



CONEXIONES

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

Año 3 Nº 11 Diciembre de 2007
DISTRIBUCION GRATUITA

**Adicción a la web
¿Una nueva patología? /**

**Instrumental para
autopsia psicológica /**

**Las nuevas formas de enfermar.
Socioadicciones:
adicciones sin sustancia /**

Repetición y Arte /

**El pasaje al acto,
de la psiquiatría
al psicoanálisis /**





COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE: Dr. Eduardo Grande
VICEPRESIDENTE: Dr. Pablo Fridman
SECRETARIO GENERAL: Lic. Alberto Trimboli
SECRETARIO CIENTÍFICO: Dr. Juan Carlos Fantin
SECRETARIO DE ACTAS: Lic. Silvia Raggi
SECRETARIO DE ÉTICA: Dr. Ricardo Soriano
SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: Lic. Gustavo Bertrán
SECRETARIA DE RELAC. INTERINSTITUCIONALES: Dra. Liliana Moneta
SECRETARIO DE PRENSA: M. T. Ruben Gallardo
SECRETARIO DE PUBLICACIONES: Dr. Carlos Marachlian
SECRETARIO DE CULTURA: Lic. Dario Galante
SECRETARIO DE BIBLIOTECA: Dr. Ariel Falcoff
TESORERO: Dr. Nestor Saborido
VOCALES TITULARES: Dra. Susana Calero, Lic. Irma Dominguez,
 Lic. Beatriz Kennel
SUPLENTES: Dr. Fabio Celnikier, Dra. Beatriz Schlieper
COMISION FISCALIZADORA:
PRESIDENTE: Lic. Irma Zurita
VOCAL TITULAR: Lic. Rosa Daniell

MIEMBROS FUNDADORES

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

MIEMBROS DE HONOR DE LA AASM

Dr. Samuel Basz, Dr. Pedro Boschan, Dr. Juan Carrega, Lic. Jorge Chamorro, Dr. Carlos Coquet, Dr. Horacio Etchegoyen, Lic. Osvaldo Delgado, Dr. Enio Linares, Dra. Andrea Lopez Mato, Dr. Gabriel Lombardi, Dr. Roberto Mazzuca, Dr. Roger Montenegro, Lic. Sara Slapak, Dr. Ricardo Soriano, Dr. Jaime Yospe

PRESIDENTES DE CAPITULOS

COORDINACION GENERAL: JUAN CARLOS FANTIN

SALUD MENTAL DE LA MUJER
 PRESIDENTE: MARIA DE LAS MERCEDES BACCARO

PREVENCION EN SALUD MENTAL
 PRESIDENTE: MARIO PUENTES

PSICOFARMACOLOGIA Y PSIQUIATRIA
 PRESIDENTE: DIEGO ROBATTO

ANSIEDAD, DEPRESION Y SOMATIZACION
 PRESIDENTE: ARIEL FALCOFF

EPISTEMOLOGIA Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
 PRESIDENTE: BEATRIZ KENNEL

PSICOTERAPIAS
 PRESIDENTE: FABIO CELNIKIER

PSICOSOMATICA
 PRESIDENTE: BEATRIZ GARDEY (EN FORMA INTERINA)

PSICOANALISIS Y SALUD MENTAL
 PRESIDENTE: PABLO FRIDMAN

ADICCIONES
 PRESIDENTE: SUSANA CALERO

ANTROPOLOGIA Y SALUD MENTAL
 PRESIDENTE: ARTURO SMUD

SALUD MENTAL Y LEY
 PRESIDENTE: RENE UGARTE

VIH-SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO
 PRESIDENTE: GRACIELA FERNANDEZ CABANILLAS

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL
 PRESIDENTE: PATRICIA CABRERA

TERAPIA FAMILIAR: ENFOQUE COGNITIVO SISTEMICO
 PRESIDENTE: LILIANA CHAZENBALK

REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL
 PRESIDENTE: ALBERTO MENDES

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL
 PRESIDENTE: ANA INES MARQUIS

ABORDAJES TERAPEUTICOS INTERDISCIPLINARIOS
 PRESIDENTE: JUAN CARLOS BASANI

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL
 PRESIDENTE: LILIANA MONETA

PSICOONCOLOGIA
 PRESIDENTE: INES BOUSO

SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL
 PRESIDENTE: SILVIA VOULLAT

NEUROCIENCIAS
 PRESIDENTE: GUSTAVO TAFET

PSICOPROFILAXIS CLINICA Y QUIRURGICA
 PRESIDENTE: IRMA ZURITA

ESTRES Y TRAUMA
 PRESIDENTE: ROBERTO SIVAK

PSICOGERONTOLOGIA
 PRESIDENTE: MARIA DELIA CAMINO

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGIA
 PRESIDENTE: YANNY JARITONSKY

PSICOANALISIS Y PSICOSIS
 PRESIDENTE: BEATRIZ SCHLIEPER

NEUROPSIQUIATRIA
 PRESIDENTE: SERGIO GUILLERMO CZERWONKO

NEUROPSICOLOGIA
 PRESIDENTE: GABRIELA PISANO

CLINICA Y PSICOPATOLOGIA
 PRESIDENTE: HECTOR FISCHER

SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD
 PRESIDENTE: NORBERTO PISONI

DEPORTE Y SALUD MENTAL
 PRESIDENTE: RAFAEL GROISMAN

CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL
 PRESIDENTE: SILVIA KLEIBAN

MEDICINA INTERNA Y SALUD MENTAL
 PRESIDENTE: GABRIEL SCIANCA

NEUROSIQUIATRIA Y PSICOSIS
 PRESIDENTE: ALBERTO COSITORE

NIÑO - DERECHOS Y SALUD MENTAL
 PRESIDENTE: GUSTAVO GUROVICH

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION
 PRESIDENTE: HORACIO RODRIGUEZ O'CONNOR

POLITICAS EN SALUD MENTAL
 PRESIDENTE: PABLO BERRETONI

CONTENIDO

5

Mariano Acciardi
Adicción a la web
¿Una nueva patología?

11

Blanca Susana Guevara Werlang
Instrumental para
autopsia psicológica

15

Susana Calero
Las nuevas formas de enfermar.
Socioadicciones:
adicciones sin sustancia

22

Mariano Antmann
Repetición y Arte

26

Pablo D. Muñoz
El pasaje al acto, de la psiquiatría
al psicoanálisis



Imagen de tapa:

El Barco de los locos (1490-1500)
(The Ship of Fools)
EL BOSCO
Oleo sobre tela. Louvre, Paris, France

PUBLICACION DE
LA ASOCIACION ARGENTINA
DE PROFESIONALES SALUD MENTAL
Año 3 • N° 11 • Diciembre de 2007

Directores:

Eduardo Grande
Alberto Trimboli

Director Asociado:

Carlos Marachlian

COMITE EDITORIAL

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

COMITE CIENTIFICO

Daniel Millas
Alberto Carli
Ruben Gallardo
Pedro Boschan

CONEXIONES Revista Argentina de Salud Mental es una publicación científica editada por la Asociación Argentina de Salud Mental. ISSN en trámite, Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Editor Propietario: Asociación Argentina de Salud Mental. Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación siempre que se cite el nombre de la fuente (Conexiones Revista Argentina de Salud Mental), el número del que ha sido tomado y el nombre del o de los autores. Se ruega enviar 3 ejemplares de la publicación de dicho material. Ayacucho 234 (1025) Ciudad de Buenos Aires - Argentina Teléfono: (54 11) 4952-8930

diseño
carlos de pasquale
4697-4934

AASM

Asociación Argentina
de Profesionales de
Salud Mental



WORLD FEDERATION
FOR MENTAL HEALTH

AASM 2008 III Congreso Argentino de Salud Mental

MODERNIDAD, TECNOLOGIA Y SINTOMAS CONTEMPORANEOS

Buenos Aires. 27, 28 y 29 de Marzo de 2008

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

Ejes Temáticos

Epidemiología - Investigación - Universidad -
Educación - Neurociencias - Psiquiatría - Psicoanálisis -
Dispositivos psicoterapéuticos - Psicoeducación -
Hospital - Ley - Adicciones - Trastornos de la
alimentación - Violencia Social y Familiar -
Estrés y Trauma - Musicoterapia - Trabajo Social -
Terapia Ocupacional - Psicopatología - Neurología -
Instituciones - Infanto-Juvenil - Lazo Social -
Psicodiagnóstico - Prevención - Políticas -
Antropología - VIH-SIDA - Psicoprofilaxis - Medicina y
Salud Mental - Discriminación y exclusión Social -
Interconsulta e Interdisciplina - Internación en Salud
mental - Salud Mental Comunitaria - Formación -
Pícopatología - Arte y Salud Mental - Cuidados
Paliativos y Salud Mental - Filosofía - Sociología -
Cultura - Educación - Tecnología - Cuerpo - Identidad -
Derechos Humanos - Medios de comunicación -
Inmigración - Migración - Bioética - Universidad -
Psicogerontología - Neurología - Mujer -
Psicofarmacología - Musicoterapia - Psicopedagogía -
Terapia Ocupacional - Antropología - Terapia Familiar
y Grupal - Urgencia - Psicooncología - Psicoprofilaxis -
Psiconeuroinmunoendocrinología - Neuropsicología -
Neuropsiquiatría - Deporte - Creatividad - Medicina -
Acompañamiento Terapéutico -

INFORMES E INSCRIPCIÓN: AASM Ayacucho 234. Ciudad de Buenos Aires
Tel: 4952-8930 / www.aasm.org.ar / administracion@aasm.org.ar

adhieren: DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Realización y comercialización Integ

GRUPO UNO
eventos congresos

www.gu-producciones.com
info@gu-producciones.com

adhesión:

ELEA
DIVISION
NEUROPSIQUIATRIA

Shoras
El sueño posible

Adicción a la web

¿Una nueva patología?

Lic. Mariano Acciardi

Ciertos informes de la psicología americana califican al uso diario o excesivo de la web como una nueva adicción: los IAD (Internet Addiction Disorder). Sorprende que no se califique de la misma manera el uso de la televisión, o la lectura del diario a la mañana, o tantas otras conductas en las que ocupamos una parte importante de nuestras vidas. O, sin ir más lejos, la creciente real adicción del sujeto humano a los medicamentos. Esos rituales diarios en que un sujeto saca obsesivamente un set de unas 10 o 20 pastillas para tomar, haciendo con ello algo que no difiere mucho del picado de la cocaína con la tarjeta de crédito antes de su aspiración.

Paradójicamente podemos encontrar sitios web de auto-ayuda para tratar la adicción a la Internet. Frecuentemente un índice diagnóstico importante para determinar la diferencia entre una "adicción" y un uso excesivo es si esta ocupación interfiere con el trabajo. Es decir, si alguien no puede desconectarse de la red a tiempo para ser puntual en el trabajo es un adicto. Luego viene la profesión o el estudio, que también pueden ser "interferidos" por esta actividad. Se denomina a esta adicción una adicción con dependencia psicológica, ya que el enfermo no ingiere sustancias que alteren su metabolismo. En este trabajo se intentará delinear caminos para pensar el lugar de la Internet en la constitución subjetiva contemporánea, qué es lo que la hace tan interesante que a algunos sujetos les cuesta separarse de ella, y consideren el estar conectados como un problema, y el lugar que tiene lo nuevo para la relativamente lenta maquinaria de la ciencia en salud mental respecto de la vertiginosidad de los avances en tecnología de la información.

INTERNET: ¿UN LUGAR DE CONSTITUCIÓN SUBJETIVA?

La red no es más que un simbólico muy complejo que no deja de tener efectos de escritura sobre nuestro mundo contemporáneo. Dudosos es considerar que el sujeto humano en general pueda, de nuestra época en adelante, prescindir del gran avance al que hemos asistido durante los últimos años (nunca debe olvidarse que hoy esta gran tecnología de comunicación no es un beneficio para la humanidad toda; sabemos que existen grandes masas de población mundial que no tienen ni remotas posibilidades de un acceso a la misma en el corto plazo. Hay una gran cantidad de personas marginadas de este acceso. Sin embargo, es cierto que la gran diseminación de "Cybers" de los últimos años en las grandes ciudades permite el acceso

Psicólogo Psicoanalista.
Profesor Facultad de
Psicología de la
Universidad de Buenos
Aires. Investigador de
UBACyT P023. Ciudad de
Buenos Aires - Argentina
mariano@acciardi.com.ar



a una gran parte de la población que aún no dispone de un acceso hogareño respetable). Las escrituras, si son tales, una vez que se han inscripto en el marco social, tienen necesariamente consecuencias. Asistimos hoy a la explosión de un nuevo gran instrumento de intermediación de los hombres que no puede pasarnos desapercibido a los profesionales de la salud mental. Sin embargo, hay gran cantidad de profesionales, sobre todo de generaciones anteriores, que ven en la Internet nada más que un mero instrumento, que puede ser incluso de trabajo, pero no terminan de captar la influencia que este supuesto instrumento puede llegar a tener en la determinación subjetiva de las generaciones venideras. Pensar que la Internet es un simple instrumento prescindible es equivalente a pensar que el automóvil o los demás medios de transporte no han alterado al mundo desde las épocas en que se circulaba a caballo. La gran dificultad que la red nos impone comprender es que se trata de un simbólico eficiente, que necesariamente influye en la conformación del sujeto, y no debe pensarse únicamente como instrumento o medio equivalente a una herramienta. El sujeto que se conecta necesariamente se transforma, se modifica a partir del momento en que se encuentra conectado. Su vehículo de intermediación, la palabra, produce alteraciones en su posicionamiento según el uso que pueda darle. Puede considerarse que la web no es más que una virtualidad, sin influencia real en las determinaciones del sujeto. Ciento seis años de psicoanálisis nos han enseñado que las palabras transforman al paciente, que sus propias palabras son capaces de producir cambios radicales en su vida. ¿Cuál es el medio de intermediación por excelencia mediante el cual el sujeto se relaciona con otros a través de la red o a la red misma? No son más que palabras, palabras que pueden aparejar consecuencias en el sujeto que las escribe. Una enunciación podría también en la web filtrarse a través del enunciado. La Internet es un real que se ha introducido de una vez y para siempre en nuestras vidas, como el psicoanálisis. Es irrespetuoso no considerar la trascendencia de este mismo real reduciéndolo a nuestras miserias, como ser nuestra débil y siempre cambiante distribución de lo normal y lo patológico. No podemos tan rápidamente

nombrar como "adicción" a algo que aún no comprendemos y que fenoménicamente aparece como un simple abuso del tiempo de conexión, como si se tratara de exactamente la misma cosa que el abuso de una sustancia ilegal (dejemos de lado la poca trascendencia que se le da, incluso en salud mental, a la adicción diaria al valium, lexitanil o cualquier pastillita para poder dormir).

Por supuesto, hay sujetos que se acercan a un consultorio altamente preocupados por el tiempo que pasan en Internet, que al decir de los que lo rodean está mal y alterando su forma de vida y relación social. Sin embargo, antes de tratar tal abuso como una adicción, sería interesante preguntarse dos cosas: ¿Qué atrae tan fuertemente a un sujeto a estar conectado? ¿Cuál es la causa por la cual tal acción se presenta con fuerza compulsiva? ¿Cuáles son los verdaderos motivos por los cuales tal cosa le preocupa?

Luego de contestarnos estas preguntas, podremos estar en condiciones de recorrer las cadenas causales hacia lo que seguramente constituye la causa de fondo de tal conducta, o al menos la causa de fondo por la cual esta conducta se le presenta como no buena.

¿QUÉ HACE DE LA INTERNET ALGO TAN ATRACTIVO?

Varios son los motivos generales que hacen tan atractiva a la red de redes. Enunciaremos sólo algunos. Uno de estos motivos tiene que ver con que los sujetos que pasan gran cantidad de horas conectados, coinciden en general en que tienen una sensación de gran intimidad con la red. Asimismo, la gran oferta de sexo virtual en la red es otro de los motivos. En la vertiente femenina esto se expresa a través de la posibilidad de conocer a alguien con quien chatear y eventualmente conectarse. En la vertiente masculina la pornografía se encuentra en primer plano como uno de los intereses más atractivos que la red ofrece. La relación en la web suele ser una relación solitaria en la cual un sujeto se permite realizar gran parte de aquello guardado en aquel intermedio entre la realidad y lo irreal de que hablaba Freud cuando hablaba de la fantasía. En las mujeres esta realización parece darse fundamentalmente en las salas de chat

o en los mensajeros en línea. En los hombres suele darse en páginas para adultos, foros de interés y también en las salas de chat con intereses particulares. La web permite en este sentido un ámbito seguro en el cual expresar y dar cuenta de las fantasías más ocultas, sin vergüenzas; el relativo anonimato del sujeto se presta a esto de manera muy especial. En lo que son los primeros intereses, con lo que nos encontramos con lo que una vez más el viejo Freud había aislado: el sexo, la sexualidad. No es de extrañar que la sexualidad contemporánea encuentre en la web el ámbito de expresión por excelencia otrora reservado al cuerpo de las histéricas. Lo que se produce muchas veces de esta "relación sexual" con la web es lo que aparece como consecuencia de la caída de cualquier ideal: aplastamiento del deseo, muchas veces calificado por los profesionales de la salud mental como depresión. Ahora bien, esto no es más que la consecuencia de la imposibilidad misma de satisfacción, tapada generalmente por la ilusión de una satisfacción posible. Esta es la marca de la que adolece la sexualidad humana, sin embargo no es la web un ámbito de realización desestimable como peor o más nocivo que cualquier otro. De hecho, las webcams, y el avance de las tecnologías multimediales han hecho de la web el ámbito de un sexo seguro por excelencia. Muchos profesionales se horrorizan (a veces también los pacientes) de que se trate de algo "virtual", que hay que diferenciar la realidad de la fantasía, que no hay un encuentro real... A ellos habría que preguntarles: ¿En dónde hay un encuentro real? ¿En dónde es un encuentro con el otro posible por fuera de la imagen o las palabras que perfectamente transmiten tanto el aire como la web? Sin duda no podemos decir que sea lo mismo el acto sexual en vivo y en directo que el sexo virtual, sin embargo, tampoco puede calificarse eso como un "no encuentro", relativo a lo que ilusoriamente sería "un encuentro de verdad". Simplemente podríamos calificar a esto como un juego sexual, análogo y tan satisfactorio o insatisfactorio como cualquier otro. ¿No puede suceder encuentro sexual "real" "en vivo y en directo" que finalmente se revele tan insatisfactorio como cualquier otro? No se afirma por otra parte que sea lo mismo, pero tampoco es necesario compararlo con una supuesta "relación

sexual real". Sabemos por Lacan que uno de los fundamentales resortes del deseo y la recuperación de goce es la no relación sexual, la no relación a la que se encuentra condenado el ser humano. Desde este punto de vista, la "no relación" puede ser subrogada ilusoriamente por otra cosa, el fantasma, el encuentro amoroso con el otro..., ¿por qué no el sexo virtual? Asimismo, ¿cuántas parejas se han formado gracias a la web? Cada vez más escuchamos casos en que felices parejas se han formado utilizando como intermediaria a la web. ¿Diríamos que aquí no hubo encuentro?

Motivos diversos se encuentran muy relacionados con lo que alguna vez Freud llamó la pulsión epistemofílica, y que podríamos denominar hoy deseo de saber. Son muchos los sujetos que establecen una relación con la red con fines terriblemente instructivos. Nunca fue posible un acceso tan fácil y maravilloso a los más variados repositorios del saber humano. Observemos si no los numerosos "wikis" de los cuales la Wikipedia es su mayor expresión. En unos pocos minutos podemos ponernos en situación respecto de los avances realizados en casi cualquier ámbito en el mundo todo. La búsqueda de información es una acción que se retroalimenta constantemente y en la que en todo momento se pone en juego un contraste entre la frustración y el logro pocas veces conocido.

Motivos quizás más alejados de nosotros que éstos son los que tienen que ver precisamente con el armado mismo de la red. La red es un producto comunitario, de la humanidad en cuya evolución es posible encontrar una diversidad de empujes a veces dado en otros ámbitos. La ARPANet, antecedente de la actual Internet, fue creada originariamente por las universidades más importantes del mundo con el objetivo de lograr un intercambio sencillo de información. Luego su relevo por la Internet y su impulso por los intereses bélicos, hizo esto no sólo posible, sino que además extendió sus límites a sectores inimaginables por su primer esbozo. Una gran parte de la población mundial que pasa largas horas conectada es la comunidad de hackers o desarrolladores y demás gente relacionada con el OpenSource. El ámbito OpenSource es algo aún no captable por quienes no se ven por él directamente afectados. Se nombra aquí el OpenSource pues es



una muestra en donde puede verse que la virtualidad de la web produce efectos bien concretos en lo real. La productividad de la comunidad OpenSource es algo nunca visto, algo cuyas consecuencias a largo plazo no pueden siquiera estimarse, y sólo ha sido posible gracias a este increíble medio de comunicación y... largas horas de conexión. ¿Se diría que a los sujetos involucrados en el OpenSource hay que curarlos de su adicción a la web?

LA ADICCIÓN A LA WEB Y SUS SUPUESTOS EFECTOS PERNICIOSOS PARA EL TRABAJO Y OTRAS FORMAS SOCIALES BIEN INSTITUIDAS

En muchos de los estudios reseñados para el presente trabajo, utilizan como índice por excelencia para considerar la adicción, la interferencia que ésta tiene con el trabajo y la vida social. Se da por supuesto que el trabajo es algo bueno y la conexión a la red algo malo, por lo cual

un sujeto racional y sano debería optar por el trabajo en detrimento de su tiempo de conexión. Se toma en cuenta el aspecto de "deber" del trabajo y se lo compara con el "ocio" de la red. Ni se menciona el factor "satisfacción" para ninguno de ambos elementos de la comparación. Se considera que el exceso de tiempo de conexión a la red produce graves problemas, como por ejemplo, falta de sueño, con lo cual el sujeto asiste a su trabajo sin descansar y sin la "lucidez" suficiente que su trabajo requiere. Otro de los efectos altamente perniciosos sería el llegar tarde al trabajo. Uno podría hacer una comparación análoga, en la que parecen no pensar los partidarios de la "real" relación sexual antes mencionados, en la cual le diríamos a un sujeto: "No mire, no haga el amor a la noche porque al otro día 'debe' trabajar, y mucho menos el mañanero pues lo puede hacer llegar tarde a su trabajo. Sólo espere para hacer el amor el sábado por la mañana, pues el domingo tampoco, porque puede llegar tarde a mi-



**Para un mayor desarrollo profesional
Capacítese en Gestión de Salud**

Si necesita dar un salto cualitativo en su formación profesional, porque su carrera laboral se lo exige, porque su experiencia requiere de nuevas perspectivas, o porque desea trascender hacia el desarrollo de políticas y estrategias de salud, capacítese con los especialistas.

Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental

Director de la Carrera: Dr. Hugo Barrionuevo

Aprobada por Resolución N° 499/02 MCE - Acreditada por la CONEAU Resolución 411/04

Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad

Director de la Carrera: Mag. Arturo Schweiger

Aprobada por Resolución N° 184/99 - M.C.E.-Acreditada por la CONEAU Resolución 474/06

Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología

Directora de la Carrera: Mag. Silvia Gascón

Aprobada por Resolución N° 275/00 ME - Acreditada por la CONEAU Resolución N° 88/02



Autorizado provisionalmente por Decreto 1412/98 (Art. 64c Ley 4521)

INSTITUTO UNIVERSITARIO
ISALUD

informes@isalud.org
www.isalud.edu.ar

5239-4000

sa". ¿Cuál es el objetivo de un profesional de salud mental? ¿Disminuir el sufrimiento, en parte estructural y en parte provocado, o hacerle admitir la necesidad de que su sufrimiento debe ser aceptado y su satisfacción disminuida, pues es la condición para que el sistema capitalista progrese? Un estudio relevante a realizar con alguien que se queja de no poder soltarse de las satisfacciones parciales que la red le depara, que termina afectando su trabajo, sería precisamente un análisis de la satisfacción y realización personal que su trabajo le produce. Podrían extraerse correlaciones interesantes respecto de los tiempos empleados en cada una de estas actividades. Incluso hasta se podría hacer un análisis de la productividad que ambas actividades le deparan para su vida. ¿Podemos pensar que un sujeto puede obtener mayor realización en los trabajos rutinarios, y muchas veces sin ningún interés para sí, que estando en la red realizando cualquiera de las actividades que lo atan a ella? Lo que tendríamos que preguntarnos los profesionales de la salud mental cuando nos solicita ayuda un sujeto con esta disyuntiva es -si puede decirse que el profesional deba recomendar algo-, si realmente debemos aconsejarle que deje de conectarse a la red o que cambie de trabajo.

¿INSATISFACCIÓN POR ESTAR CONECTADO?

Muchos sujetos se encuentran efectivamente angustiados y encuentran la conexión a la red como uno de esos motivos. No podemos a un paciente que se acerca a nosotros solicitándonos ayuda por el malestar que supuestamente su "no poder desconectarse" le trae aparejado, decirle que eso no es así, que no se preocupe. Aquí, al igual que en las adicciones, las motivaciones reales de tal malestar, además del malestar y la insatisfacción estructurales de la vida humana, se encuentran en otra parte. Al igual también que en las adicciones, podemos cometer el error de dar un nombre a ese malestar: WebAdicto podría ser. Con ello no haremos más que dar una identidad y un supuesto sentido a su sufrimiento; sin embargo, ello no le traería aparejada ninguna solución, quizás algún alivio temporario por el solo hecho de la nominación. Posiblemente pueda sentirse aliviado también por su pertenencia al grupo o a

las comunidades de los "WebAdictos anónimos" que paradójicamente se ofrecen en la web. En los estudios reseñados hay algunas indicaciones terapéuticas. La base de estas indicaciones es: "Debe pasar menos tiempo conectado" y (a la manera de la abstinencia obligada utilizada en el tratamiento de las adicciones a sustancias ilegales) toda una serie de coerciones destinadas a que el sujeto pase menos tiempo conectado: hacer otras actividades en los momentos en que se encuentra conectado, reemplazar el uso de la web por otra cosa... Y, más adelante, una cuidadosa dosificación de los minutos y segundos en que el sujeto se conecta...

Realmente estos tratamientos son los análogos a los administrados hoy a casi cualquier patología mental: "Si usted no duerme, no se preocupe, usted no tiene ninguna responsabilidad, son sus células biológicas las que no pueden dormir; tome esta pastillita todas las noches y dormirá como un angelito". "Si usted se siente deprimido, no se preocupe, usted no tiene nada que ver con su depresión, tome este antidepresivo que es muy nuevo y muy eficaz". Lamentablemente a los laboratorios todavía no se les ha ocurrido sacar la pastillita para tratar la adicción a la web. Se trata de tratamientos completamente sintomáticos y que no contemplan la más mínima influencia de una causalidad inconsciente o de la responsabilidad subjetiva. Son tratamientos que no se ocupan del fondo de las cosas.

Es preciso no dirigir nuestra escucha hacia algo que en realidad es consecuencia o efecto, considerándolo como causa. Esto último no es nada nuevo, sin embargo, nuestras concepciones comienzan a tambalear cuando se ven directamente influidas por consideraciones fantasmáticas, que rápidamente tienden a sancionar lo no conocido, nuevo o que no concuerda con nuestra concepción de la vida como patológico o algo a ser segregado. En los estudios serios sobre la web se intenta abarcar el nuevo hecho desde dos perspectivas complementarias. La primera es la más cercana, incluso para aquellos que no se encuentran claramente implicados por la web, quienes utilizan Internet como mero instrumento. Esta perspectiva considera al hecho tecnológico como una producción social que ha logrado relevar usos de otros instrumentos. Consideran a la gran red como una especie de artefacto cultural, perspectiva que nos

permite dar cuenta perfectamente de la elevada utilidad de dicho instrumento. Sin embargo, para un hecho con las características de la Internet, esta perspectiva no alcanza para explorar otros sentidos, aún desconocidos quizás, pero mucho más ricos. Esta otra perspectiva es la de considerar la Internet como una nueva formación cultural, en el marco de la cual se engendran nuevas formas de lazo social, novedosas y desconocidas hasta el momento, que no responden enteramente a la lógica de las instituciones socio-culturales tradicionales. En este sentido, la web es un espacio, un espacio de acción social, un espacio con sus propias reglas y sus propios protagonistas. La red es un texto que es leído, escrito y escuchado por los mismos autores. Incluso un texto en el que puede vehiculizarse una verdad, con ritmos vertiginosos y penetración terriblemente extensa e instantánea. Las interacciones sociales por ella engendradas no pueden entenderse completa-

mente bajo la lógica de otras interacciones más conocidas. Es preciso construir instrumentos teóricos nuevos para poder aproximarnos objetivamente al fenómeno. Lo mismo sucede con las coordenadas y posiciones subjetivas que se juegan en ella. Los juegos de identidades, presencias, acciones y fantasías que se dan en la red no son los mismos que los de otras épocas u otros ámbitos; es preciso introducirse en ellos e interactuar con ellos para poder dar cuenta. En algunos estudios sociológicos, por ejemplo, se comienza a hablar de una "etnografía virtual", para intentar aproximarsele.

Bibliografía

- Bermejo Mercader, Alberto: *Adicción a Internet*. Disponible en: <http://www.comportamental.com/articulos/1.htm>
- Alvarado, Saúl; *Médico Adiccionista: Autoexamen de la Adicción al Internet*. Disponible en: <http://www.adicciones.org/diagnostico/formularios/dx-internet.html>
- De Angelis, Tori: *Is Internet addiction real?* Disponible en: <http://www.apa.org/monitor/apr00/addiction.html>
- Freud, Sigmund: *El creador literario y el fantaseo; Obras Completas, Tomo IX, Amorrortu, 1993.*
- Freud, Sigmund: *Más allá del principio del placer; Libro XVIII, Amorrortu, 1990.*
- Freud, Sigmund: *El malestar en la cultura; Tomo XXI, Amorrortu, 1990.*
- Hine, Christine: *Etnografía Virtual; Ed. WOC.*
- Hughes, Carole: *The Relationship Between Internet Use and Loneliness Among College Students*. Disponible en: <http://www2.bc.edu/~hughesc/abstract.html>
- King, S. A. (1996): *Is the Internet Addictive, or Are Addicts Using the Internet?* Disponible en: <http://www.concentric.net/~Astorm/iad.html>
- Madrid López, R.I. (2000): *La Adicción a Internet. Psicología Online*. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/nacho/ainternet.htm>
- Matute, Helena: *La Adicción a Internet no existe*. Disponible en: <http://www.sindominio.net/biblioweb/escepticos/adiccion.html>

asappia

Asociación Argentina de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia
Fundada en 1969

Psicoanálisis e Interdisciplina

Presidente: Lic. Jorge Cantis Vicepresidenta: Dra. Mabel Belçaguy

ESCUELAS DE POSTGRADO EN CLINICA PSICOANALITICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Dirigidas a Médicos - Psicólogos - Psicopedagogos y otros Profesionales Universitarios de la Salud Mental Becas para Serv. Hospitalarios - Cupo limitado

ABIERTA INSCRIPCION ciclo 2008

Objetivo articulación de la teoría sobre la constitución subjetiva y la psicopatología con la clínica de la infancia, la adolescencia y la familia.

ESCUELA DE CAPITAL

Duración 2 años - Modalidad intensiva- sábados de 9 a 13 y 30 hs

ESCUELA DE INTERIOR

Duración 2 años - Modalidad bimensual - viernes de 9 a 17 hs y sábados de 9 a 13 y 30 hs

EJERCICIOS CLINICOS - ENCUENTROS INTERDISCIPLINARIOS SUPERVISIONES - JORNADAS

INFANCIA - ADOLESCENCIA - DISCAPACIDAD - FAMILIA ORIENTACION VOCACIONAL - PSICOPEDAGOGIA

INFORMES

Avda. Rivadavia 2431 (Pje. Colombo)
Entrada 2 - 4to. piso dep "9" - Capital -
TEL/FAX: 4 9 5 3 - 5 7 8 9
www.asappia.com.ar asappia@intramed.net

Instrumental para autopsia psicológica

*Dra. Blanca Susana
Guevara Werlang*

Buscando comprender las causas que llevan a un sujeto a acabar con su vida, fue posible identificar su asociación con diversas variables demográficas, psicosociales y psiquiátricas. Pero continúa siendo difícil comprender las características de los sujetos suicidas, por no ser pasibles de evaluación directa, sino a través de exámenes retrospectivos. Al final de la década del cincuenta, en los Estados Unidos, Shneidman, Farberow y Litman, integrantes del Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles, prestaron asesoría a los médicos forenses, realizando una investigación llamada autopsia psicológica, para poder clasificar con mayor precisión el registro de suicidio en el certificado de defunción.

La autopsia psicológica es una evaluación retrospectiva, utilizada durante el curso de una investigación de muerte, para ayudar a determinar el modo de muerte de un individuo; el procedimiento posibilita reconstruir la biografía de la persona fallecida por medio de entrevistas con terceros (cónyuge, hijos, padres, amigos, profesores) y del análisis de documentos (personales, policiales, académicos, hospitalarios), enfocando el elemento que está faltando: la intención del muerto con relación a su propia muerte, y considerando que la mayoría de las víctimas comunica de alguna manera sus intenciones, cabe encontrar las pistas dejadas atrás por ellas.

No hay unanimidad entre los autores en cuanto al itinerario básico para realizar una autopsia psicológica (Shneidman, 1994; Jacobs & Klein, 1993; Kelly & Mann, 1996; Isometsä et al., 1997), solamente existen algunas listas sugiriendo áreas o tópicos de investigación. Shneidman, uno de los padres de la autopsia psicológica, refuerza que no utiliza un itinerario fijo para la conducción del método. No obstante, por tratarse de una estrategia de evaluación compleja y todavía sin un modelo de procedimiento estructurado, puede ser vista como un recurso subjetivo, no fidedigno, con dificultades para llegar a ser adecuadamente validado.

El principal factor responsabilizado por la dudosa precisión de los datos recogidos es su naturaleza retrospectiva. En la ausencia del objeto de estudio, de la víctima, el informante y el entrevistador están vulnerables a ser tendenciosos, teniendo en vista el hecho de que ambos presuponen que el sujeto bajo investigación cometió suicidio. Sin duda, el punto de vulnerabilidad señalado por los estudiosos se refiere a los aspectos metodológicos de la autopsia psicológica. Consciente de este problema fue desarrollada una Entrevista Semiestructurada para Autopsia Psicológica (ESAP). La propuesta fue disminuir el sesgo producido por la subjetividad en el uso de

*Psicóloga, psicoterapeuta.
Diretora da Faculdade de
Psicologia, FAPSI, da
Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande
do Sul, PUCRS.*

*Professora do curso de
Graduação e do Programa
de Pós-graduação,
PPGPsicologia, da FAPSI
da PUCRS.*

*Coordenadora do Grupo
de Pesquisa Avaliação e
Intervenção Psicológica
em Grupos Clínicos e
Não-clínicos do
PPGPsicologia, FAPSI,
PUCRS. Porto Alegre,
RS, Brasil.*

*E-mail:
bwerlang@pucrs.br*

este recurso de evaluación, investigando la aplicabilidad de ese instrumento para la autopsia psicológica. Fue constatado que es posible utilizar un instrumento semiestructurado para autopsia psicológica en casos de suicidio (Werlang & Botega 2003a, 2003b): la ESAP es aplicable porque forneció informaciones con un grado significativo de concordancia entre evaluadores.

La Entrevista Semiestructurada para Autopsia Psicológica está compuesta por 69 cuestiones distribuidas en cuatro módulos: Precipitadores y/o estresores, Motivación, Letalidad e Intencionalidad. Los módulos fueron organizados siguiendo una secuencia lógica de raciocinio clínico, iniciando con una cuestión general abierta, destinada a evaluar el tema en foco.

Aparte de la pregunta inicial (¿El qué?) en el primer módulo (evaluación de los precipitadores y/o estresores), hay dos ítems más, constituidos por preguntas cerradas con alternativas

de respuesta definidas en dos opciones: sí y no. En el segundo módulo (evaluación de la motivación), después de la pregunta general (¿Por qué?), hay 32 ítems más con alternativas dicotómicas (sí/no), organizados en cuatro secciones (problemas psicosociales, ambientales o acontecimientos de vida no inmediatos; síntomas de mal funcionamiento; características de personalidad; hechos asociados a la historia familiar). En el tercer módulo (evaluación de la letalidad), después de la cuestión introductoria (¿De qué?), hay cinco ítems más, de los cuales tres son cuestiones de múltiple elección, y dos piden especificación sobre el método de la muerte. En el cuarto módulo, además de la pregunta inicial (¿Cómo?), hay 26 preguntas cerradas más (con alternativas dicotómicas), constituyendo dos secciones: evidencias de intención o deseo de morir y planeamiento de la muerte. Cuando las respuestas a la cuestión inicial y a las subsiguientes son afirmativas, esas son seguidas por cuestiones abiertas, que posibilitan alcanzar respuestas que fundamenten la decisión final. El entrevistador podrá agregar, a las ya existentes, el número de preguntas necesarias para cuestionar negativas, afirmaciones, contradicciones y/o para confrontar hechos de su conocimiento.

Para la conducción de esta estrategia el entrevistador, además de estar bien familiarizado con la temática del suicidio y con el orden a seguir, debe estar también preparado para manejar la emergencia de síntomas de duelo no resuelto, para interrumpir la entrevista y posponerla y/o para encaminar a el/los informante/s hacia una atención especializada. Es necesario un entrenamiento especial para los entrevistadores, además de experiencia clínica, considerando que los informantes están angustiados, culpados y perplejos con respecto a la muerte.

Sobre los pilares teóricos de la ESAP, lo esencial para determinar si una muerte fue por suicidio o no, es clarear la intención (¿Cómo?) de la víctima, identificando si la persona comprendía (tenía en mente) que, a través de su acto autodestructivo, acabaría con su existencia física. Shneidman (1999) sugiere que es necesario identificar el grado de letalidad (¿De qué?), que es sinónimo de "suicidalidad" y que es alimentado por un estado mental perturbado por

Psiquiatría dinámica en un entorno ideal para la recuperación integral

www.abrines.com.ar

1958 2007



Abrines
CLINICA PRIVADA

INTERNACION
CUIDADOS INTENSIVOS
HOSPITAL DE DIA
CONSULTORIOS EXTERNOS
TERAPIA INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILAR
PSICOMOTRICIDAD Y VIDEOCINE
EQUIPO DE ADMISION, SEGUIMIENTO Y SUPERVISION

Benito Pérez Galdós 2647 . Quilmes Oeste
Tel.: 4250-1061 (L. Rot.) . info@abrines.com.ar

AlvarezHD.com.ar



un dolor psíquico que la víctima consideró intolerable.

Se clasifica letalidad alta cuando el muerto definitivamente quería morir (intencionalidad) y cuando desempeñó un papel consciente directo en su propia muerte (letalidad). La muerte fue debida al deseo abiertamente consciente del sujeto de estar muerto, concretado por sus acciones de llevar adelante aquel deseo. En el grado de letalidad media, el muerto desempeñó un papel importante en efectuar o acelerar su propia muerte; la muerte fue debida en parte a acciones del muerto, en las cuales él desempeñó algún papel parcial, cubierto o inconsciente, para acelerar su propio deceso. Las evidencias para esto están en el comportamiento del muerto, tales como: falta de cuidado, negligencia consigo mismo, imprudencia, falta de juicio adecuado, provocación de otros, incumplimiento de régimen médico, uso de drogas, abuso de alcohol, procuración de problemas, etc., donde el propio sujeto parecía tener alimentado, facilitado o acelerado su proceso de morir o la fecha de su muerte. En el grado de letalidad baja, el sujeto desempeñó un papel pequeño, pero no insignificante, en efectuar o acelerar su propia muerte; de cierta forma es el mismo que la letalidad media, pero en un grado mucho menor. Ya en la letalidad ausente, el sujeto no desempeñó ningún papel en efectuar su propia muerte. Ésta fue debida enteramente a un ataque desde fuera del cuerpo o a una falla dentro del cuerpo (en un muerto que deseaba continuar viviendo).

Todavía, una vez identificada la víctima, la autopsia psicológica busca retrospectivamente hacer una reconstrucción de la historia del individuo, tomada en su sentido más amplio, englobando historia de muerte de familiares, eventos psicosociales, ambientales, médicos, psiquiátricos, psicológicos del sujeto, su personalidad y estilo de vida, contenidos o indicios psicodinámicos que se asocian con la muerte. Informaciones de esta naturaleza dan elementos para responder a la pregunta “¿Por qué?”, o sea, ¿cuáles eran sus motivos para desear morir? La autopsia psicológica es una reconstrucción de las motivaciones, de la psicodinámica, de las crisis existenciales del individuo. La motivación se trata de una fuerza hipotética, representada subjetivamente por pensa-

mientos y sentimientos y, objetivamente, por una tendencia para ciertos tipos de acciones. Las motivaciones resultan de la interacción de factores intra-psíquicos, familiares y socioculturales. Al responder a la pregunta “¿Por qué?”, se hace necesario recolectar toda la historia del individuo, en sus diferentes áreas, para permitir reconocer la presencia de factores no inmediatos que predisponen al hecho.

Cuando existe la tarea de probar si una muerte fue por suicidio, además de demostrar la intención (consciente) del fallecido, es fundamental analizar las características psicosociales de la víctima, para identificar lo/s motivo/s que, a lo largo de la vida, ayudaron para conformar la estructura suicida. La autopsia psicológica posibilita reconstruir el estilo y la historia del fallecido, permitiendo determinar por qué la víctima hizo lo que hizo. La motivación es de extrema importancia para el profesional que necesita emitir un parecer y/o convencer a jueces y/o jurados, que el fallecido tenía motivo/s para morir y para hacerlo intencionalmente. Sin la identificación de lo/s motivo/s psicosociales, pocas defensas sobre muertes por suicidio tendrán éxito.

Aparte de eso, es necesaria la investigación de factores predisponentes recientes (inmediatos), que revelarán factores estresantes y precipitantes y que permitirán responder a la pregunta “¿El qué?”. Hay, entonces, cuatro cuestiones básicas a ser respondidas en la ESAP: “¿El qué?”, “¿Por qué?”, “¿De qué?” y “¿Cómo?”. Y hay cuatro constructos subyacentes a esta estrategia. Los precipitadores y/o estresores son los hechos o circunstancias que accionarían el último empujón para el suicidio. La motivación podrá ser comprendida a través de la identificación de las razones psicológicas para morir, profundamente establecidas en la conducta, en el pensamiento, en el estilo de vida y en la personalidad como un todo. El grado de letalidad será medido a través de la identificación de la elección del método. La evaluación del grado de lucidez, o sea, del papel consciente del propio individuo en el planeamiento, preparación y objetivación de la acción autodestructiva, establecerá la intención del sujeto. Acompaña la ESAP un Formulario para la Toma de Decisión (FTD), con instrucciones para que los evaluadores puedan analizar y calificar

la probabilidad de ocurrencia de suicidio, comparando las informaciones obtenidas en los cuatro módulos de la entrevista. Se llega a la probabilidad de ocurrencia o no de suicidio, siguiendo un esquema de decisión similar al proceso de algoritmo, que representa el raciocinio clínico. A través de ese proceso, los evaluadores siguen diferentes pasos en los módulos (4 pasos en el primero, 7 pasos en el segundo, 5 pasos en el tercero y 8 pasos en el cuarto), que serán considerados puntos-llave en la medida de concordancia inter-evaluadores. El último paso, en cada módulo, trae la decisión final respecto de precipitadores y/o estresores, motivación, letalidad e intencionalidad relacionados con el caso.

En la parte final del Formulario para la Toma de Decisión (FTD), se presenta un resumen de los cuatro módulos, con la intención de facilitar la obtención de una impresión final sobre el caso. Seguramente las conclusiones parciales, en cada uno de los módulos de la entrevista, dieron más seguridad a los evaluadores para emitir y/o cualificar la decisión final en el esquema decisivo.

La evaluación retrospectiva en el ámbito de la actuación profesional de psicólogos y psiquiatras clínicos y forenses es un tipo de pericia basada en el análisis de datos, hechos y circunstancias pasadas, relacionados con un determinado individuo que no puede someterse al examen directo. Está siendo muy utilizada para delinear las características psicológicas de las víctimas de muerte violenta, colaborando en las investigaciones en las cuales no existen elementos suficientes para decidir si se trata de suicidio, homicidio o accidente, permitiendo también clarear, retrospectivamente, la capacidad de la persona ya fallecida para regirse a sí misma, administrar sus bienes y para tomar decisiones como firmar documentos legales (testamentos, seguros de vida, certificados de matrimonio, renuncia de propiedades, etc.). De esta forma, la autopsia psicológica auxilia a los médicos legistas y a los profesionales del área del derecho penal y civil, pudiendo contribuir también para la identificación de factores de riesgo y correlatos socio-demográficos del suicidio. Desde el punto de vista clínico puede tener efectos terapéuticos para los sobrevivientes en duelo que tienen el papel de informantes. El

profesional que trabaje con este tipo de evaluación necesita contar con su calificada experiencia clínica y asegurarse de tener un instrumento para la colecta de datos confiable, que le permita emitir conclusiones con un grado razonable de seguridad. Los resultados alcanzados en los estudios desarrollados con la ESAP demuestran que es una estrategia de evaluación confiable.

Referencias

- Isometsä, E.; Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Marttunen, M.; Aro, H. & Lönnqvist, J. (1997). Differences between urban and rural suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 297-305.
- Jacobs D. & Klein, M. E. (1993). The expanding role of psychological autopsies. In A. A. Leenaars (Ed). *Suicidology essays in honor of Edwin S. Shneidman* (pp. 209-247). Northvale: Jason Aronson.
- Kelly, T. M. & Mann, J. J. (1996). Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinician ante-mortem diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 337-343.
- Shneidman, E. S. (1999). Perturbation and lethality: a psychological approach to assessment and intervention. In D. G. Jacobs (Ed). *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (pp. 83-97). San Francisco: Jossey-Bass.
- Shneidman, E.S. (1994). Clues to suicide, reconsidered. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 4, 395-397.
- Werlang B. S. G.; Botega, N. J. (2003a). A Semistructured Interview for Psychological Autopsy: An Inter-rater Reliability Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 33, 3, 326-330.
- Werlang B. S. G.; Botega, N. J. (2003b). Entrevista semi-estruturada para autopsia psicológica em casos de suicídio. *Revista Brasileira de psiquiatria: Órgão Oficial da Associação Brasileira de Psiquiatria*. 25, 4, 212-218.

Las nuevas formas de enfermar.

Socioadicciones: Adicciones sin sustancia

Susana Calero

Siempre que se habla de adicciones, se hace referencia al consumo de drogas psicoactivas. Pocas veces incluimos alcohol y tabaco, consideradas adicciones socialmente aceptadas.

Sobre el tabaco, en la actualidad, gracias a la ley antitabáquica -ley 1799-, se está tomando conciencia del riesgo para la salud de la población, por lo que significa no sólo para el fumador activo, sino también para el pasivo. El alcohol preocupaba sólo al que lo consumía y a su familia. En el ámbito laboral y de Salud Pública preocupa por el bajo rendimiento del alcohólico en su labor y por su ausentismo. Por las patologías orgánicas que genera, que lo lleva a reiteradas internaciones, con el consecuente perjuicio económico para los lugares de su asistencia.

Actualmente, por el óbito de algunos adolescentes, que siempre se produjo pero que ahora se publicita, pasó a ser preocupación social y aquí incluyo familia, escuela, área de salud y Estado.

En realidad el alcohol siempre fue la sustancia adictiva que más preocupó a los que trabajamos desde hace tantos años en adicciones. Nunca hubo, ni hay, monoadictos, sino poliadictos, y el alcohol, junto con el tabaco, estuvieron siempre en la iniciación del consumo de todo sujeto adicto.

Como señalé al principio, el narcotráfico, el secuestro de drogas, la cocaína, la marihuana, el LSD, el éxtasis y ahora el paco o pasta base, siguen siendo la “vedette” al hablar de adicciones.

La propia sociedad ha descubierto que el hombre que la integra, es un esclavo de sus conductas compulsivas y de sus cargas genéticas. Gracias a esas conductas compulsivas y a otras patologías psíquicas, se han ido instalando dependencias o adicciones que no requieren del ingreso de sustancias al organismo.

Así surgen las llamadas por algunos autores “adicciones sin sustancia”, a las que prefiero llamar “socioadicciones”. Entra ellas, el juego patológico compulsivo o ludopatía, la adicción a la computadora, a Internet (aquí se incluyen los juegos en red), al chat, al sexo compulsivo, al trabajo, a las compras compulsivas, a la telefonía celular, desde donde también se puede participar en juegos de apuestas al igual que desde la computadora. Hablar de cada una de ellas sería necesario, ya que responden a diferentes características de la personalidad

*Médica Psiquiatra.
Psicóloga. Presidenta del
Capítulo de Adicciones de
la AASM. Directora del
Departamento de
Prevención de la AASM.
Coordinadora General del
Grupo de Trabajo de
Adicciones del
Hospital Dr. Teodoro
Alvarez. Integrante de la
Comisión Directiva
del Capítulo de
Drogadependencia y
Alcoholismo de APSA.
Directora de CACIS*

del individuo que las padece y sobretodo a comorbilidades que no debemos desconocer. Esto sería imposible en esta presentación: haré referencia al juego compulsivo o ludopatía, a la relación de éste con edad y género en el seguimiento asistencial de la última década.

Es cierto que el juego de azar participó en la vida del hombre desde los tiempos remotos, 2000 a.c., cuando todavía no existía el dinero; se apostaba por los bienes, según refiere la historia. Ludopatía, palabra derivada del griego, significa "juego patológico".

Morán, en 1975, denomina a la enfermedad como "juego patológico". Es en 1980, en el DSM

III, cuando se reconoce como un trastorno mental y se la incluye en la categoría de los trastornos del control de los impulsos no clasificados.

Tanto la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), la Organización Mundial de la Salud (OMS CIE-10) y el DSM IV, definen al jugador patológico como un individuo que se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos de jugar y que manifiesta la aparición de una conducta de juego que compromete, rompe o lesiona los objetivos personales, familiares y vocacionales.

Criterios diagnósticos del juego patológico DSM IV (APA, 1995)

F63.0: Juego Patológico [321.31]

A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Preocupación por el juego (por ejemplo, preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores, planificar la próxima aventura o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o aliviar la disforia (por ejemplo, sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de cazar las propias pérdidas).
7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas, para ocultar el grado de implicación con el juego.
8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego.
9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo, oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación causada por el juego.

publicidad

**Para publicitar en esta revista comunicarse con
Anabella Romano (Representante Comercial)
Tel 4431-1233 / 15-4436-2154**

La clasificación de los trastornos mentales realizada por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) difiere en el diagnóstico de esta patología de los criterios vertidos por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA).

CIE - 10:

1. Tres o más episodios de juego sobre un período de al menos un año.
2. Continuación de estos episodios a pesar del malestar emocional personal y la interferencia con el funcionamiento personal en la vida diaria.
3. Incapacidad para controlar las urgencias de jugar, combinada con una incapacidad de parar.
4. Preocupación mental con el juego o las circunstancias que lo rodean.

También menciona tres criterios para realizar un diagnóstico diferencial:

1. Un juego social habitual.
2. Un juego excesivo en enfermos maníacos.
3. El juego en el trastorno disocial de la personalidad.

Cuando nos referimos a un ludópata, pensamos en un sujeto que mantiene un vínculo habitual, reiterado, irrefrenable, perentorio, con el juego. El juego se convierte en el eje principal de su vida.

De ninguna manera quiero significar con esto que el juego en sí mismo es productor de patología. Es más, siempre señalé que el desarrollo psicofísico normal de todo niño requiere la realización de programas de juego suficientes y adecuados a su edad.

Tanto Klein como Freud coinciden en que el niño calma su ansiedad en el juego, donde lo sufrido pasivamente se hace activo y cambia el dolor por el placer.

Tanto en el niño como en el adulto, en el juego se puede crear y, además, favorece la comunicación. Lo planteado hace referencia a lo esperable en el juego normal. Cuando el juego se transforma en patológico, la persona concurre a los lugares de juego de azar para transformar el dolor en placer, ocultando las ansiedades, las angustias, las frustraciones, la soledad, los estados depresivos, entre otros. Pero en este jugar no hay elaboración, hay compulsión a la repetición, se niega el displacer y se lo convierte en placer, que engaña, atrapa y atrae.

En esta patología, más que en otras, pesa el concepto de que *el estímulo genera las conductas*. Frente al problema que vive el paciente ludópata, el confort, los colores, los sonidos, la buena atención del personal de las salas de juego, sumado a los premios que se ofrecen y a los ruidos que hacen las máquinas tragamonedas al otorgar un premio, estimulan las fantasías de

salir con los problemas resueltos. Sólo cuando salen sienten culpa y comienzan a ver los problemas consecuentes.

El dinero se perdió; el dinero era del sueldo que acababa de cobrar, el préstamo que se pi-



COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES - DISTRITO XII
(Quilmes - Avellaneda - Berazategui - Fcio. Varela)



1998-2008
ESCUELA DE ESPECIALIZACIÓN
Y POSGRADO

**ABIERTA LA INSCRIPCIÓN
INICIO DE CLASES EN
ABRIL 2008**

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Presidente y Directora Niños y Adolescentes: Psic. María Rosa D'Angelo - Directora general y Adultos: Lic. Gloria Seijo - Directora Sistémica: Lic. Esther De Castro - Directora Jurídica: Psic. Lía Ruiz Musante - Directora Educacional: Lic. Ana María Lestón

Seminarios teóricos - Grupo de Lectura -Talleres - Discusión de casos Clínicos - Supervisiones - Jornadas - Conferencias - Publicaciones - Pasantías.

ACREDITACIÓN: para la obtención del **CERTIFICADO DE ESPECIALISTA** otorgado por el Consejo Superior del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.

Reconocido por Ley 10.471 **CARRERA PROFESIONAL HOSPITALARIA.**

Reconocido por la **CÁMARA CIVIL** DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.

INFORMES

Tel.: 4224-2831 E-mail:
escspecd12@speedy.com.ar

dió para jugar o era el dinero que se sustrajo del cajón o bolsillo de alguien de su propia familia. Como una noria, la rueda sigue; se vuelve a las pocas horas o al día siguiente para “recuperar”, aunque el jugador sabe que entra para perder, pero esa es la excusa.

Considero importante hablar de género y edad después de llevar tantos años en la asistencia de estos pacientes.

He podido estudiar la situación frente al juego: de los jóvenes, de los adultos, de la tercera edad. Voy a hacer referencia a la mujer en su etapa de los 30 a 65 años.

Sabemos que en nuestra sociedad la familia se halla en situación de crisis o por lo menos cambiando de lo que fuera hasta ahora la familia clásica. La mayoría de los vínculos de pareja se conforman por la convivencia, sin una configuración legal, y las separaciones de los matrimonios legalmente constituidos son cada vez más frecuentes.

¿Qué sucede con la mujer entre los 35 y 65 años? Si llegando los 35 años no pudo formar pareja, me refiero a pareja estable, conviviente, siente desesperanza, se agudiza su vivencia de soledad, de persona añosa y va buscando lugares donde pasar sus horas libres y sus fines de semana. Las salas de juego, desde hace más o menos 10 años, muestran esta característica poblacional: mujeres solas que buscan relacionarse con los grupos del mismo sexo o de ambos sexos, que son habitués en los horarios y días en que ellas concurren. Así inicia una actividad en la que *no está sola*.

Otra problemática femenina, entre los 40 y 50 años, que suele tener como base el comienzo del juego compulsivo, según los casos asistidos, es la separación de la pareja, la ida de los hijos, famoso “síndrome del nido vacío”, o la continuidad de convivencia en pareja con total desavenencia, indiferencia y agresión, viviendo bajo el mismo techo pero durmiendo en cuartos separados, es decir, *solas* en compañía; esos espacios también suelen llenarse con el juego.

En todos los casos la vivencia de soledad lleva a la angustia y al comienzo de cuadros depresivos, con ideas de desesperanza y sin visión de futuro.

Al comienzo los tiempos se ocupan yendo a tomar una copa con amigas, ingresando a un

gimnasio, cubriendo el tiempo con la computadora y el chat, pero pronto se agrega el ir a conocer y probar suerte en lugares de juegos de apuesta o abocarse en forma desmedida a la actividad laboral, sin dejar horas para enfrentarse con la realidad sentida, la soledad.

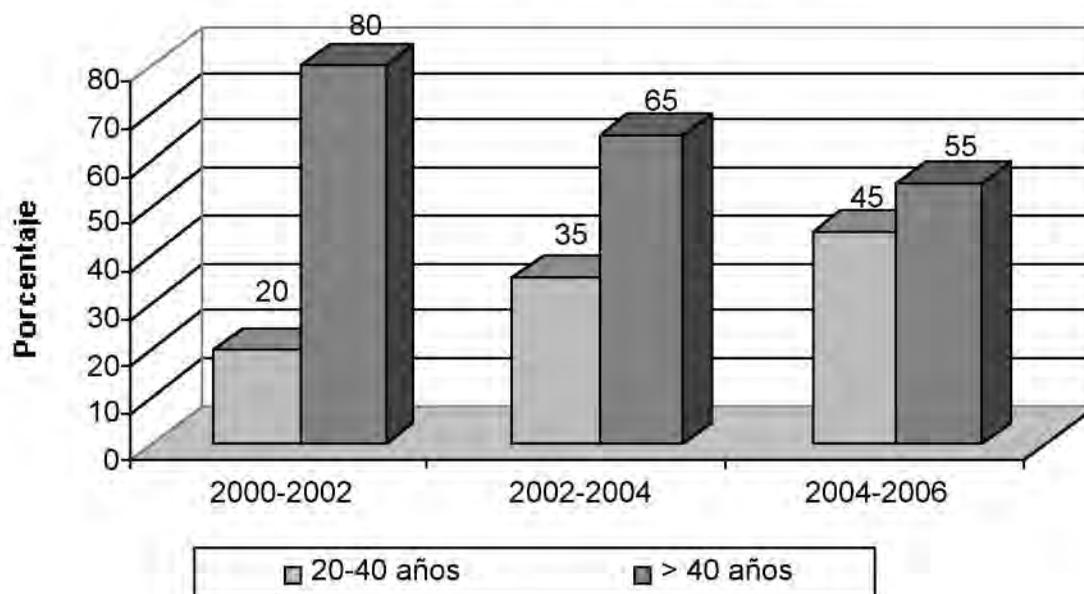
Aquí vemos la posibilidad de entrada a otras socioadicciones: la computadora, el chat o el trabajo. Hoy existe una importante demanda de tratamiento por adicción a la computadora, a juegos en red y al chat, que al igual que la ludopatía disminuyen horas al trabajo y aíslan de la relación social y familiar.

Como en toda adicción, la familia es la última en enterarse del problema, a pesar de haber pasado por el período de “coadictos” durante mucho tiempo. Así es como el paciente pedía dinero prestado para llegar al cobro de su próximo sueldo. Solicitaba préstamos en distintas entidades financieras, desde donde llegaban cartas todos los meses con los reclamos de pago. Sustraía dinero de sus familiares, utilizaba dinero de su lugar de trabajo. Cuando todo esto “estalla”, para ser más gráfico, el momento en el que se empieza a hablar del problema, el paciente ya está con un grave cuadro psicopatológico. Las presiones de los acreedores y los problemas legales, la pérdida del trabajo, el blanqueo de la situación frente a la familia, que nunca es completo, ponen en acción su grave estado depresivo, sus ideas e intentos de suicidio.

Allí el paciente requiere un tratamiento intensivo de tipo individual, grupal, familiar y psicofarmacológico.

Considero interesante que veamos cómo se fue dando a través del tiempo la variación en edad, sexo y tipo de juego entre los pacientes que concurren a la asistencia de esta patología. Son pacientes que voluntariamente, derivados por otros profesionales o traídos por sus familiares, asisten a la consulta. Estos pacientes son de un Servicio de Adicciones de un hospital público, Hospital Dr. Teodoro Álvarez y de un Centro Asistencial, CACIS, Centro de Asistencia, Capacitación e Investigación de las Socio Adicciones: La estadística se basa en la toma de 200 historias al año desde el 2000, 100 historias de cada uno de los dos lugares señalados. Fechas de registros tomados: marzo/2000 a marzo/2007.

Gráfico 1: Edad de Inicio del Tratamiento



Cuadro 1

	Edad de Inicio en el Juego	
	Mujeres	Hombres
2000 - 2002	30 - 40 años	15 - 20 años
2002 - 2004	21 - 30 años	13 - 19 años
2004 - 2006	18 - 27 años	13 - 19 años

Cuadro 2

	Juegos más Frecuentes	
	Mujeres	Hombres
2000 - 2002	Bingo - Tragamonedas	Casino - Hipódromo
2002 - 2004	Bingo - Tragamonedas Ruleta	Casino - Hipódromo Tragamonedas
2004 - 2006	Bingo - Tragamonedas Ruleta - Quiniela	Casino - Hipódromo Tragamonedas Quiniela

Esto muestra claramente el aumento de esta patología en la mujer, el comienzo a edades más tempranas y el incremento de las variedades de juegos.

Con motivo de crear distracción, favorecer el turismo, abrir fuentes de trabajo, el juego ha ido creciendo en forma alarmante en nuestras ciudades.

En el país se cuestionan horarios de funcionamiento en algunas provincias. En otros países se intenta prohibir su habilitación.

En todos los casos se conoce la gravedad del adicto al juego o jugador compulsivo, pero todos se quedan en el discurso.

No hay suficiente conciencia del grave sufrimiento del paciente y su familia.

Tomar a tiempo esta patología no es difícil; al igual que en todas las adicciones, hay que cambiar el sistema de prevención. No basta señalar el daño que ocasionan las sustancias y las sociadicciones en el individuo. Deberíamos buscar qué le pasa al sujeto para entrar en ellas y allí comenzar prontamente los tratamientos.

Bibliografía

- Allcock, C.C. (1986): *Pathological gambling. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.
- Báez, C. y Echeburúa, E. (1994): *Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. Clínica y Salud*.
- Becoña, E. (1995): *Juego patológico*. En V. E. Caballo, G. Buéla-Casal y J.A. Carrobes (eds.). Madrid.
- Brown, R. I. F. (1993): *El papel de la activación, distorsiones cognitivas y búsqueda de sensaciones en las adicciones al juego. Psicología conductual*.
- Echeburúa, E. y Báez, C.; Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994): *Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS)*.
- Rodríguez-Martos, A. (1987): *El juego... otro modelo de dependencia. Aspectos comunes y diferenciales con respecto a las drogadependencias*. Barcelona: APAT, *Fons Informatiu*, núm. 12.
- Farré Martí J., *Diccionario de Psicología*, Ed. Océano. Barcelona. 1999. Pág. 15.
- Belloch y otros: *Manual de Psicopatología, Volumen I*. Madrid. Mc Graw-Hill. 1995. Pág. 588.
- *Diccionario de Ciencias Médicas de Stedman*, Ed. Panamericana.
- CIE – 10.
- DSM III R.
- DSM IV.
- López, Rafael Ernesto: *“Adictos y adicciones. Una visión psicoanalítica”*. *Perspectiva actual*. Monte Ávila Editores. 1991.
- Winnicott, Donald: *“Realidad y Juego”*. Gedisa editorial. 1999.
- Asappia: *“Trabajo Psicoanalítico con adolescentes”*. JVE ediciones 2003.
- Garrido, M.; Jaén, Pedro; Domínguez, Ana: *“Ludopatía y relaciones familiares”*. Paidós. Barcelona. 2004.
- Reynoso, R.: *Psicopatología y clínica infanto-juvenil*. Buenos Aires. Ed. Belgrano.
- Freud, S.: *Obras completas*. Ed. Amorrortu.
- *Guía informativa de AONUJER*.
- Dres. Ángela Ibáñez y Jerónimo Sáiz: *La ludopatía es un problema creciente de salud pública. Un nuevo trastorno con mucha antigüedad*. *Archivo de Internet*.
- Echeburúa, E. (1999): *Adicciones sin drogas*. Madrid. *Temas de hoy*.
- Echeburúa, E. (1999): *Adicciones sin drogas*. Bilbao. Desclee De Brouwer.
- Ladouceur, R. (1999): *Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar. Psicología conductual 1*.
- Ladouceur, R. y Walker, M. (1998 a): *Aproximación cognitiva para la comprensión y tratamiento del juego patológico. Psicología contemporánea*.

AASM

**Asociación Argentina
de Salud Mental**

**Ayacucho 234
Ciudad de Buenos Aires
Tel.: 4952-8930
www.aasm.org.ar
administracion@org.ar**

- Lesieur, H. M.: *The Chase*. Rochester. Schenkman Books. 1984.
- Blume, S. B. & Lesieur, H. R.: *Characteristics of pathological gamblers identified among patients on psychiatric admissions service*. *Hosp. Community Psychiatry*. 1990. 41 (9): 1009-1012.
- Ladouceur, R.; Dubé, D. & Bujold, A.: *Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area*. *Can J Psychiatry*. 1994. 39 (5): 289-293.
- Lesieur, H. M.; Cross, J.; Frank, M. et al.: *Gambling and pathological gambling among university students*. *Addict Behav*. 1991. 16: 517-527.
- Strachan, M. L. & Custer, R. L.: *Female compulsive gamblers in Las Vegas*. In: Eadington, W. R. & Cornelius, J. A. (Eds.) - *Gambling Behaviour and Problem Gambling*. Reno. NV. Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming. 1993. Págs. 235-238.
- *Can J Public Health*. 2001. May-Jun. 92(3):168-72. *Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling behaviour in the United States and Canada*. Shaffer, H. J.; Hall, M. N.: *Division on Addictions, Harvard Medical School*.
- Sommers, I.: *Pathological gambling: estimating prevalence and group characteristics*. *Int J Addictions*, 1988; 23: 477-490.
- Ohtsuka, K.; Bruton, E.; Deluca, L. et al.: *Sex differences in pathological gambling using gaming machines*. *Psychol Rep*. 1997; 80: 1051-1057.
- Calero, Susana E.: *Ludopatía. Estadísticas y Casos Clínicos*. Ed. Alcmeon. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatra* Nro. 47. 2005.
- Calero, Susana E.: *Medicina Psicosocial. Lectura Psicoanalítica. Tomo II*. Ed. Librería AKADIA. 2007.



• Instituto argentino de terapeutas relacionales

Directora General: LIC. M. ROSA GLASSERMAN
Directora de Docencia: LIC. ANA I. MARTÍNEZ

Fundación FAMILIAS Y PAREJAS

Instituto argentino de terapeutas relacionales

ASISTENCIA - DOCENCIA - INVESTIGACIÓN

**CURSOS DE FORMACIÓN EN CLÍNICA
SISTÉMICO-RELACIONAL 2008**

MODALIDADES DE CURSADA:

SEMANAL - MENSUAL - INTENSIVO 3 SEMANAS AL AÑO

Seminarios - Talleres - Ateneos - Presentaciones clínicas
- Supervisiones - Entrenamiento Clínico Intensivo.

Pasantías Participación en programas de Clínica e Investigación:

Diversidades Familiares - Familias Ensambladas
Familias con Niños y Adolescentes - Pareja
Familias con Conflictos Jurídicos
Trastornos de la Conducta Alimentaria - Violencia Familiar

INFORMES E INSCRIPCIÓN: Beruti 4583 6º Piso - TEL/FAX: 4777-3719 / 3251.
E-MAIL: info@familiasyparejas.com.ar WEB: www.familiasyparejas.com.ar



• "CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN
"TERAPIA SISTÉMICO-RELACIONAL".
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
SECRETARÍA DE POSGRADO
INICIO: MARZO 2008

Informes e inscripción: Avda. Independencia 3051, 2º piso, Capital Federal,
Tels. 4932-2225 / 4957-5879
E-mail: posgrado@psi.uba.ar Web: www.psi.uba.ar/posgrado

Repetición y Arte

Mario Antmann

Psicoanalista
Coordinador de la sección
de Arte y Psicoanálisis de
www.elsigma.com
Miembro fundador del
grupo de investigación en
Arte y Psicoanálisis
"Caracú".
Coordinador del Taller de
Jazz de la Fundación
Lacantonal
(Arte y Psicoanálisis).

*"...la selva estaba agazapada, encorvada en silencio.
Entonces habló el trueno
¿Qué hemos dado?
Amigo mío, sangre que turbe mi corazón
La terrible osadía de un momento de renuncia
que un siglo de cordura nunca podría redimir..."¹*

Dice Lacan en *De nuestros antecedentes*: "La fidelidad a la envoltura formal del síntoma, que es la verdadera huella clínica a la que tomábamos gusto, nos llevó a ese límite en que se invierte en efectos de creación"².

Se trata entonces de preguntarse cómo es que se produce esta inversión, en qué punto aquello que repite en lugar de dirigirse a la producción sintomática se constituye en lo que deviene creativamente.

Dice Lacan: "El sujeto es totalmente impotente a justificar y se produce significante; se produce S1 y tanto más impotente a justificar que este significante Uno lo representa para otro significante".

Es a través de eso que pasan todos los efectos de sentido. Se trata realmente de la articulación entre S1 y S2. Esa articulación es la condición de los efectos de sentido. Tiene siempre algo de arbitrario. El sujeto no lo puede justificar. Y los efectos de sentido se taponan inmediatamente, produciendo un impasse. La astucia del hombre es colmar todo eso con la poesía, que es a la vez efecto de sentido y efecto de agujero.

TIEMPOS DE LA REPETICIÓN

Tiempo uno: El del encuentro mítico de la experiencia de goce.

Tiempo dos: Reiteración de un rasgo, de recuperación diría Kierkegaard, esto es la intromisión de una diferencia.

En la intervención de la diferencia se introduce precisamente la pérdida, la distancia del goce del que hay conmemoración y lo que queda de él al volver a ser evocado en la recuperación del rasgo.

Lo que fue repetido en el tiempo dos difiere; la repetición siempre es nueva porque trae la novedad de la diferencia.

Queda una aspiración a un reencuentro, un deseo, entonces la repeti-

¹ Elliot, T. S.: *Poema V: Lo que dijo el trueno en "La tierra yerma"*.

² Lacan, Jacques: "Escritos I", *"De nuestros antecedentes"*, pág. 60, Ed. Siglo XXI, Bs. As.

ción propiamente dicha se da en el tiempo tres: repetición de la pérdida del tiempo dos, repetición de la pérdida y, también con la pérdida, repetición del goce del "Uno" en cuestión.

Es en tanto deseo, en tanto movimiento libidinal que la repetición está, como señala Kierkegaard, vuelta hacia el futuro.

"Lo que fue, repetido, difiere, y queda sujeto a redundancia", dice Lacan, redundancia que para el artista es la posibilidad de una dispersión donde encuentra la forma de tropezar con ella de una manera nueva.

La diferencia que busca el artista es entre lo imposible que llama y lo posible que responde, entre el vacío y sus poéticas, entre lo ya escrito aquí y lo que el decir no abarca.

Tal su apertura, su afuera.

Tal su travesía.

Como señalábamos, se constituye el inconsciente y su posibilidad de cifrado, a partir de estos tres tiempos que se sitúan en el conjunto vacío que los presupone, el sujeto.

La repetición no es otra cosa que esta reiteración de la estructura del "Uno" y el conjunto vacío.

En el número el tema no es la cantidad "...sino solamente el ser capaz de enganchar el Cero y el Uno. Por ahí se haría la entrada de este Real, este Real único en poder ser lo más allá del lenguaje"³.

Para acercarnos a este real será preciso aproximarnos por el lado de la invención, del lado del efecto poético, alejado del sentido, el análisis debería tender a posibilitar un recorrido por el goce que dé lugar a efectos de creación.

En tanto el secreto del arte... -dice Walter Muschg- es que encuentra una revelación en lo que aparentemente no tiene sentido...

Rescata del olvido, de la ausencia, algo que repitiendo nunca hubo.

REPRESENTACIÓN Y LITORAL

La poesía, en el sentido de la poiesis y no de la metáfora, nos permitiría intentar llegar a ese real del síntoma, que no es lógico ni lingüístico,

y sí matemático y sí poético.

Escribir implica un vacío, darle sentido opacarlo. En el momento del análisis en el que el sujeto ya no es representado en el Otro, cuando ya no es el lugar en donde se aliena, el sujeto se aferra a aquello que resulta ser su punto de amarre, el objeto a.

La letra, en tanto, se vuelve litoral.

Lacan se interesó por la pintura china pues ésta permite una distinción donde lo real no está en oposición, no es exterior, ahí se deduce un litoral, totalmente interior, entre el sentido, el efecto de sentido y el lugar del goce.

Lacan se pregunta en Lituraterre: ¿Cuáles son las condiciones para que un discurso pudiese, hablando con propiedad, afectar al goce y a su litoral a partir del significante?

El significante plantea el problema de la representación; esta es de un estatuto diferente en el pensamiento chino; en el mismo, para poder percibir la realidad, hay que percibir la naturaleza atravesada por lo sagrado.

Para eso el hombre tiene que abandonar la vio-

Fundación Etiem
Enseñanza Tratamiento e Investigación
de las Enfermedades Mentales

SEMINARIOS DE VERANO

CLINICA DE LA PSICOSIS

Beatriz Schlieper

OBSTACULOS FRECUENTES EN LA CLINICA
PSICOANALITICA

Carlos Gustavo Motta

PSICOPEDAGOGIA. APORTES PARA UNA
INTERVENCION CLINICA POSIBLE

Marta Herrera

CLINICA DE LAS TOXICOMANIAS

Marcelo Olmedo

PORQUE SUFREN LOS NIÑOS HOY?
PROBLEMAS ACTUALES DE LA PRACTICA
CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Gabriela Basz

PROGRAMA DE ESPECIALIZACION
EN CLINICA PSICOANALITICA
PARA GRADUADOS

Guatemala 5070 - (CP 1425) Buenos Aires - Tel (5411) 4774-2389
Fax (5411) 4831-5872 - fundacion@etiem.com.ar - www.etiem.com.ar

³ Lacan, Jacques, seminario 19 : " El saber del analista", inédito, clase del 3 de marzo de 1972.

lencia de exigirle al universo que se manifieste según nuestra propia interpretación.

El propósito del *zen* es recuperar la contemplación de lo que la cosa es, independientemente de las interpretaciones o imágenes del propio sujeto; lo que se busca es una suerte de vacío en la interioridad de la mente.

La tradición oriental china está fuertemente atravesada por el camino de *Lao tse*, *Tao te king*, la búsqueda del *tao*; el *tao* es el sendero que lleva hacia la realidad como vacío. Y ese vacío es indecible, no puede ser forzado a manifestarse. Hay una curiosa afinidad entre el camino chino de *Wu Wei* y lo que puede ser la filosofía occidental crítica de la modernidad cartesiana, manifestada por el pensamiento heideggeriano. En su famosa conferencia sobre la cosa, Heidegger dice que: “el centro de gravedad conflictiva de la modernidad se relaciona con un acto de violencia, que el sujeto cartesiano ejerce sobre las cosas”. “La época moderna”, como Heidegger manifiesta famosamente, “es la época de la imagen del mundo”.

Para el hombre cartesiano y moderno no existe la realidad como un conjunto de fenómenos independientes de la interpretación del sujeto.

En la modernidad ocurre algo más: La propia realidad es una imagen, es una representación. A su vez, como señala Grüner: en esta época la comunicación es la reducción de los enigmas del infinito al segmento efímero e ilusorio de su traducibilidad.

La idea de la representación es tributaria del imaginario de que todo es comunicable.

¿Cómo intentar acercarse a algo del orden de lo real?

¿Cómo escamotearlo entre el todo visible y el todo comunicable?

Según lo desarrollado por Gerard Wajcman en “El objeto del siglo” la búsqueda del arte moderno está en relación con el surgimiento del significante puro en tanto que:

- 1) No quiere decir nada.
- 2) No se parece a nada.

Un significante despegado de sus adherencias a la imagen.

El arte, entonces, propone la búsqueda, la creación de nuevos lenguajes, no para representar algo ya visto sino para presentar la posibilidad de un lenguaje nuevo.

La búsqueda de la modernidad se resumiría

en: “No significar nada de lo que se muestra y no mostrar nada que sea la imagen de cualquier cosa”.

¿Qué queda una vez que la obra de arte se libera de la significación y de la semejanza? Queda la obra misma, reducida a una pura presencia, a su pura materialidad.

Didi-Huberman, comentando “Lo visible y lo invisible”, se pregunta: “¿Qué sería, pues, un volumen que mostrara la pérdida de un cuerpo? ¿Cómo mostrar un vacío? ¿Y cómo hacer de ese acto una *forma* que nos mira?”.

La forma quizás de mostrar un vacío, de apuntar a la falta en el arte contemporáneo, sea incomodando a lo establecido que nos produce malestar, muchas veces a través de la superposición de textos lumínicos, lenguajeros, de una lectura, de una elección de lo que hay a disposición, de lo que retorna, de un eco, donde la letra es pintura agregada y el color también impone un recorrido discursivo, donde escuchamos voces de escrituras olvidadas, recuperadas, presencia de letras ausentes que hablan, gritan, pero nunca cierran la carta de lo que nos vienen a decir.

Bibliografía

Lacan, Jacques: “Escritos I”, “De nuestros antecedentes”, Ed. Siglo XXI, Bs. As.

Miller, Jacques-Alain: “Lacan con Joyce”, Revista *Uno por Uno*, No 45, Paidós, Bs. As.

Toté, Susana: “¿Qué es lo que impide hacer el amor solamente con palabras?”, publicación de la P.P.S, Bs. As., 2002.

Lacan, Jacques: Seminario 19: “El saber del analista”, inédito.

Lacan, Jacques: Seminario 19: “...óu pire”, inédito.

Soler, Colette: “La repetición en la experiencia analítica”, Ed. Manantial, Bs. As., 2004.

Ierardo, Esteban: “Conferencia sobre mitología en el Malba”.

Laurent, Eric: “La carta robada y el vuelo de la letra” en “Síntoma y Nominación”, Colección *Diva*, Bs. As., 2002.

Grüner, Eduardo: “El sitio de la mirada”.

Alcantud, Victoriano: “Imágenes”.

Wajcman, Gerard: “El objeto del siglo”.

Mujica, Hugo: “La poética del vacío”.



COMUNICACIONES LIBRES Y POSTERS

Las comunicaciones libres no deberán exceder en su extensión los 10 minutos de lectura (la presentación deberá enviarse a administracion@aasm.org.ar).

No es obligatorio que la temática de los trabajos tenga que ver con el título del congreso. Los pósters deberán medir no más de 90 cm x 1,20 metro. Deberán poder leerse a un metro de distancia.

Se otorgarán menciones a los mejores trabajos libres y pósters presentados y que hayan sido seleccionados para ser incorporados al libro "Modernidad, Tecnología y Síntomas Contemporáneos". Todos los autores de comunicaciones libres y pósters deberán estar inscriptos en el congreso.

Fecha límite de presentación de resúmenes para trabajos libres y pósters (hasta 15 líneas): 18/01/2008 o hasta completar disponibilidad.

MESA REDONDA

Las mesas redondas deben estar conformadas por tres disertantes. Los tres serán propuestos por el organizador de la mesa. Todos deberán estar inscriptos en el congreso. La mesa tendrá una duración máxima de una hora.

Es conveniente que la mesa redonda se organice de manera tal que

AASM 2008 III Congreso Argentino de Salud Mental

al finalizar las disertaciones queden unos veinte o treinta minutos para preguntas de los asistentes. La presentación del resumen deberá efectuarse por e-mail (administracion@aasm.org.ar). No es obligatorio que la temática de la mesa tenga que ver con los ejes temáticos del congreso.

Fecha límite de presentación de resúmenes para mesas redondas: 20/12/2007 o hasta completar disponibilidad.

LIBRO "MODERNIDAD, TECNOLOGIA Y SINTOMAS CONTEMPORANEOS"

Si desea que su trabajo, póster o mesa redonda sea evaluado para ser incluido en el libro del congreso deberá enviar su trabajo completo (máximo 6 páginas a doble espacio en Arial tamaño 12, incluyendo bibliografía) antes del 21 de enero de 2007. Solicitar información completa a administracion@aasm.org.ar.

EL PSICOANALISIS Y LA SALUD MENTAL EN SU AMBITO MAS ACADEMICO



**CARRERAS DE
POSGRADO
UNIVERSITARIO**

Especialización en Psicoanálisis (CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE LA IPA)

Director: Dr. Pedro Boschán

Especialización en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes (CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE LA IPA)

Directora: Dra. Susana Bidolsky

Especialización y Maestría en Psicopatología y Salud Mental

Directores: Dr. Carlos A. Bucahi - Dr. Alfredo Ortiz Frágola

Maestría en Familia y Pareja

Directores: Dra. Janine Puget - Dr. Isidoro Berenstein

Maestría en Cultura y Salud Mental

Director Dr. Félix Schuster

Open House: 15 de Diciembre de 10 a 12 hs.

Matrícula Anticipada

CON EL RESPALDO DEL DPPT DE LA
ASOCIACION PSICOANALITICA
INTERNACIONAL - IPA

AUT. PROV. POR DEC. N° 352/05 DEL PEN ART. N° 62 LEY 24521 EDUC. SUPERIOR APROBADO POR RES. MIN. N° 512/06

Maure 1850 Ciudad de Bs. As. Tel: 4775 7867 / 4775 7985 int 14 / 4899 1607 info@iusam.edu.ar



Asociación
Psicoanalítica
de Buenos Aires



IUSAM
Instituto Universitario de Salud Mental
ASOCIACION PSICOANALITICA DE BUENOS AIRES

El pasaje al acto, de la psiquiatría al psicoanálisis

Pablo D. Muñoz

Licenciado en Psicología
y Magíster en
Psicoanálisis
de la Universidad
de Buenos Aires.

Jefe de trabajos prácticos
regular de la cátedra II
de Psicopatología de la
Fac. de Psicología (UBA).

Investigador formado
UBACyT. Docente de
Posgrado. Subsecretario
de Extensión, Cultura y
Bienestar Universitario
de la Facultad de
Psicología de la UBA.

E-mail:
pmunoz@psi.uba.ar

No sin la inspiración que me suscita el nombre de esta Revista -*Conexiones*-, considero que una contribución a sus páginas -por la incalculable variedad de público que puede acceder a ella- debe necesariamente ser lo más amplia y lo menos panfletaria posible. En ese sentido, pienso que el trabajo que Jacques Lacan hace en torno del concepto de *pasaje al acto* se aviene muy bien a cumplir con ese precepto, sobre todo por la *conexión* que establece entre dos campos que no siempre se relacionan amigablemente: la psiquiatría y el psicoanálisis.

En efecto, Lacan opera con un término tomado de la psiquiatría francesa de su época (*passage à l'acte*) y lo convierte en un concepto clínico psicoanalítico absolutamente original. Y esta operación no implica un cuestionamiento de sus fundamentos doctrinales psiquiátricos sino, por el contrario, su revitalización, sin por ello dejar de mostrar sus diferencias y de concebir modificaciones. Él trabaja cuidadosamente, con respeto y seriedad, hasta producir y formalizar el concepto psicoanalítico de *pasaje al acto* en 1962, en *La angustia*. Ese camino es largo y sinuoso pues hasta ese año, y desde 1931, mantiene diversas definiciones, nunca unívocas, pues siguen el ritmo con que avanza su enseñanza en psicoanálisis. Luego de haber rastreado sus antecedentes psiquiátricos, uno puede hacerse a la idea del panorama de las condiciones en que encontró el problema del pasaje al acto, lo cual a la vez facilita medir la originalidad específica de su abordaje, como así también las filiaciones que lo vinculan con su arraigo histórico.

1) LACAN PSIQUIATRA

Los fenómenos de *pasaje al acto* se han vinculado desde los comienzos de la clínica con los conceptos de impulsión y reacción. Lacan se asienta en esas premisas en su obra psiquiátrica pero años más tarde, ya en el marco de su enseñanza en psicoanálisis, acuña el término *pasaje al acto* dándole una especificidad psicoanalítica, con lo cual produce una ruptura respecto de aquellas filiaciones.

En esos tempranos comienzos de su obra lo describe como un fenómeno violento y reactivo, de características impulsivas, que cumple una función resolutoria del delirio. Esta unidad se sostiene a grandes rasgos, pues su obra psiquiátrica es compleja y dentro de ella se observan algunos matices diferenciales. En la tesis de 1932 esto se mantiene pero con una sensible diferencia: el análisis del fenómeno del *pasaje al acto* gira en torno del caso Aimée, en donde encuentra una aplicación específica -es el medio para la realización del autocastigo, entendido como satisfacción de la pulsión autopunitiva-. En 1938, con el

concepto de transitivismo dilucida la estructura imaginaria del fenómeno como identificación del yo con su semejante, a partir de lo cual el *pasaje al acto* resulta un modo de resolver la tensión imaginaria suscitada por los fenómenos de intrusión narcisística, el sentimiento de alienación de sí mismo del yo en el semejante. Por último, en 1946, recurriendo al *conocimiento paranoico*, corrige la proposición de 1932 y extiende la propuesta de 1938: sustituye el mecanismo de la *autopunición* por el de la *agresión suicida del narcisismo*, con lo cual el *pasaje al acto* deviene el medio que el yo encuentra para *fugarse* del objeto que le presentifica su constitución alienada en el otro semejante, apuntando a eliminarlo para borrar su propia división. El concepto de *kakon*, en tanto encarnación del mal de su incompletud, concepto que toma de la obra del mecanicista francés Paul Guiraud, comanda esta conceptualización en tanto es lo que el yo busca eliminar en el objeto al que se dirige su furia.

Es correcto afirmar que en su obra psiquiátrica Lacan sigue los lineamientos generales que en la psiquiatría clásica se habían dado sobre los fenómenos de *pasaje al acto*. Pero ello no alcanza para caracterizarla, pues se esfuerza por situarlos como ruptura y discontinuidad con la personalidad, valiéndose de los conceptos de proceso de K. Jaspers y reacción de E. Kretschmer, forjando una concepción discontinuista del fenómeno e introduciendo -incluso en psiquiatría- un abordaje novedoso del problema.

2) SUBVERSIÓN DE LA CATEGORÍA PSIQUIÁTRICA

Lo más sobresaliente de la subversión de la noción criminológica y psiquiátrica de *pasaje al acto* que Lacan practica se resume en cuatro puntos. Primero, lo convierte en un concepto clínico, dejando de ser un término descriptivo de conductas desviadas, violentas, criminales, delincuenciales, lo cual hacía que se lo connotara como patología en términos de locura, demencia, perversidad y caracteropatía, inscriptas en el marco de la impulsividad. Segundo, Lacan no rechaza su aspecto impulsivo pero, al relacionarlo con la noción de sujeto en psicoanálisis, deja de hablar de reacción, concepto de tradición psiquiátrica que lo tiñe de un aspecto automático. Tercero, este rasgo de la impulsividad es incluido en una extensión conceptual que hace que puedan considerarse tales muchos fenómenos comunes y corrientes, incluso cotidiana-

nos, que en el marco de la criminología quedaban afuera (como lo demuestra Lacan al incluir en esa categoría: el intento suicida de la joven homosexual, la interrupción de su tratamiento por parte de Freud, la defecación del Hombre de los lobos *infans*, la bofetada de Dora al Sr. K., su abandono del análisis con Freud, los fenómenos de fuga, e incluso la primera meditación cartesiana). Cuarto y último, el examen fenoménico que del *pasaje al acto* hace Lacan pone de relieve un aspecto que no había sido tenido en cuenta anteriormente, su estrecho e íntimo vínculo con la angustia, de modo que ésta opera como su causa formal -en el sentido aristotélico del término (la forma que el agente o causa eficiente procura darle a una materia)-. Así reformulado, trastocados su fin y objeto originales, el *pasaje al acto* como concepto psicoanalítico pierde sus referencias criminológicas, morales y psiquiátricas.

De estos cuatro vértices se desprenden importantes consecuencias que no hay espacio para extraer en estas páginas.



ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA DE BUENOS AIRES
CENTRO PSICOANALITICO
DR. DAVID LIBERMAN
 ORIENTACION E INVESTIGACION

- NIÑOS
- ADOLESCENTES
- ADULTOS
- FAMILIA Y PAREJA
- ORIENTACION VOCACIONAL/OCUPACIONAL
- TERAPIA GRUPAL
- EQUIPOS ESPECIALES

HONORARIOS INSTITUCIONALES

INFORMACIONES EN SECRETARIA:
 Tel. 4775-5882 / 7867 - de 10 a 17 hs.
 Maure 1850 - Buenos Aires
 E-mail: liberman@apdeba.org

3) LOS TRES REGISTROS DEL PASAJE AL ACTO: AIMÉE

De la psiquiatría al psicoanálisis el concepto de *pasaje al acto* es transformado. En 1948, al vincularlo con el concepto de agresividad, Lacan especifica su carácter resolutorio del delirio como resolución de la tensión agresiva suscitada por toda relación imaginaria. Hasta aquí es resaltada la estructura imaginaria del fenómeno, pero a partir del momento en que se introduce en su enseñanza la perspectiva estructuralista y la distinción de los tres registros, opera un punto de inflexión por el cual el *pasaje al acto* y su función se diversifican. Con ello supera los límites de lo imaginario y avanza hacia una concepción real.

Las primeras referencias de Lacan transitan de una concepción meramente fenoménica a otra en la que acentúa su vertiente imaginaria. Luego, vía el objeto malo kleiniano y el superyó, trasciende el registro de lo imaginario, atravesando el estadio del espejo. Ya en la tesis, en su exposición del caso Aimée, le da un valor central al goce que ella vislumbra como una imperiosa necesidad de una acción directa, intrusión de un goce insensato, innombrable, que la conduce al *pasaje al acto* homicida, liberador. Sólo así se tranquiliza y cede su delirio (Lacan 1932). Lo imaginario está concernido en las imágenes que agrede, en dos sentidos. Primero, por el hecho de que son representación del ideal que tiene de sí misma. La referencia al espejo en sus posteriores relecturas indica que la imagen atacada es representación de sí misma (*autopunición*), paradigma de lo imaginario. El autocastigo supone un dos: el que castiga y el castigado, duplicidad reunida en un único sujeto. En esa línea, la agresión atañe a lo imaginario en el *rebote social*: al agredir su ideal exteriorizado se agrede a sí misma, retorsión de la agresión que expresa su necesidad de castigo, su enorme sen-

timiento de culpabilidad, que Lacan liga inicialmente con la estructura del estadio del espejo y luego con la concepción de la agresión suicida del narcisismo. Segundo, lo imaginario está concernido en los 'dobletes' y 'tripletes' de unos mismos personajes" (Lacan 1933a, 336). Lacan destaca la claridad con que puede desnudarse la estructura imaginaria de reduplicación según la cual cada una de las perseguidoras es una nueva imagen de su hermana, convertida entre tanto en su imagen ideal.

No obstante, la agresión no se agota en la retorsión contra sí misma, en su dimensión especular. Lacan considera que hay una dimensión simbólica en su agresión, lo que permite oponer la conducta al *pasaje al acto* como simbólico. Empleado como sustantivo, lo simbólico designa el registro con el que tiene que ver el sujeto en tanto es representado por un significante para otro significante. Esto implica hablar de la función de lo simbólico. Lacan toma esta expresión de la antropología de C. Lévi-Strauss, quien la emplea para dar la idea de que el mundo social se estructura a partir de las leyes que regulan las relaciones de parentesco y el intercambio. Con ello se asignan funciones simbólicas a mitos, creencias y ritos atribuyéndoles un valor significativo. Así podemos pensar la función simbólica del *pasaje al acto*, cuando basándose en los crímenes inmotivados dice que el objeto agredido tiene valor de símbolo de su enfermedad, del mal, del *kakon*. Esta referencia inicialmente le permite dilucidar la estructura transitivista del *pasaje al acto* en tanto el *kakon* que se intenta alcanzar en lo que se agrede no es sino la propia imagen. Cuando luego complementa esta indicación, afirmando que lo que busca atacar es el *kakon* de su propio ser (Lacan 1948), la concepción del *pasaje al acto criminal* se precisa. Ello se verifica cuando en la *Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología*, acen-



moebius
difusión psi

MOEBIUS DIFUSIÓN se especializa en difundir actividades y eventos relacionados con la salud mental y la cultura en general: congresos, jornadas, cursos, reuniones, presentación de libros y cualquier otra información que pueda interesar a la comunidad psi. Contamos con la lista mas grande de e-mails de profesionales e instituciones psi Argentinas y del Mundo. Si desea difundir un evento o actividad psi, contáctese con nosotros a:

info@moebiusdifusion.com

Libro del II Congreso

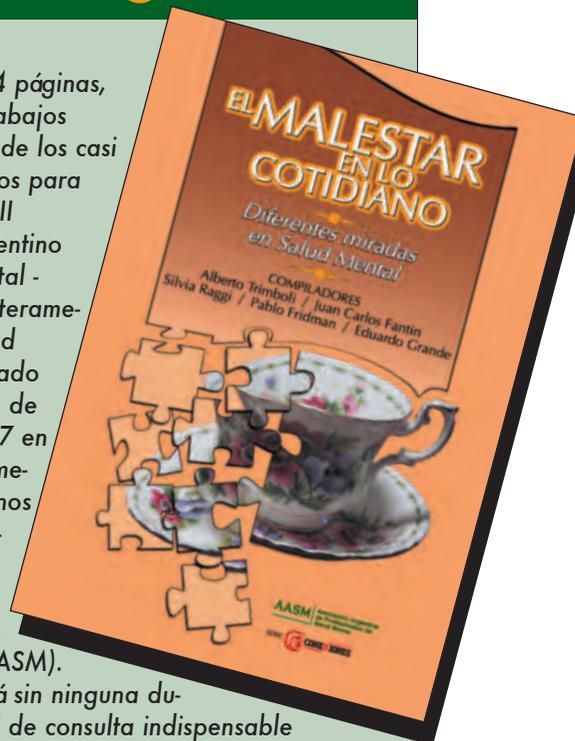
tuando su preocupación por el problema de la responsabilidad penal en los crímenes determinados por el superyó, afirma que el psicoanálisis en su captación tiene por efecto "irrealizarlos" (Lacan 1950, 126). Con ello indica que el psicoanálisis puede entenderlos desde otra perspectiva, produciendo un desplazamiento en su interpretación que no los circunscribe a su mera realidad, objetivándolos como hace la criminología, sino delimitando sus coordenadas simbólicas. Es su propuesta en ese escrito: "Son conductas que se vuelven, sin embargo, completamente claras a la luz de la interpretación edípica. Pero lo que las distingue como mórbidas es su carácter simbólico. Su estructura psicopatológica no radica en la situación criminal que expresan, sino en el modo *irreal* de esa expresión" [las itálicas son del original, las negritas nuestras] (*ibídem*, 123). Esta consideración -formulada en 1950, lo cual comporta una sorprendente anticipación de los desarrollos que propondrá años después con la introducción de la lingüística estructural- hace posible la localización de las coordenadas simbólicas que operan como condicionantes del *pasaje al acto* que para el sujeto se presenta como causado por una potencia irresistible que lo fuerza a actuar. Así, el psicoanálisis permite un desplazamiento en su lectura: *el pasaje al acto* ya no se reduce a una impulsión sino que tiene una intención que sólo puede entenderse simbólicamente.

En Aimée tuvo el efecto de diferenciar a la perseguidora elegida de entre todos los demás, y con ello produce una *diferencia* en la red de perseguidores que quebró el *círculo opresivo* (Lacan 1946), *círculo mágico* (Lacan 1935), *círculo vicioso* que atormentaba su ser. Si su direccionalidad no se agotó en la autoagresión, en lo imaginario del rebote social, es justo porque el *pasaje al acto* siempre apunta a *producir una diferencia* (como tal, propia del registro simbólico, pues su unidad constitutiva es el significante, inscrito en un sistema en el que toma su valor en virtud de su diferencia con los otros elementos del mismo). Con diferentes recursos conceptuales Lacan sitúa el pasaje al acto como intento de liberación respecto de un goce intrusivo e insoportable. Los diversos nombres de ese goce [mal, *kakon*, ser, objeto malo, objeto (a)], aunque lo matizan de distintos modos, apuntan a delimitar algo indiferenciado e infinito que en la subjetividad no se deja asimilar simbólicamente, lo cual nos conduce al registro de lo real. Por oposición a lo imaginario, lo real trasciende las apariencias, las

El libro de 624 páginas, incluye 230 trabajos seleccionados de los casi 1000 aceptados para participar del II Congreso Argentino de Salud Mental - II Encuentro Interamericano de Salud Mental, realizado el 22, 23 y 24 de marzo de 2007 en el Hotel Panamericano de Buenos Aires y organizado por la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM).

Esta obra, será sin ninguna duda, un manual de consulta indispensable en la que se incluyen los más variados temas relacionados con la Salud Mental. Los mismos son de gran nivel científico y sus autores provienen de universidades, hospitales, instituciones y organismos de varias provincias argentinas, de América Latina, España e Israel, entre otros.

Valor del Libro:
\$68 pesos (Argentina) o U\$S 22 (Exterior)



FORMAS DE PAGO:

**Socios AASM
10% de Descuento**

Tarjeta de débito
Tarjeta de crédito

Además, para Argentina puede pagarse con tarjeta de crédito en:

3 cuotas sin interés

6 cuotas de	\$11,98 pesos
9 cuotas de	\$8,32 pesos
12 cuotas de	\$6,42 pesos
24 cuotas de	\$3,70 pesos

INFORMES Y VENTA:

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

imágenes, pero también va más allá de lo simbólico. Mientras que este último se constituye por oposiciones como presencia y ausencia, elementos significantes discretos e indiferenciados -lo cual implica que algo siempre pueda faltar-, en lo real no hay ausencia (Lacan 1954-55), es pleno, está siempre en su lugar y es el reino de la indiferenciación. Si hay diferencia en lo real, es producto de lo simbólico. De este modo, lo real es lo que está por fuera del lenguaje, inasimilable a la simbolización, lo cual hace que Lacan llegue a articularlo con el concepto de imposibilidad. Lo real es lo imposible (Lacan 1964), porque es imposible de imaginar, imposible de integrar en el orden simbólico e imposible de obtener de algún modo.

Aunque no lo afirme expresamente, extendiendo su lógica de relación entre registros, se define la direccionalidad del *pasaje al acto* como el intento de producir una diferencia simbólica en ese imposible que es lo real. Intento de quebrar el círculo opresivo tormentoso, goce, real, sobre el cual lo simbólico intenta establecer alguna diferencia significativa que lo apacigüe, culminando con su indiferenciación, limitando su infinitización, *resolviéndola*. Empeño por ir más allá de la tensión especular por introducción de una diferencia en lo indiferenciado del *círculo mágico* que encierra su ser. En esa línea, el *pasaje al acto* es el último intento de un sujeto que no quiere desaparecer, de resolver la presión de un goce que amenaza con hundirlo. La fineza clínica de Guiraud lo ubicó con claridad: "cuando sienten agotarse las fuentes instintivas de su vida mental, no siempre aceptan pasivamente su hundimiento, tienen sobresaltos de energía, a menudo en forma ansiosa y dramática" (Guiraud 1931, 93), recurriendo al acto liberador.

En conclusión, los tres registros permiten aclarar la función resolutoria como el intento de producir una diferencia simbólica en lo real, introduciendo una diferencia significativa en donde prima la indiferenciación del goce intrusivo infinito del que se busca liberación. En ello radica su cara eficaz (pues cuando Aimée distingue en la red de sus perseguidores una de entre todos, se calma). Pero si esta faz del *pasaje al acto* es simbólica, la operación en sí es real. No se trata de la metáfora delirante de Schreber, ficción simbólica, se trata de una operación que no construye ficciones sino que opera en lo real. Esto indica -cabe destacarlo- que en la obra de Lacan la vía del *pasaje al acto* no es la única tentati-

va de solución. Las soluciones simbólicas como la de Schreber tienen una estructura diversa. El *pasaje al acto* en su dimensión de *point d'acte*, punto culminante de realización, acentúa su cara real. Lacan en su enseñanza equivoca el significante *realizar* y lo define como "hacer real". Emulando ese juego podemos conceptualizar el *pasaje al acto* como una operación real, en el sentido de que "realiza" el goce: no simboliza el goce sino que lo hace pasar a lo real.

En efecto, así lo define en el *Seminario 10*: "la función de (a) es tan prevalente que [la joven homosexual] llegó a pasar a ese real, un *pasaje al acto*" (Lacan 1962-63a, 126). A partir del esquema de la división subjetiva da cuenta de la producción del objeto (a) como resto de la operación de inscripción del sujeto en el campo del Otro. Es ese caso de Freud el que le da la pista que le revela esta característica estructural de la relación del sujeto con el objeto. Esa función de resto que el (a) tiene para el sujeto en relación con el Otro, Lacan la encuentra en Freud en el intento suicida de la joven: "la llamé, con un término tomado del vocabulario de Freud a propósito del *pasaje al acto* que le plantea su caso de homosexualidad femenina, el *dejar caer*, el *niederkommen lassen*" (*ibidem*).

La expresión francesa *laisser tomber* literalmente significa "dejar caer", pero también "abandonar, dejar de lado, dejar plantado". En ese sentido comporta un desentenderse. En el *pasaje al acto* se trata de desentenderse del Otro, dejarse caer del Otro. En sentido objetivo y subjetivo del genitivo: hay caída del sujeto del campo del Otro y caída del Otro, su barradura. El sujeto destituye al Otro, pero pagando con su identificación al objeto. Por eso el *pasaje al acto* es un modo de alcanzar lo real sin la mediación de lo simbólico. Esto desnuda su lado ineficaz, pues alcanza lo real pero sin proteger de la caída del Otro con nada.

Este breve recorrido que toma tan sólo un sesgo del enorme trabajo que hace Lacan en psiquiatría y psicoanálisis sobre el concepto de *pasaje al acto* nos impone una conclusión: el rigor de su proceder, tanto en sus apreciaciones clínicas como en su elaboración teórica, en cuanto al problema que el *pasaje al acto* comporta en esos dos ámbitos, hacen de su obra la prueba de que sin un concepto adecuado de estructura y la distinción de los tres registros, el psicoanálisis habría naufragado frente a los mismos *impasses* con los que se encontró la psiquiatría.

Referencias bibliográficas

- GUIRAUD, P. (1931): "Los homicidios inmotivados". En *Revista Malentendido*, N° 5, Bs. As., mayo 1989, pp. 91-98.
- JASPERS, K. (1913): *Psicopatología general*. México, Fondo Cultura Económica, 1970.
- KRETSCHMER, E. (1918): *Delirios sensitivos de referencia*, Madrid, Triacastella.
- LACAN, J. (1932): *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, México, Siglo XXI, 1998.
- LACAN, J. (1933): "El problema del estilo y la concepción psiquiátrica de las formas paranoicas de la experiencia". En *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, op. cit., pp. 333-337.
- LACAN, J. (1933-53): "Intervenciones de Lacan en la Sociedad Psicoanalítica de París" (reunidas por J.-A. Miller). En *Intervenciones y textos 1*, Bs. As., Manantial, 1985, pp. 5-31.
- LACAN, J. (1938): *La familia*, Bs. As., Ed. Argonauta, 4ª edición, 1997.
- LACAN, J. (1946): "Acerca de la causalidad psíquica". En *Escritos 1*, México, Siglo XXI, 1975 (1988), pp. 142-183.
- LACAN, J. (1948): "La agresividad en psicoanálisis". En *Escritos 1*, op. cit., pp. 94-116.
- LACAN, J. (1950): "Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología". En *Escritos 1*, op. cit., pp. 117-141.
- LACAN, J. (1954-55): *El seminario, libro 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*, Barcelona, Paidós, 1983 (2001).
- LACAN, J. (1962-63a): *El seminario, libro 10: La angustia*, Bs. As., Paidós, 2006.
- LACAN, J. (1964): *El seminario, libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Bs. As., Paidós, 1973 (1995).
- MUÑOZ, P. (2003): "Primeras referencias de Lacan al problema del pasaje al acto", en *Memorias de las X Jornadas de Investigación: Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la Investigación en Psicología*, Facultad de Psicología, UBA, Bs. As., Tomo II, pp. 325-327.
- MUÑOZ, P. (2004): "Incidencia del superyó en el pasaje al acto agresivo en las psicosis en los primeros trabajos de J. Lacan. Paradojas entre psiquiatría y psicoanálisis". En *Revista universitaria de Psicoanálisis*, Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones y Secretaría de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario, Buenos Aires, pp. 77-104.
- MUÑOZ, P. (2006): "Actualidad de la joven homosexual de Freud". En *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, N° 6, Buenos Aires, UBA, Facultad de Psicología, Secretaría de Investigaciones y Secretaría de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario, pp. 99-121.

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN DE ARTICULOS

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

Hipnótico no benzodiazepínico de rápida absorción

NUEVO

*Desde ahora
tratar exitosamente
el insomnio
ya no es más
un sueño imposible*

8horas[®]

Eszopiclona

El sueño posible

8horas Mejora la conciliación del sueño y disminuye el número de despertares.

8horas Excelente tolerabilidad y mínimo perfil de efectos adversos.

8horas Sin efectos sedativos o cognitivos al despertar.



Presentaciones:

8horas 1 mg y 3 mg:

Envases conteniendo
30 comp. recubiertos

8horas 2 mg:

Envases conteniendo
10 y 30 comp. recubiertos

Para mayor información
llámenos al: 0800 999 2495
o visite nuestro sitio web:
www.elea.com



ELEA
DIVISION
NEUROPSIQUIATRIA