



CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

Año 8 N° 26 Septiembre de 2012
DISTRIBUCION GRATUITA



Se realizó el VII Congreso Argentino de Salud Mental: “¿Diagnóstico o Estigma? Encrucijadas Éticas”

Artículos:

- El tratamiento obligatorio de las adicciones. Aspectos bioéticos y médico-legales
- Ajedrez y salud mental: una propuesta de integración comunitaria
- La Ley Nacional de Salud Mental en la práctica cotidiana
- Sobre geografías fragmentadas: lo institucional y el malestar subjetivo
- Cuerpos, Espacios y Multiplicidades

COMISION DIRECTIVA

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

COMISIÓN FISCALIZADORA:

PRESIDENTE: Beatriz Kennel
 VOCAL TITULAR: Jerónimo Grondona
 VOCAL SUPLENTE: Fabio Celnikier

Miembros de Honor

*Samuel Basz, Pedro Boschan, Juan Carrega, Jorge Chamorro, Carlos Coquet,
 Horacio Etchegoyen, Osvaldo Delgado, Enio Linares, Andrea López Mato, Gabriel Lombardi, Miguel Márquez,
 Roberto Mazzuca, Roger Montenegro, José Schávelzon, Sara Slapak, Ricardo Soriano, Jaime Yospe, Héctor Fischer*

Miembros Fundadores

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

Delegación Mendoza

PRESIDENTA: Miriam Aparicio
 VICEPRESIDENTA: Nancy Caballero
 SECRETARIA: Jimena Aguirre

Área Administrativa

Jorgelina Catenacci (coordinación)

Capítulos**PRESIDENTES DE CAPÍTULOS**

COORDINACIÓN GENERAL: JUAN CARLOS FANTIN

ABORDAJES TERAPÉUTICOS INTERDISCIPLINARIOS

PRESIDENTE: JUAN CARLOS BASANI

ACOMPANIAMIENTO TERAPÉUTICO

PRESIDENTE: GUSTAVO PABLO ROSSI

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN

PRESIDENTE: JUAN CARLOS FANTIN

ARTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: MARÍA JULIA CEBOLLA LASHERAS

BIOÉTICA

PRESIDENTE: SANTIAGO MAFFIA BIZZOZERO

CALIDAD DE VIDA, SALUD MENTAL Y PROBLEMÁTICAS ACTUALES

PRESIDENTE: ALBERTO TRIMBOLI

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

PRESIDENTE: ANAHI REBAGLIATI

CONFLICTO VINCULAR: ETIOLOGÍA, PATOGÉNESIS Y TERAPÉUTICA

PRESIDENTE: GABRIEL CASTELLO

CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL

PRESIDENTE: SILVIA KLEIBAN

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ANA INÉS MARQUIS

DESARROLLO HUMANO, ENVEJECIMIENTO Y SUBJETIVACIÓN

PRESIDENTE: HÉCTOR CASAL

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

PRESIDENTE: GUSTAVO F. BERTRAN

EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

PRESIDENTE: BEATRIZ KENNEL

ESPECIALIDADES MÉDICAS: INTERCONSULTA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ALFREDO ESPINOSA

FAMILIA, PAREJA Y GRUPO

PRESIDENTE: SILVIA SINGER

INTERDISCIPLINA EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: NORMA FANTINI

LOS SÍNTOMAS Y LA ÉPOCA

PRESIDENTE: MÓNICA CHAMA

MEDICINA, SOCIEDAD Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: FRANCISCO ALEJANDRO SAYDMAN

MOOBING Y SOCIEDAD

PRESIDENTE: ADRIANA BRESLIN

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PATRICIA CABRERA

NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: GUSTAVO TAFET

NEUROPSICOLOGÍA

PRESIDENTE: GABRIELA PISANO

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN RIESGO

PRESIDENTE: SUSANA E. QUIROGA

PERINATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVANA NADDEO

PSICOANÁLISIS Y CINE: REFERENCIAS APLICADAS DEL PSICOANÁLISIS AL SÉPTIMO ARTE

PRESIDENTE: CARLOS GUSTAVO MOTTA

PSICOANÁLISIS Y PSICOSIS

PRESIDENTE: BEATRIZ SCHLIEPER

PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PABLO FRIDMAN

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA

PRESIDENTE: YANNY JARITONSKY

PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA

PRESIDENTE: GUSTAVO NAHMOD

PSICOSOMÁTICA

PRESIDENTE: BEATRIZ GARDEY

PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: DIEGO FEDER

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

PRESIDENTE: FABIO CELNIKIER

PSIQUIATRÍA CLÍNICA, TERAPÉUTICA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ARIEL FALCOFF

REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ALBERTO MENDES

REHABILITACIÓN - REINSECCIÓN SOCIAL Y LABORAL EN TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

PRESIDENTE: CLAUDIA RODRIGUEZ

SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVIA VOULLAT

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

PRESIDENTE: LILIANA MONETA

SALUD MENTAL COMUNITARIA Y DIVERSIDAD CULTURAL

PRESIDENTE: JULIÁN ZAPATEL

SALUD MENTAL LABORAL Y PREVISIONAL

PRESIDENTE: NOIDA GALLAGHER

SALUD MENTAL Y ESPIRITUALIDAD

PRESIDENTE: RAQUEL BIANCHI

SALUD MENTAL Y LEY

PRESIDENTE: RENÉ UGARTE

SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD

PRESIDENTE: NORBERTO PISONI

SUICIDIO: PREVENCIÓN Y CONSECUENCIAS, CLÍNICAS Y SOCIALES

PRESIDENTE: DIANA ALTAVILLA

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN: OBESIDAD

PRESIDENTE: MÁXIMO RAVENNA

VIH - SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

PRESIDENTE: GRACIELA FERNÁNDEZ CABANILLAS

VIOLENCIA

PRESIDENTE: SUSANA PONTIGGIA

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA
 DE SALUD MENTAL
 Año 8 • N° 26 • Septiembre de 2012

Directores:

Eduardo Grande
Alberto Trimboli

Director Asociado:

Ariel Falcoff

COMITE EDITORIAL

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

COMITE CIENTIFICO

Daniel Millas
Alberto Carli
Ruben Gallardo
Pedro Boschán (†)

CONEXIONES Revista Argentina de Salud Mental es una publicación científica editada por la Asociación Argentina de Salud Mental. ISSN en trámite, Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Editor Propietario: Asociación Argentina de Salud Mental.

Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación siempre que se cite el nombre de la fuente (Conexiones Revista Argentina de Salud Mental), el número del que ha sido tomado y el nombre del o de los autores. Se ruega enviar 3 ejemplares de la publicación de dicho material.

Ayacucho 234 (1025)

Ciudad de Buenos Aires - Argentina

Teléfono: (54 11) 4952-1923

COLABORADORA: *Estela Gagliardi*

 **diseño carlos de pasquale**
 4697-4934

Contenido

- 5** El tratamiento obligatorio de las adicciones.
 Aspectos bioéticos y médico-legales
 Santiago Mafía
- 11** Ajedrez y salud mental: una propuesta de integración comunitaria
 Micaela Jazmín Blanco, María Laura Izzo, Diego Hernán Represa
- 14** La Ley Nacional de Salud Mental en la práctica cotidiana
- 16** Sobre geografías fragmentadas: lo institucional y el malestar subjetivo
 Anabel Arias, Emilia Oroño, José Clementi
- 21** Cuerpos, Espacios y Multiplicidades
 Facundo Martínez Quiroga*

Congreso Mundial de Salud Mental 2013 de la World Federation for Mental Health

*"Interdisciplina e inclusión social
como ejes de intervención"*

BUENOS AIRES 2013

Buenos Aires, Argentina – 25 al 28 de agosto de 2013
Panamericano Hotel & Resort

www.wmhc2013.com

Secretaría Local del Congreso
Ayacucho 234
Buenos Aires, Argentina
Tel/Fax: +54 11 4952-1923
info@wmhc2013.com
www.wmhc2013.com

Organizado por:

AASM Asociación Argentina
de Salud Mental

Miembro de:



Declarado de interés por



Adhiere:



El tratamiento obligatorio de las adicciones.

Aspectos bioéticos y médico-legales

Santiago Mafía *

El 2 de diciembre del año 2010 fue promulgada la Ley de Salud Mental (N° 26.657); en dicha norma se establece como objeto la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional¹. De la misma manera, la mencionada legislación establece que siempre deberá evitarse la limitación de la autonomía del sujeto y que, de ser necesario esto, deberá procurarse que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible². El análisis bioético exhaustivo de la nueva Ley de Salud Mental merece un capítulo aparte, ya que no sería posible hacer semejante análisis en el presente artículo.

Ahora bien, debemos considerar uno de los problemas que frecuentemente se presentan en relación al tratamiento de las personas que presentan consumo problemático de sustancias. Este dilema nace, además, de lo que regula la ley 23.737, donde

queda establecido que cuando un individuo condenado por cualquier delito dependiera física o psíquicamente de estupefacentes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines, y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen³. Pero este dilema se pone aún más de manifiesto cuando recogemos la opinión de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC): “en la actualidad, existen personas bajo el tratamiento obligatorio de adicción a drogas en prisiones. Algunos usuarios de drogas han sido condenados por los jueces para el cumplimiento de una pena de prisión y al tratamiento de adicciones en cárceles, especialmente en los CRD⁴. Esto constituye una doble condena. Además, el tratamiento obligatorio de la drogadependencia no es ético ni eficaz”⁵. En este marco se

* *Presidente del Capítulo de Bioética de la AASM*

¹ *Ley Nacional de Salud Mental, 26.657, artículo 1.*

² *Ibíd. Artículos 29 y 42.*

³ *Ley 23.737, artículo 16.*

⁴ *Centros de Rehabilitación de Drogadependientes del Servicio Penitenciario Federal.*

⁵ *Evaluación y recomendaciones para el mejoramiento de los programas de salud, incluyendo la prevención y tratamiento de las adicciones y el VIH, implementados por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos en el Servicio Penitenciario Federal de Argentina. Informe de la Misión de ONUDC, 25-29 de julio de 2011.*

insta a aumentar la concientización de los jueces en provecho de alternativas a la prisión dentro de la sociedad, especialmente para las personas dependientes de drogas. No sólo observamos que esta práctica sucede con personas condenadas a penas que las privan de la libertad, sino que esto se verifica aun con individuos procesados o a los cuales se los exime de la prisión, pero sí se los obliga a realizar estos tratamientos a través de instituciones públicas y privadas (comunidades terapéuticas, servicios ambulatorios, hospitales de día, etc.). Queda así planteado el dilema ético: la ley obliga al magistrado a establecer una condena en prisión para el individuo que presenta uso problemático de sustancias y entra en conflicto con la ley penal, y además le exige que aplique una medida de seguridad curativa consistente en el tratamiento de rehabilitación obligatorio. ¿Es éticamente posible sostener esta obligación legal?

Existen múltiples argumentos a favor y en contra de la conveniencia del tratamiento imperado u obligatorio de las adicciones para las personas que presenten un uso problemático de drogas y entren en conflicto con la ley penal.

Entre los argumentos que sostienen que el tratamiento de las adicciones debe ser obligatorio para aquellos usuarios problemáticos en conflicto con la ley penal, está el que afirma que los daños físicos y psíquicos individuales, la “pérdida de la dignidad” y los daños sociales que la adicción provoca, son razones suficientes para que el legislador induzca a los hombres a adoptar modelos de conductas tendientes a preservar su dignidad e integridad, mediante el establecimiento de tratamientos obligatorios y penas restrictivas de la libertad.

Otro de los argumentos a favor de este tipo de legislación es el argumento paternalista, donde el Estado, a través de castigos, debe desalentar el consumo de drogas con el fin de proteger a consumidores potenciales del daño que podría ocasionarles convertirse en adictos. Por otra parte, el Estado estaría obligado a intervenir en estos casos, con el objeto de garantizar la salud y la integridad del individuo. También existe otro argu-

mento, que podríamos denominar como el de la “defensa social”, que sostiene que la punición del consumo de drogas, a través no sólo de medidas restrictivas de la libertad sino de tratamientos obligatorios, es imperativo en razón del “daño social” que producen los adictos.

Las concepciones paternalistas no sólo han sido cuestionadas en cuanto a la relación médico-paciente sino también en cuanto a la relación que el Estado, a través de sus políticas legislativas, debe mantener con los ciudadanos. El modelo paternalista, referente a las relaciones asistenciales, es el más clásico y antiguo que remite a la medicina Hipocrática, una medicina que responde a un modelo de tipo “sacerdotal” y que reproduce la relación que existiría entre un padre y su hijo, y en donde el principio rector es la beneficencia⁶.

Este tipo de modelos que plantean una relación asimétrica entre el profesional “que sabe” y el paciente “que no sabe”, fue el modelo que mantuvo la hegemonía del profesional en la relación médico-paciente a lo largo de la historia, pero ha ido cambiando paulatinamente, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX. De la misma manera, un Estado que “cuida” y ciudadanos que son “cuidados”, también asume una relación muy similar a la descripta.

Debemos considerar si estos argumentos son respetuosos de la autonomía y de la libertad de los individuos que presentan un uso problemático de drogas. Es claro que no existe un vínculo terapéutico posible en una relación imperada por un tercero o por un tratamiento que se asume desde la obligación como consecuencia de la punición. A partir de esto es que tampoco existe un consentimiento posible en este ámbito. Si consideramos al consentimiento informado como la forma práctica de expresar la autonomía, notamos enseguida que por estar la misma extinta por la obligación legal, tampoco es posible un verdadero consentimiento que sostenga el vínculo entre el equipo terapéutico y el individuo.

Esta imposibilidad de contar con el consentimiento del individuo, de establecer un vínculo te-

⁶ Outomuro, D. *Manual de Fundamentos de Bioética*. Ed. Magister. Bs. As. 2004 (pág. 185).

rapéutico, y de obligar a un sujeto a realizar un tratamiento que no desea y que no ha decidido libremente, no es éticamente aceptable, no resulta eficaz y no es posible sostenerlo en el tiempo esperando buenos resultados, y que el mismo resulte beneficioso.

En cuanto a la relación entre los individuos y el Estado, hay que señalar que el respeto a los derechos humanos, la libertad individual, la autonomía de las personas y el libre desarrollo de la personalidad, establecen un límite a la intervención estatal, aun cuando esa intervención pretenda estar justificada en la defensa de la salud y de la vida de las personas.

Es necesario cambiar el paradigma pasando de un enfoque punitivo a un enfoque con una fuerte orientación sanitaria. Para ello es necesario abandonar los abordajes coercitivos que imperan en la indicación de los tratamientos obligatorios en materia de adicciones. Estos abordajes deben ceder ante el privilegio de la autonomía de las personas, las que deben ser abordadas con una mirada integral, no sólo en el aspecto adictivo, por un equipo de trabajo sólidamente constituido en materia de adicciones y salud mental, y ya no por los estrados judiciales y sus peritos. Siempre debe privilegiarse la elección en materia de aceptación del tratamiento de las adicciones, sea en medios penitenciarios o en medios civiles, bajo las múltiples modalidades que actualmente se ofrecen.

¿Qué es lo que puede hacer el Estado y los profesionales de la salud mental si consideran que el consumo de drogas es nocivo para la salud de las personas? Fundamentalmente debe insistirse en que cada persona pueda elegir libremente la forma de vida que desea vivir; para ello es fundamental combatir la ignorancia y apostar fuertemente a la educación y a las herramientas preventivas; en este caso, una de las más importantes es la inclusión social de todos los actores.

Los profesionales de la salud mental que enfrentan este dilema deben tener en claro cuál debe ser su rol a la hora de abordar a los individuos condenados a realizar un tratamiento para su adicción. Claramente deben resistir abordar un tratamiento que no es ético ni eficaz, pero deben

ser capaces de ir un paso más allá, educando a todos los actores; al magistrado se le debe informar que este tipo de tratamiento no es posible si el individuo no ha decidido, libre y voluntariamente, aceptarlo. Del mismo modo puede intentarse generar en el individuo el deseo, el interés y la voluntad de ser incluido en un dispositivo terapéutico, con el objeto de iniciar un proceso terapéutico.

El tratamiento imperado, obligatorio y coercitivo de las adicciones de los sujetos que presentan un uso problemático de sustancias y que entran en conflicto con la ley penal, se ha convertido en una de las materias que ha quedado pendiente y que plantea los problemas de índole social que atraviesa nuestra comunidad. Del mismo modo, el efecto del abuso de sustancias ha modificado el perfil de las personas con padecimiento mental, la mayoría de ellos con trastornos que ahora son “duales”, donde el componente adictivo y el daño producido por los estupefacientes coexisten con otros problemas de la esfera psíquica. Este cambio de perfil implica la necesidad de un cambio en la manera de considerar las alternativas terapéuticas que los profesionales de la salud mental pueden ofrecerle, y que en ningún caso deberían ser compulsivas o imperadas desde el medio asistencial o judicial.

El cambio de paradigma que ha implicado abandonar paulatinamente el paternalismo y la hegemonía médica, para dar cada vez más preponderancia al respeto de la individualidad y la autonomía de las personas que enfrentan procesos de salud/enfermedad, pone de manifiesto la necesidad de un cambio en la metodología con la que se abordan las diferentes situaciones que se plantean en la esfera asistencial, pericial y judicial.

Se han producido muchos avances desde que se ha ido abandonando el modelo de “institución total” (Goffman), aplicado a las instituciones que brindan servicios de salud mental; es valioso el reconocimiento del derecho a la autonomía de las personas por parte de la legislación actual, pero no hay que olvidar el rol de los profesionales de la salud mental como activos participantes de este cambio en pos de la salud de todo el conjunto social.



El 28, 29 y 30 de mayo de 2012 se realizó, en el Panamericano Hotel & Resort de la Ciudad de Buenos Aires, Sub-Sede Hotel Colón, el VII Congreso Argentino de Salud Mental, cuyo tema cen-

tral fue “¿Diagnóstico o Estigma? Encrucijadas Éticas”.

En el acto de apertura hicieron uso de la palabra: Matilde Massa (Directora Nacional de Salud Men-

tal), Aníbal Areco (Director de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires), Hugo Cohen (Representante Regional para Sudamérica de la OPS), Nélica Cervone (Decana de la Facultad de Psicología de la Univ. de Buenos Aires), Ricardo Soriano (Presidente del Congreso), Deborah Wan -de Hong Kong- (Presidenta de la World Federation for Mental Health - WFMH), Alberto Trimboli (Presidente de la Asociación Argentina de Salud Mental - AASM), Roger Montenegro (Director de la World Federation for Mental Health - WFMH), Eduardo Grande (Presidente Honorario de la Asociación Argentina de Salud Mental - AASM), Juan



Ricardo Soriano (Presidente del Congreso), Deborah Wan -de Hong Kong- (Presidenta de la World Federation for Mental Health – WFMH), Lic. Neiida Cervone (Decana de la Fac. de Psicología de la UBA), Diana Galimberti (Directora del Hospital Dr. Teodoro Alvarez), Gustavo Bertrán (Secretario Científico de la AASM), Alberto Trimboli (Presidente de la AASM), Pablo Fridman (Secretario de Ética de la AASM), Juan Carlos Fantin (Secretario General de la AASM), Eduardo Grande (Presidente Honorario de la AASM) (no aparece en la foto).

Carlos Fantin (Secretario General de la Asociación Argentina de Salud Mental - AASM), Silvia Raggi (Secretaria Interinstitucional de la Asociación Argentina de Salud Mental - AASM), Pablo Fridman (Secretario de Ética de la Asociación Argentina de Salud Mental - AASM), Gustavo Bertrán (Secretario Científico de la Asociación Argentina de Salud Mental - AASM), Marcelo Caputo (en representación del Viceministro de Salud de la Nación) y Ronald Falcon (en representación de la Dirección General de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires).



Roger Montenegro (Director de la World Federation for Mental Health - WFMH), Marcelo Caputo (en representación del Viceministro de Salud de la Nación Eduardo Bustos Villar), Matilde Massa, Directora Nacional de Salud Mental, Silvia Raggi (Secretaria Interinstitucional de la AASM, Aníbal Areco (Director de Salud Mental de la Prov. De Buenos Aires), Hugo Cohen (OPS/OMS), Ronald Falcon (en representación de la Dirección General de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires).

El evento contó con la presencia de casi 3.500 participantes de más de veinte países del mundo. No sólo fuimos honrados con la presencia de destacados profesionales de todas las provincias argentinas, sino que también han concurrido residentes de Uruguay, Brasil, Bolivia, Paraguay, Chile, Perú, Colombia, Venezuela, Ecuador, México, República Dominicana, Puerto Rico, Honduras, Cuba, Costa Rica, Israel, Estados Unidos, Canadá, España, Italia, China y Alemania.

No sólo por la cantidad de participantes sino también por la calidad de las ponencias y el prestigio de los disertantes, este congreso se ha convertido en uno de los más importantes de la región en el ámbito psi. También vale destacar la organización y puntualidad con la que se desarrolló el congreso, permitiendo el intercambio constante entre los disertantes y asistentes.

Las actividades se desarrollaron en doce salas simultáneas, entre las 8 de la mañana y las 21 hs, durante los tres días. Las mismas tuvieron diferentes modalidades de presentación: Mesas Plenarias, Mesas Redon-

das, Comunicaciones Libres, Conferencias, Presentación de libros, Cursos, Jornadas, Simposios. También debemos subrayar la destacada participación de los integrantes de los capítulos de la AASM, que tuvieron colmadas las salas donde se realizaron sus actividades.

Durante el congreso, la AASM (Asociación Argentina de Salud Mental) presentó el libro “¿Diagnóstico o Estigma? Encrucijadas Éticas”, con una selección de 250 trabajos completos, entre las más de 1.000 comunicaciones científicas y 100 pósters presentados. Este libro se suma a los seis editados con anterioridad.



Gran interés despertó la conferencia de la actual presidenta de la WFMH, Deborah Wan (Hong Kong).



CONGRESO MUNDIAL DE SALUD MENTAL EN BUENOS AIRES, ORGANIZADO POR LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL (AASM)

Es un honor y motivo de orgullo, informar a los miembros y colegas relacionados con la salud mental que la World Federation for Mental Health (WFMH), organización internacional fundada en 1946, ha designado a la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) como institución organizadora del 25° Congreso Mundial de Salud Mental en 2013.

El 1° Congreso Mundial se realizó en Londres, en 1948. Luego siguieron otros 23 congresos en diferentes ciudades del mundo. Desde 1977 se realiza cada dos años; en los últimos 10 años se realizó en Canadá (2001), Australia (2003), Egipto (2005), China (2007), Grecia (2009) y Sudáfrica (2011).

Esperamos que este congreso mundial, el evento de salud mental más importante del mundo, sea recordado como el más grande, no sólo en cantidad de participantes sino también por la calidad científica y las temáticas a desarrollar.

Es para nosotros un orgullo haber logrado tan importante distinción por múltiples motivos, pero el más importante es hacer posible que muchos colegas, estudiantes y representantes de distintas organizaciones de usuarios y familiares, tengan la posibilidad, tal vez por única vez, de participar de un Congreso Mundial de Salud Mental.

Por el momento el evento cuenta con el auspicio del Ministerio de Salud de la Nación y la Declaración de Interés del Honorable Senado de la Nación.

Invitamos a todos los interesados a presentar trabajos individuales o grupales. Las fechas límite de presentación, así como toda la información, se podrán ver en <http://www.wmhc2013.com/>

¡Los esperamos!
La Comisión Directiva

Ajedrez y salud mental: una propuesta de integración comunitaria*

Micaela Jazmín Blanco¹, María Laura Izzo², Diego Hernán Represa³

Resumen del Trabajo

En este trabajo intentamos mostrar cómo se desarrolló un Taller de Ajedrez para pacientes de salud mental que son atendidos en el primer nivel de atención con una modalidad interdisciplinaria (psiquiatría, psicología y trabajo social). Esta herramienta pretende realizar una atención integral en cuanto a que, durante el mismo taller, se realiza la atención psiquiátrica, acompañamiento psicológico y asesoramiento de trabajo social, respetando esta modalidad de abordaje desde el inicio del proceso terapéutico y a lo largo de todo el mismo, dando cuenta así de las dimensiones biológica, psicológica y social del padecer mental. La práctica del ajedrez no sólo condensa el aspecto genérico del juego, sino que explora de manera específica aspectos cognitivos y decisionales. También puntualizamos los beneficios que la práctica del ajedrez traería a los participantes del taller, sobre todo a aquellos que, por padecer cuadros compatibles con esquizofrenia y similares, ven afectados aspectos importantes de su esfera cognitiva. La concurrencia al taller, el encuentro de un grupo de pertenencia y la práctica del juego, inciden también, por características del dispositivo, en otros aspectos importantes como son la esfera volitiva y la afectiva.

Introducción

La residencia se desarrolla en el ámbito del primer nivel de atención, teniendo por sedes al C.A.P.S. (Centro de Atención Primaria de la Salud) “La Esmeralda”, y al C.I.C. (Centro Integrador Comunitario) “El Rocío”, en donde se desarrolla el Taller de Ajedrez.

Dentro de este contexto, la creación de un Taller de Ajedrez constituye una herramienta innovadora en la prevención, evaluación y tratamiento en el campo de la salud mental, basada en un mejoramiento en la esfera cognitiva y en una mayor integración del paciente con su entorno, desde un abordaje interdisciplinario.

Objetivos y metodología

Objetivo general

- Promover la prevención, promoción y rehabilitación de la salud mediante el desarrollo de un Taller de Ajedrez en el Centro Integrador Comunitario (C.I.C.) del barrio “El Rocío”, dirigido a usuarios de salud mental bajo tratamiento ambulatorio que reciben atención en el mismo.

¹ Residente 4º año Psicología. E-mail: micalablanca@hotmail.com

² Residente Egresada de Trabajo Social cohorte 2009/2012. E-mail: mlauraizzo@hotmail.com

³ Residente 4º año Psiquiatría. E-mail: diegorepresa@yahoo.com.ar

Institución: PRIM (Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias), Área Programática Hospital “Mi Pueblo”. Región Sanitaria VI, Partido de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires.

* Finalista del I CONCURSO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE RESIDENTES DE SALUD MENTAL

Objetivos específicos

- Evitar el deterioro progresivo de la esfera cognitiva (atención, memoria, sensopercepción, juicio, pensamiento, ideación) y por consiguiente mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Generar un espacio que favorezca la integración de los pacientes entre sí y de ellos con su comunidad.
- Fomentar la construcción de una red simbólica que restituya su condición de sujeto y favorezca el vínculo con los otros.

Fundamentación

Sin bien es cierto que en los **modelos de abordaje de la salud mental** se siguen privilegiando aquellas concepciones conservadoras y positivistas que sostienen la internación como único recurso eficaz, es posible advertir que estamos asistiendo a un proceso de reconfiguración de las prácticas en el campo de la salud mental, dentro del cual se enmarcaría nuestra propuesta de trabajo.

Se trata de pensar y construir alternativas a la vida en el manicomio, tal como lo establece la nueva ley de salud mental en su artículo 9: “el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basados en principios de atención primaria de la salud”.

Concebimos a la **salud mental** como producto social, indisociable de la salud integral y del reconocimiento de la persona en su integridad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada al acceso y a la concreción de derechos humanos y sociales de toda persona.

Si se parte de una perspectiva biopsicosocial de la salud, difícilmente pueda ser abordada desde otro tipo de atención que no sea en **interdisciplina**. El punto de partida teórico del proyecto se halla en la convicción de la posibilidad y la conveniencia, a partir de la necesidad de articular marcos conceptuales diversos para el abordaje de una realidad compleja, que escapa permanentemente a los intentos reduccionistas y simplificadores.

Consideramos al **taller** como una estrategia adecuada para el abordaje de estas situaciones, concibiéndolo como un espacio de socialización, de respeto e interacción, posible por medio de este generar un lugar propicio para el desarrollo de diferentes actividades, fomentar la autocrítica, el compañerismo y la transmisión de valores desde el compartir con el otro, aspirando a que los integrantes puedan reproducir en la red socio-familiar en la que se desenvuelven, lo que hayan incorporado.

Se propone utilizar al **juego** como herramienta que desarrolle el pensamiento y afiance vínculos, ya que es una actividad que posee un valor insustituible como posibilitador de la organización psíquica y como promotor de la salud. El juego permite al sujeto expresar algo que sólo ha encontrado ese modo de pronunciarse. Provee elementos para construir el mundo, expresar fantasías, asimilar la realidad al yo, y básicamente posibilitar el desarrollo del psiquismo, así como también contribuye al desarrollo psicomotor, intelectual, afectivo y social. A través del juego se van creando espacios, relaciones, modos de intercambio y competencia con otros.

Se utiliza al **ajedrez** como juego porque en él se produce principalmente ejercicio del pensamiento crítico, basado este en el control de un proceso mucho más complejo en el cual confluyen varios factores y habilidades, tales como: análisis, previsión espacio-temporal, cálculo algorítmico con posiciones y secuencias mentales de diversa complejidad semántica, evocación de imágenes e informaciones desde la memoria, resolución de problemas, reiterada toma de decisiones, entre otros. Existen además procesos metacognitivos: el jugador mantiene o remodela estrategias siguiendo objetivos a corto plazo (movimiento de piezas), a mediano plazo (jugadas) y a largo plazo (ganar la partida).

Población destinataria

Personas mayores de 15 años que se encuentran en tratamiento psiquiátrico ambulatorio y que ingresan a la institución mediante la admisión de

salud mental del C.I.C., derivados de otras instituciones o por vía de derivación interna.

Criterios de inclusión/exclusión

Se incluyen en el dispositivo pacientes con patologías diversas: trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos del humor, trastornos de la personalidad y otros diagnósticos evaluados en cada caso.

Se excluyen diagnósticos como retraso mental y/o patologías con deterioros cognitivos moderados o severos, cuya mejora cognitiva esté dificultada o requiera de un tratamiento específico. Este criterio de exclusión surge en función del objetivo de poder mejorar la esfera cognitiva del paciente.

Implementación y desarrollo del espacio

El taller se realiza con una frecuencia semanal, con duración de una hora y media, y se encuentra coordinado por residentes de las tres disciplinas: psiquiatría, psicología y trabajo social. Está pensado para la concurrencia de 10 participantes.

Dentro del marco del taller se realizan diferentes actividades, relacionadas con el juego (presentación del tablero, del juego y de las piezas; enseñanza de movimientos; estrategias a corto, mediano y largo plazo; planificación del juego y estrategias; focalización en determinadas jugadas) y las actividades grupales [charlas espontáneas o planificadas sobre determinados tópicos (amistad, familia, trabajo, etc.), armado de tableros y piezas; juego en equipos; transmisión de conocimientos entre compañeros; actividades fuera del espacio de taller].

Por otro lado, el equipo de coordinación realiza, fuera del espacio del taller, entrevistas individua-

les, visitas domiciliarias, entrevistas familiares, control de la medicación, articulación interinstitucional, entre otras actividades.

Evaluación y conclusiones

Consideramos al Taller de Ajedrez como un escenario propicio para trabajar en forma interdisciplinaria e interinstitucional, partiendo de una concepción del sujeto como un ser biopsicosocial y de derechos, con sus múltiples atravesamientos. Se observa que el taller genera una “desestructuración” en el tratamiento, donde los usuarios juegan al ajedrez, matean o escuchan música, y reciben atención por parte de los profesionales coordinadores, según lo evaluado en el espacio de juego. No debemos desconocer que sobran las dificultades propias de un espacio coordinado exclusivamente por residentes, cuya actividad sabemos es muy diversa, motivo por el cual el taller en la actualidad se encuentra cerrado. Por ello quedaron pendientes, entre otras cosas, dos grandes objetivos planteados: la aplicación de pruebas (psicotest, entrevistas estructuradas, etc.) que permitieran evaluar objetivamente el impacto que la concurrencia al taller tiene sobre los aspectos cognitivos y de socialización de los participantes y, segundo, la apertura del taller a la comunidad, que permitiera transformar un espacio de juego-tratamiento exclusivo para pacientes de salud mental, en un espacio de salud e integración comunitaria. Actualmente, debido a lo expuesto anteriormente y por la importancia que demostró el taller en las personas que asistieron al mismo, se evalúa desde el equipo la posibilidad de reabrirlo, por fuera de la residencia, brindando de este modo una alternativa diferente de tratamiento a personas con padecimiento mental.

BIBLIOGRAFÍA

Programa de Residencia PRIM. Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Año 1997.

Bielsa A., Ledesma M., Peralta M., y cols. “Des-habitar el manicomio, fraguar nuevos espacios. Relato/análisis de una experiencia de Vivienda Asistida”. Ponencia presentada en el 7mo. Congreso de Salud Mental y DDHH. Asociación Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires. Año 2008. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Sancionada en noviembre de 2010.

García López, R. Salud Mental Comunitaria. ¿Una tarea interdisciplinaria? Cuadernos de Trabajo Social. Págs. 273-287. Vol. 17. Bs. As. Año 2004.

Carballeda, A. Revista Margen Nro. 20. Revista de Trabajo Social. Ciudad de Buenos Aires. Año 2001.
Fernández Bruno, M.; Gabay, P. "Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves". Cap. 1. Ed. Polemos. Bs. As. Año 2003.
Calzeta, J.J. "La Juegoteca". Pág. 100. Ed. Lumen. Bs. As. Año 2002.
Sigman, M.; Etchemendy, P.; Fernández Slezak, D. y cols. Response Time Distributions in Rapid Chess: A Large-Scale Decision Making Experiment. Revista Frontiers in Neuroscience. Vol. 4. Año 2010.
García Garrido, F. "Educando desde el ajedrez". Editorial Paidotribo. Bs. As. Año 2001.
Primer curso de ajedrez para docentes. Capacitación Comunitaria en Ajedrez. Cuadernos de trabajo. Convenio Club de Ajedrez La Plata y Secretaría de Cultura de la Prov. de Bs. As. Año 2009.
<http://portal.educ.ar/debates/eid/ajedrez/publicaciones/ajedrez-una-nueva-herramienta-didactica-para-la-prevencion-y-la-inclusion-social.php>

Informe sobre: "La Ley Nacional de Salud Mental en la práctica cotidiana"

Dentro del marco del VII Congreso Argentino de Salud Mental, se llevó a cabo la mesa titulada "La Ley Nacional de Salud Mental en la práctica cotidiana". La misma fue organizada por la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) y coordinada por Alberto Trimboli (Presidente de la AASM). Estuvo integrada por Pablo Fridman (Jefe del Servicio de Salud Mental del Hospital Álvarez y miembro de la AASM); Vadim Mischanchuk

(Abogado de la Asociación de Médicos Municipales); Leonardo Gorbacz (autor de la Ley Nacional de Salud Mental - Asesor de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación) y Mariano Laufer Cabrera (Secretario de la Defensoría General de la Nación).

Los expositores, provenientes de diferentes sectores, debatieron durante casi dos horas diferentes puntos incluidos en la ley. La mesa se

desarrolló en un clima de respeto por las opiniones vertidas por los diferentes disertantes y por el público presente.

Dado el ámbito en el cual se desarrolló y las posiciones opuestas de los expositores, está claro que esta mesa permitió un verdadero debate, ya que todos los eventos de este tipo organizados hasta el momento no reflejaban entre sus integrantes las diferentes posiciones existentes en torno a la ley.

Esperamos que este sea



La mesa organizada por nuestra asociación demostró un gran interés en la temática. La misma se desarrolló dentro de un clima de respeto por las diferentes posiciones expuestas por los participantes de la mesa.



el primero de una serie de encuentros organizados por nuestra institución, en los que se puedan reflejar todas las ideas con verdadera libertad.

Leonardo Gorbacz (autor de la Ley Nacional de Salud Mental - Asesor de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación), Mariano Laufer Cabrera (Secretario de la Defensoría General de la Nación), Alberto Trimboli (Presidente de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM), Pablo Fridman (Jefe del Servicio de Salud Mental del Hospital Álvarez y miembro de la AASM); Vadim Mischanchuk (Abogado de la Asociación de Médicos Municipales).

AASM | Asociación Argentina de Salud Mental

CURSOS

CURSOS A DISTANCIA 2012

- **La terapia grupal en el tratamiento de las adicciones**
Director: *Lic. Jerónimo Grondona*
Inicio: 14 de septiembre
- **La familia... miradas posibles. Trabajo sobre la película homónima del director Ettore Scola (1986)**
Directora: *Silvia Singer*
Inicio: 12 de septiembre
- **Un tratamiento posible para la psicosis: El psicoanálisis tiene respuestas**
Directores: *Beatriz Schlieper, Alfonso Carofile, Edit Beatriz Tendlarz, Raúl Dresco*
Inicio: 7 de septiembre
- **Acerca del vacío en arte y psicoanálisis**
Directoras: *Teresa Calisti, María de los Ángeles Cela*
Inicio: 3 de septiembre

CURSOS PRESENCIALES 2012

- **Salud Mental y Espiritualidad**
Directora: *Raquel Inés Bianchi*
Inicio: 7 y 14 de diciembre
- **Taller de supervisiones clínicas**
Directora: *Mónica Mermelstein*
Inicio: 7, 14 y 21 de septiembre
- **Seminario - taller: ¿Cómo tomar decisiones? El poder del pensamiento y la emoción**
Directora: *Mónica Mermelstein*
Inicio: 6 y 13 de septiembre
- **Los síntomas y la época: la violencia del saberlo todo**
Coordinadoras: *Adriana Agüero, Mónica Chama*
Inicio: 12 de septiembre

JORNADAS 2012

- **Violencia y Adolescencia. Desafíos actuales en el campo de lo Educativo**
Inicio: 29 de septiembre

Sobre geografías fragmentadas: lo institucional y el malestar subjetivo*

Anabel Ariasⁱ, Emilia Oroñoⁱⁱ, José Clementiⁱⁱⁱ

Introducción

Presentar un caso clínico, indefectiblemente nos obliga a presentar un recorte de la clínica de un sujeto. Como en la mayoría de nuestros actos, la elección de transmitir el caso de “Juan” no es azarosa. Lo elegimos no sólo por la riqueza semiológica que nos permite seguir construyendo algunas ideas en el campo de la psicosis, sino porque permite poner de relieve un accionar interdisciplinario en un contexto de transformación institucional, donde entendemos que es desde la apuesta común de un equipo interdisciplinario que se han hecho visibles movimientos en la subjetividad de este paciente. Procuraremos que este recorte de situaciones atraviese aspectos institucionales, que sin lugar a dudas afectan de uno u otro modo el devenir en la salud mental del sujeto, haciendo principal hincapié en dos cuestiones: por un lado, lo institucional y, por otro lado, el malestar por el cual consulta el sujeto.

Cartografías sobre lo institucional

Desde hace un tiempo a esta parte, nuestro campo clínico viene siendo interpelado por otras formas de pensar el malestar; nuevas aristas se abren, quizás nunca antes abordadas. Así es que necesariamente hemos ido interrogándonos sobre los modos de abordaje, ya sea desde la atención

ambulatoria o, como en el caso que nos reúne, de la atención en internación. La llegada de “Juan” al Hospital Escuela de Salud Mental, se desarrolla en un marco institucional que intenta sostener algún quiebre de paradigma. Casualmente inició su internación desde el mismo mes de vigencia de la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Simultáneamente se desarrolla en un momento particular de las salas de internación para hombres, en el cual aún regía una división organizativa de la misma, impulsada por nosotros, y consistente en separar los espacios físicos: planta alta o “sala D” y planta baja o “sala C”. Era el sentimiento mutuo de algunos profesionales y residentes en formación, que formábamos parte de la “sala C”, un espíritu de defensa, aplicación y fomento de esta Ley, y a partir de la cual pudimos transformar algunas prácticas instituidas e instituir otras, que lógicamente atravesaron a Juan, y de lo cual brevemente queremos dar cuenta:

- Procuramos que las entrevistas de admisión se realizaran, siempre que fuese posible, de forma interdisciplinaria, instancia en la que se busca establecer un diagnóstico presuntivo, evaluar la necesidad imperiosa de internación, y esbozar un plan de abordaje posible para cada situación.
- Desde el primer momento procuramos el trabajo con la familia y/o referentes sociales para la contención y acompañamiento durante la in-

ⁱ Lic. en Terapia Ocupacional - R.I.S.A.M. de Entre Ríos, Paraná - 3er. año - anabelarias85@hotmail.com

ⁱⁱ Psicóloga - R.I.S.A.M. de Entre Ríos, Paraná - 4to. año.

ⁱⁱⁱ Médico psiquiatra - Ex Residente de R.I.S.A.M.

* Finalista del I CONCURSO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE RESIDENTES DE SALUD MENTAL

ternación, y luego del alta. Asimismo buscamos la coordinación interinstitucional e interprofesional para el seguimiento de quienes fueran de zonas alejadas de la ciudad, y para los casos con problemáticas de adicciones.

Se instauró un día de “reunión de sala” en el cual poder discutir propuestas de abordajes, evolución de los pacientes, estrategias de alta y/o derivación. Se produjo una profunda reevaluación de las historias clínicas de pacientes internados durante más de un año, contemplando diagnósticos, intervenciones, presencia o ausencia de lazos sociales, y otras particularidades inherentes a la clínica, en un intento de redireccionar esos tratamientos. Se gestó un equipo interdisciplinario para el abordaje grupal de pacientes “institucionalizados” cuya subjetividad fuera arrasada con años de internación. Estas pocas acciones tuvieron resultados clínicos e institucionales, visibilizados en cuestiones concretas¹. En este contexto de transformaciones es que recibimos a Juan, y sobre lo cual vamos a profundizar.

Límites en las geografías subjetivas. La llegada de Juan al hospital

Juan tenía 39 años cuando llegó a la guardia donde se resolvió su internación. Al día siguiente realizamos la entrevista de admisión a la sala una Residente Médica y una Residente Terapeuta Ocupacional (de ahora en más T.O.). Hasta ese momento vivió junto a su madre, de 82 años, en una ciudad que dista 300 km de Paraná. La situación de aislamiento se había agravado y hacía casi dos años que no salía de su habitación, encerrándose y durmiendo durante el día, y saliendo por la noche. En su casa no realizaba ninguna actividad de lo cotidiano. Durante esta entrevista se mostró desconfiado, retraído; su aspecto personal daba cuenta de un gran abandono y deterioro. Comenzó a desplegar una serie de interpretaciones delirantes en relación a su cuerpo. Su hermano, quien lo acom-

pañó, refirió que Juan realizó tratamiento psiquiátrico sin poder sostener la medicación, y que vivió un tiempo con él pero luego se fue debido a que interpretaba que le envenenaba los alimentos. Luego de esta entrevista de admisión continuó con entrevistas psiquiátricas, y una semana después se trabajó la posibilidad de que comience a tener entrevistas psicológicas y tratamiento en T.O.

Ampliando geografías: otros territorios hospitalarios

En las primeras entrevistas psicológicas se mostró molesto, reticente, y cuestionaba su internación, aludiendo que su problema “no es psicológico, sino físico” y argumentando “no tener nada que hacer en este lugar”. Se intentó trabajar desde una posición de acompañamiento de su delirio, de aquello no inscripto a nivel simbólico que retornaba desde lo real y que aparecía en forma absoluta. “Tengo retorcimiento de las vértebras cervicales y rotación de las dorsales”... “en mi columna se produce un movimiento de las vértebras que me provoca dislocación en el cuello, con un estrangulamiento en la glotis”. El cuerpo aparecía autónomo, desubjetivado, independiente. Este lenguaje hipocondríaco o lenguaje de órgano daba cuenta de ciertas vivencias de fragmentación corporal.

En la entrevista de admisión a T.O., si bien enseñada retomaba sus interpretaciones delirantes para explicar algunos hechos, pudo hablar acerca de algunos trabajos que tuvo, de su familia, y hasta de lo que en algún momento soñó, dicho en sus palabras: “trabajar, tener una esposa, hijos, lo que sueñan todos, pero yo ya no lo sueño más”. Pudo ubicar el comienzo de su malestar corporal cuando perdió su empleo y al tiempo su novia. En un primer momento se evaluó la posibilidad de un tratamiento individual, por cómo habían transcurrido sus primeros días de internación, y por su constante referencia al malestar en las cervicales diciendo que: “de hacer actividades sería en la cama”. Sin embargo, avizoramos que

¹ Algunos ejemplos de esto fueron: la disminución del giro cama promedio, de 45 a 10 días para pacientes agudos; la externación sostenida con continuidad de abordaje ambulatorio de al menos 12 pacientes, con historia de más de 18 meses internados; el retiro e inhabilitación de 5 camas de pacientes crónicos; la disminución sensible del consumo y comercio de drogas dentro de la institución; la disminución del promedio de ocupación total de camas en la sala de 20 a 9 camas, significando la posibilidad permanente de disposición de alojamiento para nuevos ingresos.

“lo grupal” podría acotar algo de esto, y en función de esto ofrecimos distintos talleres. Eligió sumarse al Taller de Cocina, previo acuerdo de que cuando se sintiese mal podría retirarse a recostarse con su “almohadita” o traerla al taller. Se ofreció esto en función de sostener la posibilidad de un hacer con otros. Intervención tenía que ver con la consigna de “acompañar el delirio”, con alojar ese malestar manifestándose en la experiencia de un cuerpo que “se mueve”, que “se rota”, que “no está”. Tratando de “dar acogida a lo que no entendemos, de ser hospitalarios con lo que ignoramos, de saber no impedir que otro entre y salga por sitios impensados”, al decir de Percia (pág. 212).

El equipo se posicionó respetando el delirio, sin buscar su desaparición, entendiendo que allí residían sus intentos de ordenamiento. El delirio pensado como restitución, como intento de curación, como metáfora delirante, que siempre funciona dando ser y sentido (Fernández, E.), a modo de anclaje. Desde aquí el trabajo consistió en la construcción de nuevos modos de estar con otros, a partir de lo que Juan podía traer: “*problema físico*”, proponiendo que lo que se intentaría sería reducir un poco su sufrimiento, apuntando a que pudiera ocupar un lugar de discurso posible, en tanto entendemos que muchas veces el sujeto psicótico queda por fuera del lazo social, por fuera del discurso. Planteado desde allí, aceptó trabajar con el equipo tratante. Algo de la transferencia pudo instalarse.

En el Taller de Cocina se le fueron planteando a la terapeuta distintos obstáculos que se presentaban con la actividad. La principal dificultad se hallaba en salir a vender, ofrecer lo que hacía, dar circulación a algo propio. En ocasiones refería: “*sufro horrores por mi timidez, no puedo salir a vender los productos*”. A medida que iba instalando algo de la transferencia, las descripciones sobre su malestar se iban complejizando: “*tengo vergüenza porque no tengo músculos, algunos desaparecieron, otros se achicaron, mirá lo que son estos brazos... esto me pasa porque me llevaron engañado a una secta y me dieron un químico para tomar. A partir de allí sucede todo esto*”. Ante esto se ofrecían alternativas que buscaban alojar esto que Juan ubicaba como lo que aún no podía y que le provocaba malestar. Alternativas que en general tomaba, más allá de que sus primeras inten-

siones eran siempre abandonar, y sobre las cuales se intentaba recuperar esta posibilidad de afrontar de alguna manera las dificultades: llegar hasta el espacio, plantear la dificultad, valorar alternativas brindadas por otro, y en función de esto tomar una decisión. Juan participaba con interés, atento a los procedimientos, aunque después le resultaba complejo retomar eso para poder hacer. Cuando sentía dolores en el cuerpo no se retiraba, y encontró un modo de soportar esto, sentándose a descansar de a ratos. También planteaba en su espacio psicoterapéutico estas situaciones y dificultades, y al tiempo comenzó a avizorar que podía trabajar sin verse imposibilitado por su dolencia física.

Estas interpretaciones durante los primeros tres meses, lejos de remitir se fueron complejizando, con múltiples núcleos que involucraron a la ESMA, a los desaparecidos, al nacimiento de un Mesías en su ciudad, que coincidía con la fecha de su nacimiento. En este sentido, dimos un lugar para esa palabra que se hacía oír, que generaba malestar, que dolía, aunque sabíamos que esa joroba no existía, que sus vértebras no rotaban, aunque sí veamos sus músculos. Nuestra intención no fue acallar estas teorías que armaba para volver a creer en el mundo, para dar cierta coherencia ante el desarme de sentido, sino acompañarlo en la búsqueda de algún modo para que no quedaran por fuera del mundo consensuado con otros.

En función del cierre del Taller de Cocina por las vacaciones, Juan consultó a la terapeuta qué actividades hacer hasta retomarlas, pues “*el tiempo no se pasa acá adentro*”. Juan empezó a avizorar y a interpelar la vivencia del tiempo en la institución. Tiempo detenido, vacío, que pareciera volverse presente, marcar temporalidad, discontinuidad, sólo cuando suena el timbre para ir a comer. Así es que pensamos que la *actividad* ofrecida en el marco de un posible tratamiento al malestar, busca poder fraccionar algo de este tiempo eterno que la arquitectura y las rutinas del hospicio proponen. Ordenar un espacio, planificar compras, organizar tareas para generar un producto, registrar y atender los tiempos de elaboración, son instancias que procuran una ruptura de ese tiempo vacío.

El taller fue cerrado durante un mes, en el que se intentó sostener encuentros individuales en los que

no fue posible realizar actividades, puesto que en ellos sólo desplegaba quejas. Algo de lo grupal era evidente que acotaba estos despliegues. Propusimos entonces realizar almuerzos con otros pacientes, de los que participó, proponiendo algo distinto a los otros, hablando de sus comidas preferidas.

Nuevas coordenadas en este mapa

Luego de un tiempo ya de internación, en el que se restableció la medicación que se había indicado en tratamientos previos, y luego de llegar a la dosis terapéutica máxima (Risperidona 6 mg), se propuso una rotación a Clozapina. En función de que por ese tiempo no se lograban mejorías sustantivas, no sostenía con continuidad sus espacios, y aunque su delirio en algún punto era restitutivo, también traía dificultades importantes, por ejemplo, para alimentarse (*“no como porque la glotis me obstruye el paso de alimentos”*)². Además comenzó a volver a su hogar los fines de semana. Otros recursos subjetivos empezaron a movilizarse. Se interesó por las recetas y pidió tenerlas para cocinar en su casa. Algo de ese hacer con el que se había re-encontrado quería llevarse con él. Se lo acompañó en esta iniciativa, construyendo su propio recetario. En el taller comenzó a mejorar su participación, con más compromiso, organizado en la actividad, y socializando e intercambiando ya no sólo con los coordinadores, sino con algunos de sus compañeros. Comenzó a preocuparse por su aspecto, pidió que se lo acompañara al dentista, y comenzó a pensar a dónde le gustaría vivir. Luego del alta concurrió por consultorio externo a entrevistas donde lo esperaba su equipo. Aunque persistían sus interpretaciones delirantes, éstas no

afectaban seriamente su cotidianeidad, y había podido sostener su medicación y ciertas actividades del hogar. Además encontró placer en la escritura y en la lectura. En el último encuentro propuso continuar el tratamiento psiquiátrico en su ciudad, y entrevistas mensuales en el hospital con la psicóloga. Se tomó este pedido, que lo posicionaba desde otro lugar. Algo de la espera y del alojamiento produjo movimientos subjetivantes. Retomamos esto con él, recuperando allí una diferencia.

Conclusiones

El trabajo de este equipo apuntó a la reconstrucción del lazo social, propuso un tiempo de espera para que nuevos modos de relacionarse con los demás y con las actividades acontecieran, limitando la desorganización del imaginario con actividades cotidianas que sirvieran como anclaje en lo cotidiano. Se ofreció un espacio de soporte de ese malestar, basado en la palabra, en la escucha, en el hacer, dando lugar a la emergencia del sujeto. En este sentido, fue fundamental la constitución de un equipo que hiciera unidad ante la fragmentación del sujeto psicótico, proponiendo ciertas coordenadas, cierta organización.

Apostamos a una posición ética que procurara, ante el sujeto que llega limitado en sus propias geografías, la construcción de mapas singulares para que nuevos recorridos se hagan posibles, para que algunos territorios se vayan ocupando, estableciendo puntos en el mapa, donde como terapeutas nos ofrecemos a acompañar ese tránsito, ofreciendo coordenadas, referencias, y en ocasiones algunos atajos, recursos que operen a modo de brújula para cada sujeto.

² Con el transcurso del tiempo se evaluaron notables mejorías. En entrevistas psicológicas traía los cambios que él observaba: *“tengo más voluntad, funciona como antidepresivo, me curó una gran tristeza. De a poco me voy acordando de los nombres de algunos de mis compañeros de cocina”*.

BIBLIOGRAFÍA

- Apollon, W.; Bergeron, D.; Catin, L. (1997) *Tratar la Psicosis*. Ed Polemos. Bs. As. Argentina.
 Fernández, E. (2005) *Algo es posible. Clínica psicoanalítica de locuras y psicosis*. Ed. Letra Viva. Bs. As. Argentina.
 Freud, S. *Neurosis y Psicosis. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XIX*. Bs. As. & Madrid. Ed. Amorrortu.
 Percia, M. (2004) *Deliberar las Psicosis*. Lugar Editorial. Bs. As. Argentina.

I CONCURSO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE RESIDENTES DE SALUD MENTAL

I. PRESENTACIÓN

Con el interés en incentivar la investigación interdisciplinaria y la generación científica de los profesionales en formación, la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) anuncia la puesta en marcha del **I Concurso de Artículos Científicos de Residentes de Salud Mental**, dirigidos a residentes de las diferentes profesiones que integran el campo de la Salud Mental de la República Argentina.

II. OBJETIVO

El presente **Concurso de Artículos Científicos de Residentes de Salud Mental** se realiza con la finalidad de promover la investigación y la generación de aportes científicos por parte de los profesionales en formación del ámbito público y privado.

III. PARTICIPANTES

Se encuentran habilitados para participar en este concurso los profesionales residentes de los servicios de salud mental de los hospitales públicos y privados de la República Argentina.

IV. TEMÁTICA

La temática de los trabajos es libre, pero se considerará necesario que estos sean interdisciplinarios.

IV. PREMIOS

1º PREMIO: a) USD 1.000. b) Diploma. c) Publicación del trabajo en la Revista Conexiones. d) Un año de membresía en la AASM, con todos los beneficios.

2º PREMIO: a) USD 650. b) Diploma. c) Publicación del trabajo en la Revista Conexiones. d) 6 meses de membresía en la AASM, con todos los beneficios.

3º PREMIO: a) USD 350. b) Diploma. c) Publicación del trabajo en la Revista Conexiones. d) 6 meses de membresía en la AASM. MENCIONES: A criterio del jurado se podrá otorgar una mención especial. En ese caso se entregará diploma y seis meses de membresía en la AASM, con todos los beneficios.

V. MODALIDAD DEL CONCURSO

El concurso se dividirá en cuatro etapas. En cada etapa el jurado seleccionará dos trabajos. Los trabajos ganadores de cada etapa se publicarán en la Revista Conexiones (Revista Argentina de Salud Mental), correspondiente a esa etapa.

Los ocho trabajos ganadores serán los finalistas del concurso. De estos trabajos se seleccionarán: un 1º Premio, un 2º Premio y un 3º Premio. A criterio del jurado se podrá otorgar una mención especial.

Los autores de los 8 trabajos serán becados para concurrir al CONGRESO MUNDIAL DE SALUD MENTAL, que se llevará a cabo en Buenos Aires del 25 al 28 de agosto de 2013.

Los trabajos premiados se conocerán durante el desarrollo del Congreso Mundial "BUENOS AIRES 2013".

Reglamento:

- a) Los trabajos deberán ser enviados al mail administracion@aasm.org.ar, dirigidos al Sr. Presidente del jurado. En el asunto debe figurar: "CONCURSO RESIDENTES".
- b) Deberá enviarse, por mail escaneado o carta, la constancia de residente firmada por autoridad hospitalaria.
- c) El jurado se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no considere apropiados o que no cumplan con los requisitos mínimos.
- d) Los trabajos serán evaluados por un jurado dispuesto especialmente para este concurso.
- e) Los trabajos presentados deben ser originales.
- f) Los trabajos deberán tener una extensión total de hasta 8 páginas con letra arial N° 12 a doble espacio, incluida la bibliografía.
- g) Deberá figurar: Título del artículo, nombre y apellido de los autores, institución y año de la residencia a la que pertenecen. Dirección, teléfono, e-mail y fax de los autores.
- h) Los autores son los responsables exclusivos de toda la información que se incluya en el artículo.
- i) Deberá figurar un resumen del trabajo de hasta 200 palabras y palabras clave.
- j) Si el artículo fuera resultado de un trabajo de investigación, deberá constar de las siguientes partes: Introducción, Material y Método, Resultados y Conclusiones.
- k) La bibliografía de libros deberá consignarse de la siguiente manera: Apellidos e iniciales de los autores, título del libro en su idioma original, página, editorial, ciudad y año, en este orden. A partir de tres autores se añadirá "y cols."
- l) Bibliografía de revistas: Apellidos e iniciales de 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, página y año.
- m) Podrá presentarse sólo un artículo por autor por etapa, aunque podrán presentarse otros en coautoría.
- n) Las decisiones del jurado serán inapelables.
- o) Los autores que se presenten en este concurso aceptan conocer el reglamento.
- p) Las fechas límite para el envío de los artículos científicos para someterlos a la evaluación del jurado son las que se indican a continuación:
 - 1ª ETAPA (Revista de septiembre): Desde el 4 de junio hasta el 16 de julio de 2012 inclusive.
 - 2ª ETAPA (Revista de diciembre): Desde el 1º de agosto hasta el 15 de octubre de 2012 inclusive.
 - 3ª ETAPA (Revista de abril): Desde el 1º de noviembre de 2012 hasta el 15 de febrero de 2013 inclusive.
 - 4ª ETAPA (Revista de agosto - Congreso Mundial): Desde el 1º de marzo hasta el 15 de junio de 2013 inclusive.

Cuerpos, Espacios y Multiplicidades

Facundo Martínez Quiroga*

“El desorden ‘en sí’ que se endosa a los procesos caóticos observables en los grupos, instituciones o en lo social-histórico, es la imagen del horror que producen en ‘sí mismas’ las dimensiones lineales cuando tratan con fenómenos complejos.”
Juan Carlos De Brasi

Uno de los propósitos de este escrito es poder introducir términos poco frecuentes dentro de un campo históricamente minado por conceptos y clasificaciones casi indestructibles, que no permiten el pasaje de alguna otra cosa. Librar el pensamiento de un modelo y plantear nuevos movimientos es el objetivo. “Devenires”; “acontecimientos”; “sentido”; “circulación”; “forma”; “líneas de fuga”; “rizomas”, “desterritorialización”; “agenciamientos”; “encuentros”, etc., son algunos de los términos que serán utilizados y que me ayudarán a pensar y desarrollar esta experiencia.

“Una lengua sólo se encierra en sí misma en una función de impotencia.”¹

Para llevar a cabo mi experiencia sobre este “taller de cine” o “espacio de cine”, lo que primero intenté fue encontrar algún sustento o marco teórico que fundamente la práctica. Fue así que comencé a buscar material bibliográfico que pudiera orientarme sobre la forma o manera de llevar a cabo este espacio. Un espacio brindado a personas internadas dentro de una sala psiquiátrica. En un primer momento esperaba encontrar algún material que me proporcionara alguna teoría o técnica de grupo que me ayudara a encuadrar este “espacio” para estas personas, dando un marco a esto que intentábamos implementar con mis compañeros. Mi búsqueda no resultó exitosa, según mis pretensiones, así que leí algunos textos que me terminaron hablando de la relación o las co-

nexiones que tuvo el cine, a través de la historia, con el psicoanálisis.

¿Por qué psicoanálisis? Psicoanálisis porque es el abordaje que elijo para trabajar con los usuarios y sus familiares, con mis colegas, con los enfermeros, con los profesionales de otros servicios del hospital y con la institución hospitalaria en sí misma, teniendo en cuenta y respetando el trabajo en interdisciplina. Asimismo, considero que el abordaje psicoanalítico no se limita a una clínica de consultorio individual, sino que es aplicable a diversos ámbitos, reinventándose constantemente a sí mismo. No obstante, no todos los textos aquí utilizados y citados pertenecen al campo estrictamente psicoanalítico, sin embargo algunos de ellos tienen sus puntos de conexión con el mismo.

Volviendo a mi búsqueda bibliográfica, terminé por querer leer entre líneas, pretendiendo encontrar aquello que me transmitiera con firmeza aunque sea algunos recaudos que debía tener para trabajar este espacio con estos usuarios de diverso “padecimiento mental”. Finalmente no tuve éxito; no digo que no debe haber, sino que yo no pude encontrar. Tal vez tendría que haber investigado un poco más. Sin embargo, luego me di cuenta de que probablemente no iba a poder encontrar un texto o material bibliográfico tan específico que me transmitiera con firmeza qué era lo que tenía que hacer o cómo lo tenía que hacer, la manera de llevar a cabo esto. Creo que se asemejaría a encontrar un diagnóstico para un usuario, poder encuadrarlo en alguna descripción noso-

* Lic. en Psicología. Hospital 4 de junio “Ramón Carrillo” - Servicio de Salud Mental.

¹ Gilles Deleuze, Félix Guattari. “Rizoma: Introducción”. Marzo 1977. Pág. 3.

AASM | ACTIVIDADES



DIRECCIÓN GENERAL: *Darío Galante*
 DIRECCIÓN ÁREA CLÍNICA: *Patricia Schnirelman*
 DIRECCIÓN ÁREA DOCENCIA: *Alicia Perfumo*

SEMINARIOS DE FORMACIÓN CON PRÁCTICA CLÍNICA RENTADA

SUPERVISIONES CLÍNICAS

Supervisiones de casos clínicos y articulación teórica, donde se trabajarán los temas surgidos de la práctica clínica y sus conceptos fundamentales. Las supervisiones están a cargo de Pablo Fridman, Emilia Martínez, Inés Sotelo, Alicia Perfumo y Nicolás Bousoño.

POSIBILIDAD DE PRÁCTICA RENTADA

Se ofrecerá la posibilidad de atención de pacientes por parte de los participantes, previa instancia de entrevistas con un coordinador, que sugerirá y acordará con el profesional el momento de acceder a la clínica, así como la cantidad conveniente de derivaciones. Existe, también, la posibilidad de práctica en instituciones públicas.

CERTIFICACIONES

Se otorgarán certificados de participación/aprobación en la Escuela una vez finalizadas las horas de concurrencia obligatorias.

CONDICIONES DE ADMISIÓN

El dispositivo está dirigido a profesionales egresados de las carreras de Psicología, Medicina, y otras profesiones del campo de la salud mental.

A su vez, se prevé la participación de estudiantes avanzados para efectuar un acercamiento a la clínica, mediante su participación en los espacios de supervisión y en los seminarios.

LA CUOTA INCLUYE:

- 1) Seguro de mala praxis en compañía de seguros de primera línea.
Este seguro cubre, además, la actividad privada fuera de la escuela.
- 2) Inclusión del alumno como socio adherente a la Asociación Argentina de Salud Mental, con todos los beneficios (descuentos en congresos y jornadas, cursos, talleres y demás actividades).

PROFESIONALES DEL INTERIOR Y ESTUDIANTES

Consultar.

INFORMES E
INSCRIPCIÓN

Ayacucho 234 - Ciudad de Buenos Aires - Argentina
 Teléfono: (54 11) 4952-1923 - administracion@aasm.org.ar / www.aasm.org.ar

I CONCURSO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE RESIDENTES DE SALUD MENTAL

Con una clara intención de incentivar el trabajo interdisciplinario entre los jóvenes profesionales en formación, se está llevando a cabo un concurso de artículos científicos para profesionales Residentes de todo el país. El concurso es organizado por la Asociación Argentina de Salud Mental y cuenta con el apoyo del Laboratorio Elea.

Los dos primeros trabajos finalistas son los siguientes:

"Sobre geografías fragmentadas: lo institucional y el malestar subjetivo".

Autores: Anabel Arias, Emilia Oroño, José Clementi (Paraná, Entre Ríos)

"Ajedrez y salud mental: una propuesta de integración comunitaria".

Autores: Micaela Jazmín Blanco, María Laura Izzo, Diego Hernán Represa (Fco. Varela, Pcia. de Bs. As.)

Ambos trabajos participan como finalistas junto a los otros que se seleccionaran en las próximas ediciones de la Revista Conexiones para presentar su trabajo en el próximo Congreso Mundial de Salud Mental. Felicitaciones!

gráfica o cuadro psicopatológico, y que de ahí me indique con certeza cuál es el tratamiento adecuado para ese paciente, cuáles son las variables del cuadro que tengo que esperar, cuál es el pronóstico o los tiempos de remisión, cuánto tiempo va a tardar el usuario en atravesar y compensarse de su crisis. En este caso mi búsqueda era aún más compleja, ya que tenía que encontrar, por ejemplo, técnicas y/o encuadres de espacio de cine aplicados para pacientes esquizofrénicos, para pacientes paranoicos, para pacientes bipolares tipo I y tipo II, para pacientes con trastorno depresivo mayor, con trastorno distímico, o con trastorno disociativos. Según otras escuelas, podemos también encontrar la hebefrenia excéntrica, la hebefrenia autística, la hebefrenia plana, la parafrenia afectiva, la parafrenia fonémica, la parafrenia fantástica, y las famosas psicosis cicloides, entre otras. Si mi intención hubiera sido continuar siguiendo esta expectativa, corría el riesgo de caer en un reduccionismo, dejando por fuera a aquellos usuarios que no se correspondían con el marco elegido. De igual forma, dudo que haya algún material bibliográfico tan específico que me diga cómo aplicar este nuevo espacio o taller para cada entidad nosográfica. Jean Oury (psiquiatra y psicoanalista francés) nombra en su texto *“Libertad de Circulación y Espacio del Decir”*, a Charles Sanders Peirce (filósofo estadounidense), donde plantea que hay tres modos de razonar: *el deductivo, el inductivo y el abductivo*. Dice que además de las inferencias inductivas y deductivas, existe otro tipo de lógica del razonamiento, que son las *inferencias abductivas*. ¿Qué son las abducciones? Las abducciones son conjeturas espontáneas de la razón, son como *“destellos de comprensión, un saltar por encima de lo sabido. Es necesario dejar libre a la mente”*. Jean Oury plantea que la deducción y la inducción son importantes, pero es necesario que exista antes la abducción. Lo cita a Antonio Machado (poeta español): *“se hace camino al andar”*, y continúa:

“No hay trayectoria. Entonces, cuando preguntan: ¿Cuál es su proyecto terapéutico?, yo respondo: Se hace camino al andar. Porque si existe un proyecto,

“A veces no estoy tan seguro de que alguien aquí tenga derecho a decir quién está loco y quién no. A veces pienso que ninguno de nosotros está ni del todo loco ni del todo sano hasta que la mayoría de nosotros le dice que lo está. Es como si no importara mucho lo que uno hace, sino el modo en que nos ven los demás cuando lo hacemos.”

William Faulkner

*si existe una línea, una duración de la internación, si hay cosas de esa índole, está todo arruinado, no habrá camino que se hará al andar.”*²

Esto se trataba más bien de un colectivo, de un grupo de personas internadas en una sala psiquiátrica a las que se les iba a brindar un nuevo espacio para que puedan disfrutar de una película. Me parece que el término a tener en cuenta aquí es el de *“espacio”*. Al buscar el significado del término espacio me encuentro con una *multiplicidad* de ellos. Espacio proviene del latín *spatium*, que se refiere a todo lo que nos rodea y a diferentes conceptos en distintas disciplinas (biología, astronomía, geografía, física, etc.), según cómo lo utilizan al término, en relación a lo

que quieren explicar o transmitir. Por ejemplo, *“espacio público”*, que sería el lugar donde cualquier persona tiene el derecho a circular, en oposición a los *“espacios privados”*, donde la circulación se encuentra restringida o prohibida. Definiciones que decidí incluir, ya que nos permitirán pensar lo relacionado a este escrito. Dentro de la gran variedad de significados y conceptos, voy a tomar prestados aquellos que considero que me ayudarán a explicar y transmitir lo que intento decir. Considero que es lícito tomar conceptos, contenidos o palabras de otras disciplinas, que nos ayuden a pensar en nuestro campo, tomar conceptos propios y/o ajenos para poder interrogarlos, agujerearlos y atravesarlos. La representación o el sentido no es algo fijo, inmóvil ni unívoco; debemos dar lugar y prestar mayor atención a la multiplicidad, a lo incapturable, a lo inestable, a lo que se escapa. A aquello que puede ir tomando formas diferentes en pos de una construcción que es múltiple, mutable, y nunca la misma. La multiplicidad es aquello que tiene muchos elementos y características. Variedad, diversidad. Pluralidad, heterogeneidad y complejidad. La idea inicial, entonces, es multiplicar en lugar de reducir.

“...dispone a la ruptura de la unidad, de la palabra y el concepto, pero lo que interesa pensar es que en tanto estas desarticulaciones y rearticulaciones se

² Jean Oury. *“Libertad de Circulación y Espacio del Decir”*. Pág. 5.

*producen permanentemente en la vida con otros, entre otros, abren a pensar las lógicas colectivas en y desde las que operamos en los procesos de producción de subjetividad...*³

Gilles Deleuze consideró el sentido como aquello que no se deja reducir ni a las cosas, ni a las palabras. Escribirá sobre la imposibilidad de inmovilizar el sentido, sobre sus deslizamientos permanentes. Lo propone como entidad inexistente, que insiste para existir. No hay existencia eterna de un sentido original, de un signo o fidelidad, de un sentido primero y único.

*“El sentido no es nunca principio ni origen, sino producto. No hay que descubrirlo, restaurarlo ni reemplazarlo, sino que hay que producirlo, mediante una nueva maquinaria.”*⁴

Asimismo, lo que escribo en este momento pretendo que se escape a la lectura y que no encuentre lugar seguro; creo que una manera de lograrlo es poder compartirlo.

Volviendo a la construcción de este nuevo espacio, el mismo surge a partir de un pedido, pedido que implicará una urgencia y a su vez exigirá una emergencia. “Urgir” significa “instar a ejecutar algo con rapidez”. Implica acción y sanción. “Atender la urgencia es ingrato. Se trata de hacerse cargo, de sostener y contener, con premura, algo que es insostenible para alguien y que otros ya han rechazado, de sancionarlo, acotarlo y reparar sus consecuencias”⁵, y “Emerger” significa “nacer, salir, tener principio de otra cosa. Implica creación”⁶.

Ese día me encontraba desempeñando mis actividades diarias; de pronto me transmiten el siguiente “pedido”: “Organicen un taller para realizar con los pacientes en el salón donde era el depósito de farmacia lo antes posible. Llamaron de la dirección del hospital solicitando el lugar. Preguntaron si lo estábamos ocupando y, de no ser así, lo iban a volver a ocupar como depósito del hospital. No importa qué es lo que hagan, pero tiene que ser en esta semana”.

“En el hospital se entrecruzan las demandas incontenibles y perentorias de los pacientes y sus familias, las de la comunidad (vecinos, parroquias, amigos), las de las instituciones (justicia, policía, escuelas, otros hospitales), con las de nuestra propia institución.”

Con cara de desconcierto nos miramos entre mis compañeros; había que hacer algo. En un principio se hizo presente una sensación de incertidumbre, de no saber qué hacer; luego de algunos minutos surgió el entusiasmo de poder armar algo con cierta libertad y autonomía, poniendo en práctica nuestra creatividad.

*“...la posibilidad de esta experiencia creativa depende del espacio que la contiene, del lugar físico y simbólico, del hospital, el consultorio, la sala, el equipo de profesionales que nos rodea y la relación que nos une con ellos, de la institución y del lugar que ocupamos en ella.”*⁸

Este lugar de “depósito” se trata de un salón de varios metros cuadrados que se encuentra dentro de la sala de internación. Ubicado a un costado del comedor pero conectado al mismo por dos grandes puertas con un sistema de vaivén. Estas puertas cerradas solamente abrían sus candados cuando llegaban proveedores del hospital en camiones con cientos de cajas repletas de insumos hospitalarios, o cuando retiraban las mismas para su uso en otros servicios. Algunos usuarios colaboraban en el traslado de estas cajas desde el camión hasta este depósito, a cambio de cigarrillos o dinero ofrecidos por los mismos distribuidores.

La historia cuenta que años anteriores allí se realizaban varios talleres y actividades para los usuarios, así como que también participaban usuarios de otras localidades cercanas a la ciudad para realizar dichas tareas. Si bien las puertas de ingreso a la sala de internación siempre existieron, probablemente en ese momento las mismas no eran utilizadas con el fin de aislar, separar y dividir al servicio. Tal vez no había que obedecer un protocolo rígido de ingreso hacia el sector de internación. Puertas que separan y divorcian al servicio, a la institución y a cada uno de los que formamos parte. Frases como “la parte de adelante, la parte de atrás”; “la parte de consultorios, la parte de internación”; “vos sos paciente, tu lugar es atrás”, son repetidas y escuchadas en ocasiones. Las puertas son un mero objeto, dos pedazos de madera, cada una de ellas con una pequeña ventana fina de acrílico, con bisagras en sus lados, que se encuentran y se cierran por el centro con un sistema de vaivén. La cuestión es qué se hace con ellas

³ Ana María Fernández. “Las Lógicas Colectivas”. Segunda Parte. Cap. IV. Pág. 194.

⁴ Gilles Deleuze. “Lógica del Sentido”. Pág. 198.

⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸ Jorge Alberto Pose. Rev. Actualidad Psicológica. “Hospital, Emergencia, Muerte y Creatividad”. Págs. 28, 29.

o cómo se las utiliza. La historia de este depósito de insumos, que alguna vez logró ser otra cosa, tener otro tipo de existencia a la mirada de los usuarios y profesionales, se fue perdiendo a través de los años, como algo inexistente. No hay registro de que allí hubiera existido un gran salón con una historia. Recuerdo los primeros días en que ingresé al servicio; junto al comedor veía dos grandes puertas con sus candados a un costado del mismo, pero en ese momento no surgió en mí el interés por preguntar qué había del otro lado. Dos puertas que miraban hacia el comedor y eran testigos de todo lo que sucedía, pero que no se fusionaban con nada ni con nadie que pudiera transformar su adentro. Para obtener una existencia o hacerse un cuerpo, es importante que algo entre en conexión o sea afectado por alguna intensidad. Era un espacio vacío, el cual teníamos a disposición, pero en el que no sucedía ni acontecía nada.

¿Cómo logró este espacio obtener una nueva potencia de existencia? En un principio, mediante reiteradas e inagotables notas a la dirección del Hospital, solicitando el desalojo de los insumos para su uso en el tratamiento de los usuarios. Si uno piensa la historia de su propio servicio o de los servicios psiquiátricos en general -cualquiera de ellos-, todos fueron atravesados por un modelo asilar. Como un depósito, pero en este caso como depósito de personas, por lo tanto: ¿qué lugar podemos darle a nuestros usuarios, si allí adentro de nuestro servicio, un sector se había convertido en un depósito de cajas y diversos objetos? Podríamos pensar que, a lo largo de los años, los mismos usuarios fue-

“Lo que ha desaparecido, en el curso del siglo XVIII, no es el rigor inhumano con que se trata a los locos, sino la evidencia del internamiento, la unidad global en que eran tomados sin problema y esos hilos innumerables que los insertaban en la trama continua de la sinrazón.”

M. Foucault

ron convertidos y puestos como meros objetos desechables, y no solamente los usuarios sino también los que trabajamos en este campo. Debemos entender que defender una calidad de atención y tratamiento, así como sus derechos, también es defender nuestros derechos, nuestro lugar y nuestra calidad de trabajo dentro de un sistema. No somos ellos y nosotros, el “paciente” y su terapeuta por separado. Lo que cuenta es la visión de una globalidad. No existen las jerarquías, o más bien no se sostienen en este tipo de padecimientos, y el usuario es la prueba más fiel de ello.

Indudablemente, no podíamos permitir que ese espacio que había sido liberado volviera a ser un depósito.

Teníamos que resistir, tomar las armas y lograr una resistencia ante una fuerza “burocrática”, “institucional”, “política”, “social”. Una fuerza que nunca sabemos bien de dónde proviene, pero que atraviesa y arrasa con todo. Podemos pensar la noción de una resistencia, no desde una lectura psicoanalítica, sino justamente desde la multiplicidad, ya que la misma se modifica al pasar de una mecánica a otra, de un campo a otro, de un discurso a otro. Aquí, en este caso, se trataría de ofrecer resistencia a una fuerza, a fin de producir un cambio, por ejemplo: si a una energía eléctrica se le aplica cierta resistencia, aquélla puede transformarse en calor, luz, movimiento u otra. No aniquila la energía, hay una mutación, la usa y la transforma. Debíamos transformar y hacer un uso diferente de esta fuerza a partir de la resistencia presentada.

Es así como se organiza, dentro del cronograma de residencia, un espacio de cine. Aquellos que pasaron



moebiusdifusión



MOEBIUS DIFUSIÓN PSI se especializa en difundir actividades y eventos relacionados con el psicoanálisis, psiquiatría, psicoterapia, 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 y actividades vinculadas. También se especializa en organización de eventos, así como también edición de libros y gráfica en general con precios muy convenientes. Contamos con la lista más grande de suscriptos PSI de todo el mundo. La lista está compuesta por e-mails de instituciones y profesionales de la Salud Mental residentes en Argentina y del resto del mundo.

Además, en la página web encontrará una selección de videos y artículos que serán de su interés.

www.moebiusdifusion.com / info@moebiusdifusion.com

por una residencia o están en alguna de ellas saben que los tiempos son complicados, y siempre está presente la sensación de que nunca hay tiempo para nada y menos para un espacio que demande entre 60 y 90 minutos, aunque sólo sea un día a la semana. La idea inicial era crear un ambiente diferente, un espacio que pueda hacer sentir a los usuarios, por algunos minutos, que no están dentro de una sala psiquiátrica cercada por sus muros, sino dentro de una sala de cine.

“No solamente hay que tratar a ciertas personas sino intentar volverles las vidas un poco menos miserables.”

Para cualquier persona esta actividad de entretenimiento o esparcimiento es una de las tantas que pueden realizar durante la semana, ayuda a “desconectarse” o a “desenchufarse” de los problemas cotidianos. En el caso de ellos, algunos nunca fueron o estuvieron en una sala de cine, por lo que una vez proyectada la película se intentó que fuera lo más similar posible, con sus intervalos de descanso para estirar las piernas, ir al baño, y que también puedan comer y tomar algo durante la proyección. En la primera oportunidad fue pororó y gaseosa. Ninguno de nosotros sabía qué esperar, creo que ellos tampoco. Por mi lado y el de mis compañeros, las preguntas eran muchas: ¿Vendrá alguno? ¿Será que les gustará? ¿Se quedarán sentados hasta el final de la película? Previo al inicio algunos se fueron sumando solos; aquellos más entendidos en el tema de audio y sonido ayudaron en la preparación de los equipos y el proyector; otros acomodaron los bancos y sillas; otros se encargaron de invitar a aquellos pacientes más desinteresados. Muchos de ellos estaban en sus habitaciones, durmiendo o acostados, fumando un cigarrillo, otros en el patio tomando mate. No todos vinieron, algunos aceptaron y otros se negaron rotundamente. Algunos negociaron: “*si me das una moneda voy*”, “*si hay gaseosa voy*”, “*si me das un cigarrillo voy*”, “*si me dejás fumar voy*”. Negociación que por más banal que parezca demuestra vestigios de subjetividad, por lo que debemos darle lugar e importancia. La mayoría vio la película completa hasta el final, no se movieron de sus asientos. Algunos que accedieron y se sentaron desde un principio, se iban afuera y volvían al rato; otros que en un principio se negaron, fueron ingresando de a poco, exclamando “*a ver qué pasa acá*”. En algunas oportunidades tuvimos que tomar el rol de acomodador, mejor dicho, los roles nos fue-

ron tomando a nosotros, ubicando a los usuarios para que todos ellos tengan un lugar donde sentarse.

*“El rol es a menudo aquello que ignoramos nosotros mismos, son los otros quienes lo dan”*¹⁰ (posición analítica), “*la función psicoterapéutica, en lo que concierne a estos pacientes, debe ser compartida.*”¹¹
*“Un psicoterapeuta que se cree el único psicoterapeuta de tal paciente tomado en un colectivo, está completamente loco, él se toma por su status.”*¹²

Al iniciarse la película y observar los asientos casi llenos en su totalidad, nos mirábamos los rostros entre mis compañeros. Entre sonrisas y expresiones de asombro, consideramos que la primera función fue todo un éxito, por la gran convocatoria que habíamos tenido. Más allá de esta impresión, hay algo que llamó aún más mi atención. Mientras se proyectaba la película, observaba que algunos de ellos comenzaban a retirarse del salón y que otros ingresaban. Aquellos que se habían retirado, volvían a ingresar, y así continuamente durante toda la proyección, por lo que tuve que ubicarme cerca de las puertas para facilitarles su ingreso o salida. Las mismas habían permanecido durante mucho tiempo cerradas y sus bisagras se encontraban oxidadas, dificultando su apertura. Intentaba que las mismas permanezcan cerradas y el salón se mantenga lo más oscuro posible para obtener una mayor calidad de imagen. En algunas oportunidades se me dificultaba permanecer junto a las puertas, ya que tenía que servir las gaseosas y repartir el pororó; sin embargo, el flujo constante de entrada y salida continuaba. Aquellos con alguna dificultad en sus movimientos se esforzaban un poco más en poder abrirlas; las puertas oponían también su resistencia, como queriendo permanecer cerradas. Ante el primer intento fallido retrocedían algunos pasos, tomaban distancia y lo volvían a intentar. Otros se alejaban y observaban la manera de poder abrirlas. Todos a su manera lograron atravesarla. En ese preciso momento comprendí que tal vez la importancia de todo esto se encontraba allí. Un nuevo espacio dentro de la institución que se hacía suyo, otro espacio diferente al de las habitaciones, los baños, el comedor y el patio. Como conquistando un poco más de terreno, haciéndolo propio. Mejor dicho, reconquistando y recuperando algo que en realidad siempre fue propiedad de ellos, y nunca patrimonio de la institución o de ninguna otra persona. Regresaban a un

lugar que alguna vez les fue arrebatado, reduciendo su espacio y/o territorio, su libertad: “LIBERTAD DE CIRCULACIÓN”.

“No se requiere simplemente un cierto espacio, se necesita la posibilidad para los pacientes no solamente de acceder a tal lugar, sino también de circular, caminar, descubrir, encontrar espacios o personas diferentes.”¹³

Debe ocurrir lo que podemos llamar un fenómeno de emergencia. “No se trata de decir a alguien: ‘¡vamos, circule!’. Esto debe darse. Esto necesita una estructura colectiva... lo importante es que haya ‘posibilizaciones’, por el hecho que hay otros que están ahí.”¹⁴ Siguiendo con Jean Oury, él plantea que en este tipo de personas “psicóticas”, “esquizofrénicas”, “retrasadas”, hay deseo, como en cada uno de nosotros. Si tomamos en cuenta el deseo inconsciente, tenemos que pensar en el concepto de transferencia.

“La transferencia, etimológicamente, corresponde a lo que Freud llamaba -pero es la misma palabra- ‘Übertragung’, o incluso el nombre que portan los autobuses en Atenas, las ‘metáforas’, es decir: portadores y transportadores. Ahora bien, existe transferencia, y esto es así desde los orígenes, incluso antes que Freud llegara a conceptualizar de manera muy precisa la palabra ‘transferencia’. La transferencia estaba en relación con una suerte de movimiento, una suerte de desplazamiento, incluso de investidura sobre el cuerpo; enseguida esto tomó otras dimensiones. Entonces hay movimiento: cuando decimos transferencia decimos movimiento, decimos deseo inconsciente.”¹⁵

Remarca entonces que el trabajo que se realiza “sobre la puesta en acción de la vida cotidiana” debe tener en cuenta esto. Es decir, “Deseo”, “movimiento”, “cuerpo”, “desplazamiento”, “investidura”. Algo se juega allí en la cotidianeidad de estas personas; sin embargo, para que ello ocurra debemos, como se suele decir, “preparar la cancha”.

“La locura se ha reabsorbido en una presencia difusa, sin signo manifiesto, fuera del mundo sensible y en el reino secreto de una razón universal. Es, al mismo tiempo, plenitud y ausencia total: habita todas las regiones del mundo, no deja libre ninguna sabiduría, ningún orden, pero escapa de toda captación sensible; está allí, por doquier, pero jamás en aquello que la hace ser lo que es.”

M. Foucault

La cotidianeidad de estas personas ES su internación. Es levantarse temprano, ir todos juntos hacia los baños para higienizarse, luego tomar su medicación, desayunar, almorzar, tomar nuevamente su medicación, recibir su merienda. Se respeta un cronograma de actividades prefijado. Erving Goffman pone esto como una de las características centrales de las instituciones totales.

“... todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única; cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas; todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas.”¹⁶

Algo que sucede a menudo es que uno observa ciertos cambios o sucesos imprevistos en algunos usuarios internados, durante la semana. Modificaciones extraordinarias en aquellas personas que han sido así tomadas a cargo por un colectivo, por lo que entiendo que allí hubo algún tipo de movimiento “transferencial” o de “investidura” de un cuerpo. Aquellos cambios observados desaparecen generalmente los días lunes, no existiendo o habiendo algún tipo de “ajuste” en su medicación. Ciertas expresiones que comenzaban a dibujarse en sus rostros ¡ya no están! Los fines de semana son días devastadores, hacen estragos. Sólo se escucha un silencio abrumador. Hay pocas personas circulando por el servicio, quedando sólo personal de guardia abocado a las urgencias.

“Tenemos así la locura restituida en una especie de soledad: no aquella ruidosa y en cierto modo gloriosa que había podido conocer el Renacimiento, sino otra, extrañamente silenciosa, una soledad que la separa poco a poco de la comunidad confusa de las casas de internamiento, y que la cerca como una zona neutra y vacía... Dejada sola, y apartada de sus antiguos parentescos, entre las paredes desconchadas del in-

¹³⁻¹⁴⁻¹⁵ Jean Oury. “Libertad de Circulación y Espacio del Decir”. Págs. 3, 5, 1.

¹⁶ Erving Goffman. Internados. Cap. “Sobre las características de las instituciones totales”. Pág. 56.

*ternamiento, la locura causa un problema, planteando preguntas que hasta entonces nunca había planteado.*¹⁷

Hay un cierto “stand by”. A esta expresión, en su definición, se la entiende como un “consumo en espera”. Por ejemplo, ciertos aparatos se encuentran conectados a la espera de recibir órdenes, por lo que consumen energía que se desaprovecha o inutiliza. Estas personas permanecen en un estado similar. Hay una espera al comienzo de la semana para que algo vuelva a tomar su curso, vuelva a reactivarse. Hay un derroche, algo se pierde porque no se lo aprovecha, no hay uso, no se hace nada o, mejor dicho, se ha perdido de forma súbita aquello que se había logrado.

*“Hay todo un medio que puede funcionar, un medio social, micro-social... puede ser tanto el compañero como el médico, un cocinero, un jardinero, un enfermero. Abí no hay ‘status’, nos trae completamente sin cuidado, son simplemente afinidades. Esta gente abí, lo quiera o no, se ha vuelto responsable, portadores de investiduras parciales que ellos mismos ignoran... debemos reconocer a esta gente y trabajar con ellos.”*¹⁸

Dentro del campo de la arquitectura, la primera etapa o el paso previo que se realiza antes de una edificación o construcción se llama “movimiento de suelo” o, en la jerga, se lo denomina también como “preparar la cancha”. Me parece que nuestra tarea se trata de eso, preparar el terreno para que algo pueda construirse entre todos: usuarios internados, usuarios ambulatorios, psicólogos, médicos, asistentes sociales, enfermeros, mucamos, familiares, amigos, etc. Ya no se trata de “status” o jerarquías; si seguimos con eso no habremos entendido ni comprendido nada de lo que la historia nos ha enseñado con respecto al padecimiento mental y su tratamiento.

*“No es haciendo discursos, haciéndose el inteligente, el interesante, diciendo: ‘yo soy el profesor fulano!’. Eso me hace reír, son payasadas”*¹⁹... “No se trata de decir: ‘yo soy un gran psicoanalista y me ocupo de las psicosis’... ¿por quién te tomas? Esa omnipotencia... por tu palabra, por tu presencia, ¿vas a

“La sabiduría de la naturaleza es tan profunda que llega a utilizar a la locura como otro camino de la razón; hace de ella el camino corto de la sabiduría.”

M. Foucault

*sanar el mundo? Divertido. Un poco de modestia, sin la cual caemos en la megalomanía, analítica u otra.*²⁰

Me parece que esta es una de las particularidades que tiene el trabajo con estas personas, ya que no se sostienen las jerarquías o los discursos absolutos. Los mismos usuarios ponen en evidencia, una y otra vez, el fracaso de los tratamientos “propuestos” o “impuestos” por discursos totalitarios. Colocan frente a las

narices de los profesionales el fracaso de los tratamientos. Cada uno desde su lugar o disciplina puede posicionarse desde un discurso “Amo”. Creo que es el lugar más cómodo, fácil, y aquí no se trata de eso. Qué sucede con aquellos profesionales que no pueden cuestionarse desde qué lugar o discurso están operando ante los reiterados fracasos de sus “tratamientos”. En ocasiones, frente a esta comodidad, se cae en la cronificación del usuario, la sobremedicalización, o en reiteradas internaciones de los mismos, varias en el año.

No todo proceso analítico sucede dentro de un consultorio o en el desarrollo de una sesión; algo puede ser desencadenado por la misma, pero los mismos actos analíticos, incluso fuera del tratamiento de psicóticos, pueden ocurrir en la esquina de una calle, en la parada de un colectivo, esperando en una fila, escuchando la letra de algún tema musical o la simple melodía, a través de un encuentro o de un texto extraordinario.

Jean Oury habla sobre la función-1 y dice:

*“...todo no será dicho dentro de la sesión, ¡lejos de abí! Es simplemente para intentar desencadenar algo... se requiere al menos una persona, un analista que esté en una posición particular y que pueda asumir lo que yo he llamado la función-1, es decir, fuera del campo, no solamente práctico sino fuera del campo lógico de la vida cotidiana. Esto no quiere decir que no deba estar en la vida cotidiana, es otro asunto. Y luego se requiere una decena de personas, lugares, etc... porque nos damos cuenta de que hay investiduras, ‘multirreferenciales’, es decir multi-investiduras, las más parciales. Aquello que se juega tiene una importancia enorme para ciertas personas: cosas que ni siquiera conocemos, inesperadas...”*²¹

¹⁷ Michel Foucault. “Historia de la locura en la época clásica”. Tomo II. Pág. 124.

¹⁸ Jean Oury. “Libertad de Circulación y Espacio del Decir”. Pág. 2.

¹⁹⁻²⁰⁻²¹ Jean Oury. “Libertad de Circulación y Espacio del Decir”. Págs. 7, 8, 2.

Hay que dejarnos sorprender, y de hecho existen situaciones que nos sorprenden todos los días, desde las ocurrencias más banales hasta las más extraordinarias por parte de un usuario, pero que nadie espera que suceda. Existen servicios y profesionales que se centran en los diagnósticos y realizan pronósticos, sin visualizar a la persona en forma integral ni considerar sus potencialidades. Lo que cuenta es la visión de una globalidad.

Al decir de Deleuze: *“no se trata de predecir, sino de estar atento a lo desconocido que llama a nuestra puerta”*²².

Es justamente en el hecho de circular con libertad que puede haber por azar un encuentro. Un verdadero encuentro no es simplemente buenos días, buenas noches. Un verdadero encuentro implica la “tyche”, es el azar que va a permitir que algo pueda inscribirse. En un colectivo pueden haber verdaderos encuentros, pero resulta ineficaz la mayoría de las veces el hecho de programarlos, sí de crear condiciones de posibilidad. Jean Oury dice:

*“...a menudo yo digo que hay que programar el azar, pero frecuentemente esto fue mal comprendido: hay que programar el hecho de que puedan existir libertades de circulación que permitan que haya azar y constelación. Pero no diremos: ¡esta tarde, tú encontrarás el azar!. ¡Es ridículo!...”*²³

Dicho autor plantea la idea de una “*transferencia disociada*”, una transferencia dispersa que puede manifestarse no solamente sobre la persona del terapeuta, sino sobre todo un conjunto de personas de todas las naturalezas; él las llama “*constelaciones*”; “*puntos de referencialidad múltiples*”; “*multi-investiduras*”; “*multirreferenciales*”.

*“La dificultad es que hay personas que dicen: ‘yo soy la función-1’. Esto es lo peor, pues eso no se encarna. Y a veces hay que ser varios para la función-1. En lo que yo llamo las co-terapias, somos varios para asegurar la función-1.”*²⁴

Al final, el punto central no estaba puesto sobre un taller de cine o sobre la proyección de una película, sino en libertades de circulación, condiciones de posibilidad. Incluso si no decimos nada, podemos estar dentro del decir. Decir y construir con el cuerpo y su

“simple” circulación. Hacer un discurso con el cuerpo que sea lanzado hacia otro u otros que lo puedan recibir. Discurso que pone en movimiento algo (S1-S2) y logra producir (“a”). Es la emergencia de cierta función del significante. Tomamos esto y decimos que el inconsciente está a la vista o que cierta función del significante está a flor de piel; hasta se puede afirmar que muchas veces se manifiesta en la misma piel, por ejemplo, lo que se conoce comúnmente dentro del discurso médico-psiquiátrico como “*alucinaciones cenestésicas*”; sin embargo, no es lo esencial. Aquí se trata de cuerpos, cuerpos en movimiento formando parte de una misma masa; no como lo formula Freud en su texto de 1920-1921, “*Psicología de las masas y Análisis del Yo*”, donde explica las formas de funcionamiento y la dinámica de personas formando parte de una misma masa como, por ejemplo, la Iglesia y el Ejército; Freud las denomina como “*masas artificiales*”. Aquí hablamos de un colectivo de personas, una masa donde puedan perderse de sí mismos, perderse con otros en un éxtasis común.

*“Algo conecta, algo hace lazo, algo hace masa, sólo que no sabemos por qué. Algunas veces podremos elucidar cómo se hace.”*²⁵

No se apunta esencialmente a los síntomas de un cuerpo, sus delirios y alucinaciones. Si bien un síntoma puede instalarse en un cuerpo y desarrollarse, se trata del cuerpo no sólo como superficie de inscripción, sino como instrumento de escritura que va fundando o creando un espacio propio y compartido.

*“Las profundidades del cuerpo emergen planeando a nivel de la piel que termina por constituirse en la mayor profundidad: el borde entre el adentro y el afuera.”*²⁶

¿Qué nos dice esto? Que ni el mismo cuerpo ni la envoltura de su piel conforman una unidad. Ya no queda claro qué es adentro y qué es afuera, hay desorden y confusión.

*“Cuerpo sin un adentro ni un afuera que no pasa por la intencionalidad que lo nombraría como propio. Cuerpo de intensidades, de devenires, de pasajes, de sensaciones, que sólo conocen velocidades y lentitudes.”*²⁷

²² Ana María Fernández. “Las Lógicas Colectivas”. Segunda Parte. Cap. I. Pág. 156.

²³⁻²⁴ Jean Oury. “Libertad de Circulación y Espacio del Decir”. Págs. 6, 9.

²⁵⁻²⁶ Ana María Fernández. “Las Lógicas Colectivas”. Segunda Parte. Cap. III. Págs. 175, 181.

²⁷ Pedro Murguía. “Entre Cuerpo y Carne”. Conferencia: Multiplicidades. Psicoanálisis en interfaz. Corrientes 2011.

Es decir, la cosa (objeto, contenido, concepto, palabra, sentido, cuerpo) no se elimina sino que se transforma, hay mutación. Aparecen líneas de fuga que se conectan con series heterogéneas. No es una cadena sino que sigue una lógica del rizoma.

Creo que es un poco lo que sucedió aquí, con esto que antes tenía la forma de “depósito”. Hubo una transformación, una mutación de su naturaleza. Para que esto suceda, existieron y fueron necesarias ciertas líneas de fuga, conectarnos con personas que no eran parte de la institución ni del hospital, y desconectarnos a su vez con aquellas que sí formaban parte, provocando el armado de nuevas series heterogéneas de relación, logrando una desterritorialización. Aquí no hay principio, ni fin. Uno puede suponer el inicio de todo esto pero nunca lo sabrá con certeza, tampoco puede definir la meta. Lo que importa es lo que sucede en el medio, entre los cuerpos, allí donde las cosas son observables y adquieren velocidad.

“El medio, no es una media, sino, al contrario, el sitio por el que las cosas adquieren velocidad. Entre las cosas no designa una relación localizable que va de la una a la otra y recíprocamente, sino una dirección perpendicular, un movimiento transversal que arrastra a la una y a la otra, arroyo sin principio ni fin que socava las dos orillas y adquiere velocidad en el medio.”²⁸

Como se viene planteando, las cosas deben seguir un recorrido de transformación. Esto ocurrió a par-

tir de una urgencia. Lo que sigue no lo sabemos con seguridad pero, como dijimos, sí podemos seguir creando condiciones de posibilidad, y una de ellas es que este espacio y otros sean circulados por otras personas. Un espacio propio y compartido, que tenga una apertura no solamente para usuarios internados en nuestro servicio, sino todo aquel que quiera participar. Desde usuarios de otros servicios hasta la misma comunidad. Que un espacio que actualmente es utilizado una vez por semana para la proyección de películas, sea un lugar de encuentro, una relación o conexión con lo exterior ajeno. Considero que las transformaciones en los hospicios dedicados al tratamiento de personas con padecimiento mental deben comenzar desde la misma institución, realizando cambios en la distribución de los espacios, invirtiendo en nuevos recursos (materiales, humanos), incluyendo los no convencionales. Además, formar y capacitar a todos los actores sociales en prácticas y concepciones comunitarias, dentro de un marco de derechos humanos. Realizar atención y seguimiento del usuario en hospitales generales, así como su internación. Trabajar junto con centros de día y casas de medio camino. Apuntar a emprendimientos laborales, atención domiciliaria y acompañamiento terapéutico. Toda la comunidad y sus actores deben participar de forma integrada en el proceso de recuperación y reinserción de la persona con sufrimiento mental. La desmanicomialización se construye desde la dignidad humana. Quizás en un futuro no muy lejano esto sea posible.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

- Gilles Deleuze, Félix Guattari. *“Rizoma: Introducción”*. Editorial Pre-Textos. Marzo 1977.
- Gilles Deleuze. *“Lógica del Sentido”*. Editorial Paidós.
- Jean Oury. *“Libertad de Circulación y Espacio del Decir”*. Conferencia en Tours (Francia). 16 de mayo de 1998.
- Ana María Fernández. *“Las Lógicas Colectivas: Imaginarios, Cuerpos y Multiplicidades”*. Editorial Biblos. Bs. As. 2008.
- Jorge Alberto Pose. *“Hospital, Emergencia, Muerte y Creatividad”*. Rev. Actualidad Psicológica. Agosto 1996.
- Erving Goffman. *“Internados”*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 1992.
- Pedro Murguía. *“Entre Cuerpo y Carne”*. Conferencia Multiplicidades. Psicoanálisis en interfaz. Corrientes. 15 de octubre de 2011.
- Michel Foucault. *“Historia de la Locura en la Época Clásica I”*. Editorial Fondo de la Cultura Económica (Breviarios). Bs. As. 2009.
- Michel Foucault. *“Historia de la Locura en la Época Clásica II”*. Editorial Fondo de la Cultura Económica (Breviarios). Bs. As. 2009.

²⁸ Gilles Deleuze, Félix Guattari. *“Rizoma: Introducción”*. Marzo 1977. Pág. 13.

AASM CATEGORIA DE SOCIOS

CATEGORIA	CONDICION	VALOR DE LA CUOTA
Miembro titular	Más de 5 años de profesión	\$ 50 mensuales
Miembro adherente	Hasta 5 años de profesión	\$ 44 mensuales
Miembro estudiante	Estudiantes universitarios	\$ 32 mensuales
Institución miembro	Institución legalmente constituida	Según convenio

Aclaración: Los miembros de la AASM cuentan con descuentos significativos en las actividades organizadas por la asociación (cursos, congresos, jornadas). Los miembros de la AASM aparecen en el Róster (cartilla) que se encuentra en nuestra página web con los datos profesionales de cada uno. Además, los miembros tienen la posibilidad de incorporarse y participar del capítulo que sea de su interés. Los miembros titulares pueden proponer la fundación de un nuevo capítulo si creen que la temática así lo justifica. La propuesta será evaluada por la Comisión Directiva.

Los miembros de las diferentes zonas del Gran Buenos Aires, del interior del país o argentinos residentes en el exterior, pueden solicitar la fundación de filiales o representaciones de la AASM. Los miembros que se desempeñen en los diferentes establecimientos públicos o privados del país, podrán solicitar la fundación de una filial y actuar como representantes de ese grupo de profesionales ante la AASM. Para solicitar la fundación de filiales, se deberá conformar una Comisión Directiva con: un presidente, un vicepresidente, un secretario científico y por lo menos un vocal, hasta un máximo de tres. La misma se registrará por el estatuto de la AASM.

INFORMES

AASM

Ayacucho 234 - Tel 4952-8930

E-mail: administracion@aasm.org.ar - www.aasm.org.ar

REGLAMENTO DE PUBLICACION DE ARTICULOS

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

Los atípicos



Kemoter[®]
Quetiapina

Simina[®]
Olanzapina

Restelea[®]
Risperidona