimizar las llamadas de atención bajo las diversas formas de conductas de riesgo (agobio, tristeza extrema, indiferencia generalizada) puede postergar una adecuada intervención precautoria de aparición de trastornos con conductas extremas, de peligro e incluso de avances de procesos de suicidio. Muchas veces contamos con recursos limitados, en especial frente a la necesidad de internación y/o atención de emergencia, pero es indispensable construirlos. Acciones mínimas traen aparejados beneficios impensables, cuando pensamos y hacemos en conjunto y en forma de redes saludables.

Es imprescindible que los profesionales sepan trabajar en forma de redes. Si uno que es excelente no sabe o no desea hacerlo de ese modo, su eficacia se reduce drásticamente. En estos casos (como también en los de la violencia, el abuso y maltrato, etc.), es preciso armar equipos (aun cuando no estén presentes físicamente) que consideren el trabajo, la información y los pronósticos como herramientas de descubrimiento de una problemática que, con diferentes aristas, converge en algunos ejes que deben encontrarse a partir de la labor en común.

Pensar en equipo, aun trabajando individualmente

No nos referimos a que los profesionales sepan trabajar “con” grupos, sino “en forma de” grupo, dado que es prioritario comprender a los sujetos, en lo individual como en lo dinámico y colectivo. Si queremos capacitar en localidades a los equipos de trabajo futuros, no solo debemos dejar conocimientos sobre el tema, sino el aprendizaje práctico para trabajar en red desde el momento de la finalización de la primera capacitación. También es prioritario abordar el desgaste profesional, para compartir desde el inicio las dificultades propias de la labor con patologías de riesgo, y efectuar una permanente revisión de lo actuado, con el objeto de catalogar las acciones y reconducir los errores hacia otras más adecuadas, etcétera. Deben considerarse cuáles son las estrategias a modificar y cuáles son aquellas a realizar en base a la prevención, postvención y promoción de la salud mental. Pensar en equipo, reconstruirse uno por uno.

BIBLIOGRAFÍA

Benyakar, M. (2006). *Lo traumático y lo disruptivo*. Buenos Aires: Biblos.

Little, M. (1957). 'R'- the Analyst's Total Response to his Patient's Needs. En *The International Journal of Psychoanalysis*, 38, pp. 240-254. <https://www.sauval.com/angustia/MLittleRT.pdf>

Información institucional

XIII Congreso Argentino de Salud Mental 2020 (El virus no nos paralizó)

A pesar de la emergencia sanitaria provocada por la pandemia de coronavirus, la Asociación Argentina de Salud de Salud Mental ha decidido NO SUSPENDER el XIII Congreso Argentino de Salud Mental. El mismo se llevará a cabo del 6 al 10 de octubre de 2020 en la plataforma virtual de la AASM. Por lo tanto, este congreso será un acontecimiento histórico para el campo de la salud mental.

La Asociación Argentina de Salud Mental vuelve a integrar el Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental

Informamos que por Resolución 2/2020 del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental 26657, la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) ha sido electa por unanimidad para integrar el Órgano de Revisión por los próximos dos años, representando a los profesionales y trabajadores del campo de la Salud Mental. Quienes integramos la AASM nos alegramos de que se haya reconocido el trabajo que venimos realizando desde la misma fundación de nuestra institución, cuyo objetivo principal no es más que trabajar muy duro para lograr que los usuarios del sistema de Salud Mental tengan los mismos derechos que el resto del sistema de salud.

Felicitamos a las otras dos instituciones electas: el CELS (por instituciones de derechos humanos) y Una Movida de Locos (Por organizaciones de usuarios y familiares). También saludamos a las otras instituciones candidatas, que, aunque no hayan sido electas, han expresado su total apoyo a los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental (requisito indispensable para presentar su candidatura).

Nos comprometemos a escuchar a cada integrante del campo de la salud mental para llevar a los plenarios cada tema, denuncia o situación que implique la violación de la Ley de Salud Mental, especialmente cuando se relacione con los derechos de los usuarios.

Congreso Mundial de Salud Mundial

Del 8 al 11 de noviembre de 2019 se llevó a cabo el Congreso Mundial de Salud Mental de la WFMH. El mismo fue organizado por la AASM y tuvo una concurrencia cercana a cinco mil participantes, provenientes de la mayoría de los países.

El congreso fue liderado por el presidente de la WFMH, Dr. Alberto Trimboli y la presidenta de la AASM, Lic. Silvia Raggi.

En el acto de apertura hicieron uso de la palabra la directora de Salud Mental de la OMS, Dra. Dévora Kestel, decanos y representantes de las universidades de Buenos Aires, Villa María e Isalud, como también de diferentes asociaciones profesionales. También participaron numerosos funcionarios del ámbito de la Salud Mental.

El congreso ha contado con la presencia de usuarios y familiares de varios países. Asimismo se organizó un encuentro mundial de Arte y Salud Mental en el que organizaciones y personas tuvieron la oportunidad de mostrar sus producciones y productos. Del mismo modo, se desarrolló el Encuentro mundial de la juventud.

Ha habido más de veinticinco mesas simultáneas durante los tres días, distribuidas en tres hoteles de la Ciudad de Buenos Aires. Hemos recibido la presencia de representantes de más de cincuenta países de todos los continentes.

La AASM inició la distribución de tapabocas

Entre las acciones de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) para enfrentar la crisis sanitaria originada por la pandemia, ha comenzado la producción de miles de tapabocas confeccionados especialmente para ser distribuidos entre los usuarios del sistema de salud mental que se encuentran internados en hospitales o en tratamiento en hospitales de día y también para profesionales. Se ha iniciado la distribución y la misma continuará.

Cursos especiales coronavirus

Apenas iniciada la pandemia, la AASM ha comenzado a organizar una serie de cursos no arancelados y abiertos relacionados con abordajes en emergencias y catástrofes en los que se inscribieron más de dos mil profesionales. Los mismos fueron dictados por Hugo Cohen, Diego Núñez, Andrea Altman, Patricia Oliveira, Nicolás Poliansky y Jerónimo Grondona.

Asistieron más de dos mil inscriptos de todo el país.

Sección Coronavirus en la web

La Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) desde el inicio de la pandemia ha incluido una sección con información sobre el COVID-19. En la misma se pueden encontrar recomendaciones de la OMS, del Ministerio de Salud, y capacitación gratuita sobre el tema.

Trabajo en conjunto con la Dirección Nacional de Salud Mental. Convocatoria a voluntarios y Botón Rojo.

La Asociación Argentina de Salud Mental (AASM), en respuesta a los numerosos ofrecimientos de muchxs colegas para colaborar en esta inédita y compleja situación, y, en el marco de acción que viene llevando a cabo nuestra institución con la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación en el contexto de la pandemia del coronavirus, convocó a voluntarixs para colaborar, en caso de ser necesario, en tareas de contención telefónica en el marco del aislamiento impuesto por la pandemia del COVID-19.

Han respondido más de mil doscientos profesionales de la salud mental, y los listados se encuentran a disposición de las jurisdicciones que lo soliciten.

Asimismo, en conjunto con la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, la AASM está desarrollando reuniones con ese organismo, para organizar el programa "Botón Rojo" y realizar tareas de contención en salud mental a los profesionales que se encuentran trabajando en las terapias intensivas de los hospitales. Agradecemos la colaboración desinteresada.

**NUEVO
LIBRO
ILUSTRADO**

Carlos Skliar



Presenta...

Carlos Skliar

**MIENTRAS RESPIRAMOS
(EN LA INCERTIDUMBRE)**

Ilustraciones de
Geraldine Schroeder



N
noveduc

UN
SUS
ENVUE
IMPIAD
MÁS PI
NUNCA
QUIEN
LOS AN
DEL MU
PANTAL
MÁSSO
DESCIFE
DE UN
ACELE
ÉPOC
AQU
PRI
HAN
LAS AG
SEGURO
MUNDO

ECIMIENTO IRRUMPE, AGITA
TALES, FUNESTAS, LUGUBRES,
L MUNDO CON UN MANTO
O ENFRENTA A SU DESNUDEZ
NCESTRAL: NADA ES SEGURO,
O PARECE RUINOSO, SÁLVESE
MERO EL CAPITAL, ÚLTIMOS
S ANCIANAS, LA IMAGEN
RO RECORRE TODAS LAS
ACTAMENTE EN LA REGIÓN
DONDE LA MENTE NO LOGRA
ORAZÓN PALPITA
FUENTE, MÁS
JE EN LA
DENTE,
NSANCIO Y
IDAS HASTA
EMPO DIVIDE
EL SENTIDO
RELA VIDA Y EL
JAR DE EXISTIR,

Próximamente en librerías y en Noveduc.com

AASM 2021

XIV Congreso Argentino de Salud Mental

BUENOS AIRES, 10 AL 12 DE JUNIO

10 al 12 de Junio 2021
Hotel Panamericano
Ciudad de Buenos Aires

Secretaría del Congreso

📍 Guardia Vieja 3732, 1ºA
Buenos Aires, Argentina

📞 Tel: +54 11 2000-6824

💬 WhatsApp: +54 9 11 5388 1728

✉️ congreso@aasm.org.ar

aasm2021.com

AASM | Asociación Argentina
de Salud Mental

MIEMBRO DE

