



# CONEXIONES

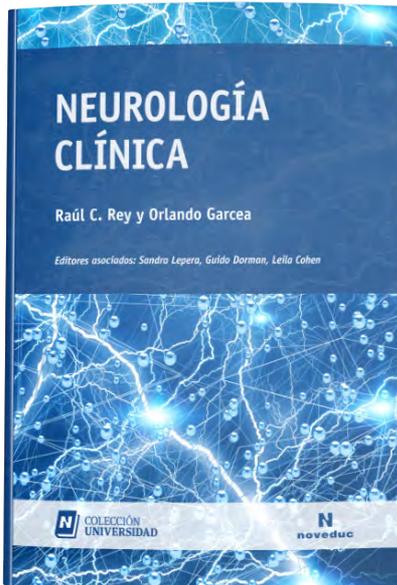
REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL  
PUBLICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL

AÑO 12 N° 32 NOVIEMBRE DE 2019  
DISTRIBUCIÓN GRATUITA



**CONTENIDO:** Consideraciones sobre viejos mitos y consumos asimilados. *A. Calabrese* • Gestión integral en prevención del suicidio. *D. Altavilla* • El fin del manicomio. *A. Trimboli* • Psicosis actuales: los marcianos somos nosotros. *E. Vaschetto* • Sobre la autoridad en Salud Mental. *Dra. S. Di Segni* • Psicoanálisis y ciencia contemporánea en la clínica infantil. *A. Jerusalinsky*

# Lanzamientos



## NEUROLOGÍA CLÍNICA

Raúl C. Rey y Orlando Garcea

*Sandra Lepera,  
Guido Dorman y Leila Cohen*

---

Enero 2019 - 432 páginas

---

## PEDIATRÍA, DESARROLLO INFANTIL E INTERDISCIPLINA

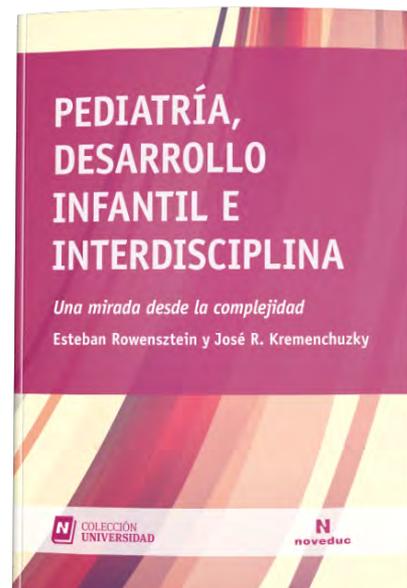
*Una mirada desde  
la complejidad*

Esteban Rowensztein y  
José Kremenchuzky (comps.)

---

Agosto 2019 - 268 páginas

---



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

Año 12 - N° 32 - Noviembre de 2019

**Director:**  
Alberto Trimboli

**Director Asociado:**  
Juan Carlos Fantin

**COMITÉ EDITORIAL**

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

**CONEXIONES Revista Argentina** de Salud Mental es una publicación científica editada por la Asociación Argentina de Salud Mental. ISSN en trámite, Registro de la Propiedad intelectual en trámite. Editor Propietario: Asociación Argentina de Salud Mental. Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación siempre que se cite el nombre de la fuente (Conexiones. Revista Argentina de Salud Mental), el número del que ha sido tomado y el nombre del o de los autores. Se ruega enviar tres ejemplares de la publicación de dicho material.

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

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

**Impresión**  
Latingráfica S.R.L., Rocamora 4161,  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

# Contenidos

**4 Editorial: Salud mental y política**  
*Alberto Trimboli*

**6 Consideraciones sobre viejos mitos y consumos asimilados**  
*Alberto Calabrese*

**11 Capítulos de la AASM**

**12 Gestión integral en prevención del suicidio**  
*Diana Altavilla*

**16 El fin del manicomio**  
*Alberto Trimboli*

**20 Psicosis actuales: los marcianos somos nosotros**  
*Emilio Vaschetto*

**24 Sobre la autoridad en Salud Mental**  
*Dra. Silvia Di Segni*

**26 Psicoanálisis y ciencia contemporánea en la clínica infantil**  
*Alfredo Jerusalinsky*

**30 Información institucional**

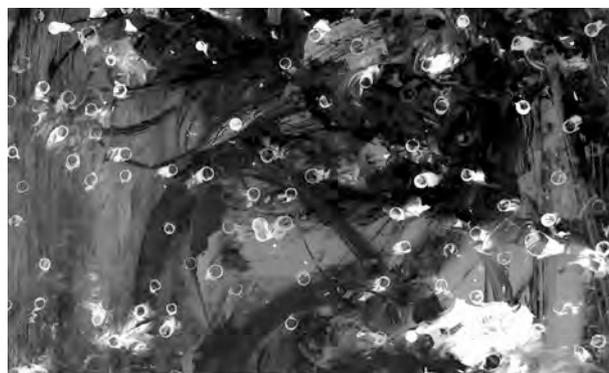


Foto de tapa: 123rf.com.

Editorial

# Salud mental y política

**ALBERTO TRIMBOLI**

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

Exintegrante del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordinador del Sector de Adicciones del Hospital Álvarez.  
facebook.com/alberto.trimboli

**Queridos amigos:**

Como ya mencioné en ediciones anteriores, la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM), como única organización interdisciplinaria y federal que reúne a todas las profesiones y saberes del campo de la salud mental de nuestro país, no solo debe enfocarse en la tarea científica y académica, sino que no puede permanecer ajena a los vaivenes y cambios relacionados con los determinantes sociales que afectan, de una u otra manera, a la salud en general y a la salud mental en particular. En efecto, las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos que los gobiernos implementan en sus políticas.

Actualmente, nuestro país está experimentando una de las peores crisis económicas y sociales en tiempos de democracia, con altas tasas de desempleo, preocupantes índices de pobreza y derrumbe de la confianza en las instituciones que nos representan, sean estas del ámbito político, jurídico, ético, académico o científico.

Si consideramos que, tal como indica nuestra Ley Nacional de Salud Mental, “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, so-

cioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”, no podemos más que afirmar que la salud mental de nuestra sociedad está fuertemente afectada por las consecuencias de la crisis antes mencionada.

La Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) se fundó sobre la diferencia, el debate y la capacidad de soportar las tensiones que siempre, de una manera u otra, produce y reproduce un campo tan heterogéneo y complejo como este. Y es precisamente de ese intercambio interno de ideas de donde surge la riqueza de nuestra organización.

La interdisciplina nos enriqueció y nos enriquece. El objetivo más importante por el que se fundó nuestra organización fue que todas las acciones llevadas adelante por nosotros tendieran a mejorar la vida de los usuarios de los servicios de salud mental, a través del perfeccionamiento de los servicios y la equidad en el acceso a la salud en nuestro país. Para poder cumplir ese objetivo, la interdisciplina y el respeto de los derechos humanos deben ser el fundamento de nuestra práctica.

# AASM

Asociación Argentina de Salud Mental

**COMISIÓN DIRECTIVA**
**Presidente:** Silvia Raggi

**Vicepresidente:** Liliana Verónica Moneta

**Secretario General:** Gustavo Fernando Bertran

**Tesorero:** Eduardo Francisco Grande

**Secretario de Actas:** Darío Galante

**Secretario Científico:** Alberto Trimboli

**Secretario Interinstitucional:** Juan Carlos Fantín

**Secretario de Asuntos Profesionales:** Rubén Darío Gallardo

**Secretario de Ética:** Ariel Darío Falcoff

**Secretario de Cultura:** Roberto Eduardo Sivak (Z"l)

**Secretario de Publicaciones:** Pablo Fridman

**Secretaria de Biblioteca:** Beatriz Liliana Kennel

**Secretario de Prensa:** Ricardo Horacio Soriano

**Vocales titulares:** Fabio Sergio Celnikier,

Juan Carlos Basani, Jerónimo Grondona

**Vocales suplentes:** Alberto Calabrese, Alberto Carli

Mientras tanto, en este contexto de crisis generalizada que atraviesa nuestra sociedad, con la falta de acciones concretas por parte del Estado que permitan vislumbrar un cambio en el sistema de salud mental, nos encontramos ante una embestida muy agresiva por parte de ciertos sectores con intereses económicos y corporativos. Ellos pretenden impedir que se implementen las reformas necesarias y, si bien hasta el momento no han tenido éxito, distraen el avance – lento, pero sin pausa– hacia la meta de alcanzar lo más rápido posible un sistema de salud mental equitativo, con perspectiva de derechos, con base en la comunidad, con dispositivos intermedios y con internaciones breves en hospitales generales.

En efecto, hoy existen serias dificultades para progresar hacia la ampliación de la cantidad de hospitales públicos y centros de salud que ofrezcan dispositivos interdisciplinarios respetuosos de los derechos y las necesidades de las personas con padecimiento mental. Es que, más allá de los ya mencionados intereses económicos, ideológicos y corporativos, el cambio de paradigma también provoca miedo, y es habitual encontrar actores del campo de la salud mental que, desde lo teórico o lo discursivo, se proclaman defensores de los derechos de las personas y del cambio en los abordajes de la salud mental, pero que, en el momento de ser protagonistas de ese cambio, exponen diferentes argumentos expresados en obstáculos para llevar a cabo la transformación que en la teoría defienden.

En este complicado contexto político y económico, la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) se aboca a abordar las cuestiones científicas e institucionales, pero también las políticas y sociales, por lo que nos mantenemos alertas para reaccionar en el momento oportuno.

Por esa razón es que nuestra institución participa en cada uno de los espacios donde se discuten y establecen políti-

cas de salud/salud mental de nuestro país. En ese sentido, a partir de 2019 hemos sido elegidos para integrar, por los próximos cuatro años, el Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental, junto a otras 30 organizaciones científicas, académicas, de derechos humanos, de usuarios, de familiares y sindicatos de nuestro país.

Esto no es nuevo. En el pasado participamos en otros foros e instancias trascendentes, como el Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental, durante dos períodos (2013-2017); en la elaboración del Marco de Referencia para la Formación del Equipo de Salud, como es la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental – RISAM (2015), y en el grupo de trabajo para la elaboración de las normas mínimas para habilitación de establecimientos y servicios de salud mental y adicciones (Resolución 1484/2015), lamentablemente derogadas a principios de 2016.

En un contexto como el actual, cuando los recortes en el sistema público de salud son moneda corriente, es indispensable que todos los sectores que integramos el campo de la salud mental converjamos en un diálogo franco acerca de cómo revertir el claro retroceso que sufre el sistema de salud/salud mental. No cabe duda de que necesario realizar reformas. Y, para llevarlas a cabo, no podemos dejar de considerar las experiencias exitosas desarrolladas en el mundo, en especial en lo referido a la implementación de un sólido sistema integral de salud mental. Recordemos que nuestro país tuvo (y tiene) una rica (y única) historia de experiencias y actores, en la que el respeto por la subjetividad y la singularidad es central en la clínica.

Quiero finalizar expresando que no hay salud sin salud mental, y no hay salud sin Ministerio.

**Dr. Alberto Trimboli**  
Director

### COMISIÓN FISCALIZADORA

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

### DELEGACIÓN MENDOZA

**Presidente:** Nancy Caballero  
**Secretaria:** Jimena Aguirre

### GRUPO FUNDADOR CONVOCANTE

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

### DELEGACIÓN B. BLANCA

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

# Consideraciones sobre viejos mitos y consumos asimilados

**ALBERTO CALABRESE**

Sociólogo. Director de la Carrera de Especialización de Adicciones de la Universidad Nacional de Tucumán. Profesor Titular del Módulo de Adicciones de la Maestría Derecho (UBA). Director General del FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica). Vicepresidente de SAEA (Sociedad Argentina para el Estudio de las Adicciones).

Resulta extremadamente difícil de comprender que, a pesar de las evidencias que muestra el paso del tiempo, algunos discursos se repiten una y otra vez, lo que les otorga nuevos brillos, aunque su base esté desgastada. La oxigenación del tema sobre las sustancias psicoactivas prohibidas, evidentemente, va a darse y ese proceso se está realizando, pero sin el concurso activo de una buena parte de quienes se dedican a trabajar de una u otra forma sobre este tema.

Existen dos cuestiones sobre las que deberíamos detenernos, en función de la observación acerca de la razonabilidad de la vigencia de ciertas prohibiciones y su impacto o aceptación para lo que resulta más complejo de asumir, y esto es que la sociedad de por sí, y aun sin que nos lo propongamos, cambia. Los fenómenos que podemos ignorar varían en función de percepciones que tienen que ver con los discursos aceptados y ampliados sin cuestionamiento. La garantía de continuidad de una forma de ver el mundo está montada sobre la ignorancia del movimiento que se produce ante nuestros ojos. En un reconocido show inglés, un famoso cantante de edad mediana refirió, para solaz de su interlocutor y del público asistente, que su hijo adolescente le preguntaba, entre intrigado y fastidiado, si iba a cantar esas canciones viejas (las suyas) que ya le había escuchado cuando era chico. Esto es la mirada del jovenito: con apenas una referencia de solo diez años atrás, le parecían antiguas esas canciones que, entre otras cosas, habían hecho famoso a su padre y al conjunto que integraba. Bueno sería que el cantante en cuestión, a su vez, no pudiera darse cuenta de lo que implicaba el comentario de su hijo; el cambio se evidenció en una década, él lo pudo referir, pero, ¿qué hacemos cuando un discurso se instala y congela ante la mirada obediente de sus seguidores? ¿Por qué –y ahí hay que bucear en otras aguas– quiere decir

que solo se ve el cambio si realmente me puede favorecer o canalizar alguna de las otras cuestiones que me afectan o creo que me pueden afectar?

Por lo general –en contraposición a esto que acabamos de mostrar–, la mayor parte de la gente sigue los dictados de la moda. Se podría decir que esta representa algo superficial o que sencillamente es imprescindible en la vida de las personas. Sin embargo, millones de seres humanos siguen estos mandatos que regulan el largo del pelo o de la pollera; el talle de sacos; barbas o rapados; colores o gris y negro y muchas más cuestiones imposibles de detallar. Esto es un fenómeno que es pauta y muestra de una cultura. Muchas de estas mismas personas, en determinados asuntos que variarán por grupos o sujetos, cambiarán o mantendrán sus criterios de representación y asimilación tal como les fueron dados. A otras, les da referencia un grupo mayor que las contiene. Esto puede abarcar tanto cuestiones religiosas como maneras de interpretar el mundo; sentirse incorporado por cuestiones ideológicas o de identificación en función de parámetros de toda naturaleza.

Resulta particularmente interesante analizar entonces qué sostiene una identificación o cercanía para algunas cuestiones que determinadas personas mantienen como si fueran artículos de fe.

En esta última se integra la forma de categorización en inmovilismo y con bastante éxito el discurso acerca de lo que monóticamente se conoce como el “riesgo o peligro de las drogas”, pomposamente denominado por las Naciones Unidas “el problema mundial de las drogas”.

Tal vez este discurso, basado en el “problema” o los riesgos, de no haberse instalado no habría derivado en la mayor lesividad que tiene actualmente. Por ejemplo, cuando se compara el total de muertos y desaparecidos en diez

años en México (250.000, aproximadamente), donde tal vez más se lo ha legitimado, con apenas unos 735 muertos por sobredosis en el mismo lapso, según los datos del Ministerio de Salud de ese país. La pregunta subsecuente sería: ¿valió la pena todo esto?

Por lo tanto, este tema logra tener cierta presencia gracias a que se mantiene como hegemónico y brinda pretextos de intervención, especialmente a aquellos países (tal vez uno solo) que lo usan como una de sus maneras de controlar al mundo. Este es, en efecto, un ejercicio de inclusión y exclusión y, secuencialmente, de persecución y castigo. Y origina un accionar legitimado para que determinados poderes, particularmente los estatales, tengan justificación para obrar en un sentido autoritario y represivo. En otros –y no los mayoritarios– reviste varias formas de inclusión, aunque, obviamente, para poder operar en ese sentido en forma casi automática crean las categorías de falta de pertenencia. La inclusión se puede dar en niveles bajos, por el simple y mínimo tráfico de sustancias; en otros, por participar de un nivel de distribución más alto, subiendo mucho la escala incluso como para poder llegar a integrar formas complejas de la actuación dentro del crimen organizado. En sentido opuesto, la forma de estar integrado o aceptado lo hace poco posible o incluso ajeno.

Debemos recordar que esto se torna mucho más usual cuando el propio sistema, que dice repeler a ese negocio ilícito, termina asociado en grandes operaciones bancarias para dar cauce al enorme negocio que representa la circulación de bienes prohibidos. Estos, solo por esa circunstancia, pasan a ser un comercio de un volumen tal que solamente es superado por la venta de armas o la de medicamentos. Esto es una simplificación, ya que, en definitiva, no es el asunto del que se ocupa este artículo.

Lo dicho vale para todo el sistema en cuanto a discurso oficial; de significar a la inclusión como manera de aceptar lo que una sociedad dice que está bien o está mal, hasta que el simple juego del devenir de los nuevos usos y costumbres los convierte en cotidianos y aceptados.

Cabe decir que la tensión entre una y otra forma de enfocar el problema –o sea, el abstencionismo o un supuesto “permisivismo”– arrojan resultados similares a bandos contrapuestos en una guerra no declarada donde, en muchos casos, excluyendo razonamiento alguno (fundamentalmente entre aquellos que sostienen un paradigma prohibicionista y represivo), se sustentan cuestiones que están ligadas más al prejuicio y su forma poco probable de certificarse racionalmente que a una cuestión en la que no se juegan pasiones y, por lo tanto, las líneas de razonamiento resultan más fiables.

Lo que sucede también es que, según la línea que se adopte en cuanto a otros muchos temas (aunque particularmente en lo que hace a las políticas públicas sobre sustancias psicoactivas prohibidas), encontramos un des-

concepto dominante que escinde las posibilidades de razonamiento sobre estas circunstancias: el de la peligrosidad. Los criterios para definirla se ajustan a hechos verificables pero, en la mayor parte de los casos, a expansiones del fenómeno según la percepción subjetiva de quien expone acerca del mismo; números inexistentes; el clásico “uno, dos, muchos” (extensión no probada); el llevar el fenómeno a los límites de lo no constatable. Por ejemplo, si se está hablando de un hecho al que se le atribuyen los criterios de daño absoluto (como ser “el paco”), quien advierta sobre el mismo (en caso de que encuentre un interlocutor que dude de esas generalizaciones y de algún tipo de datos de su expansión) dirá que en tal sector no es comprobable. Pero seguramente (y ahí se ponen ejemplos personificados, pero nunca personales) observaremos que, cuanto más pretendemos acercarnos al mismo, mayores son las dificultades de objetivarlo: “Están en los barrios más sumergidos”; “No es aquí, es más allá”; “En el grupo tal o cual, según me contó X, sucede una determinada situación”, etcétera. También suele legitimarse al asegurarse que “lo dijo alguien bien relacionado” o que “trabaja con tal o cual” o “es pariente de un pariente”; la distancia se convierte en un punto en el horizonte casi de espejismo, donde la posibilidad del encuentro real termina siendo una fantasía o una realidad mucho más acotada que como se la describió originalmente, pero, sobre todo, de magnitud mucho menor.

En ese sentido, el criterio de realidad no interesa; más que nada se trata de una suerte de espejismo inducido que asegura el relativismo de la pertenencia. De no existir determinados riesgos magnificados o personas y/o grupos con rasgos de peligrosidad, habría que construirlos. Alivian una pertenencia que no tiene un sustento consolidado más que por la negativa: “Soy de tal y cual forma y por tanto no de tal otra”; “Nosotros somos trabajadores y ellos son vagos y se aprovechan de nosotros”; “Son sabidas sus intenciones, que no son buenas y buscan satisfacer tal o cual bien espurio”; “Usan las drogas para...”. Ahí habría que llenar este espacio, que el supuesto afectado ubica en ese otro constelado de daños y posibilidades de infligirlos de todas las especies.

Como contraparte, para terminar con ese daño se estipula la casi obligación de imponer separaciones drásticas, impedir que el mal se difunda, evitar posibilidades de contagio, demostrar al público la necesidad de castigo, que no exista ningún tipo de concesión y que se baje la edad de imputabilidad (donde quedaría también comprendido este delito). Y mostrar en donde se pueda (particularmente, en los grandes medios de comunicación) que el “combate” al flagelo representa la única solución posible y, además, que tanto los operadores mínimos como el gran narcotráfico quedarán reducidos en tamaño de organización y volumen de negocios si se actúa con severidad, mano dura y castigos inexcusables.

Resta advertir, aunque la gente crea otra cosa, que el Chapo Guzmán no integra el pelotón demasiado nutrido de los castigados por los delitos derivados del tráfico ilícito, sino más bien lo contrario. Recordemos, una vez más, que el decomiso (o sea, la posibilidad de restringir o quitar algo importante al narcotráfico y a sus agentes del comercio de sustancias psicoactivas) en los hechos no significa más que un 10 % de capturas legales, a nivel mundial. No se trata de la eficacia de tal o cual sistema de control, sino de la ineficacia del conjunto, especialmente porque el sistema que establece conductas a cumplir por determinadas personas (que ya tienen sobre sí la carga de haber estado en el sitio social por el cual se los debe controlar), por otra parte, corroe la posibilidad de castigo, dado que está permeado con crecientes índices de soborno y negocios ilícitos.

De manera que, en esta cuestión, sobre todo a la hora de evaluarla desde el ámbito de la salud, prima la subjetividad también desde quienes forman parte del mismo, usándose todavía categorías que hoy, más allá de su cotidianidad, quedan desfasadas. De por sí, se ha abusado de figuras como la de la perversión, la psicopatía y la adicción como medida desmedida; las sociopatías y demás categorías que hablan a las claras de un proceso de “desviados” (o personas que no cumplen con el deber ser de una sociedad), en lugar de verlos como los previamente asignados para cumplir con ese papel. El desacierto de este discurso consiste en no ver ni entender los procedimientos por los cuales una sociedad necesita de la adjudicación de características diferenciadas a un determinado grupo de personas en función de cubrir la necesidad de poder albergar la falta en el lugar de otro. Si los tiempos son más complejos y provocan trastornos sociales de magnitud, con más razón algunos seleccionados involuntarios van a cubrir la cuota parte de esa sociedad para poner las cosas “fuera de”. No es casual que, en estos momentos de la humanidad, con serios problemas estructurales (algunos de ellos gravísimos, como el del hambre o el calentamiento global) aparezcan (de modo soslayado) temas con una notoria falta de gravedad, a los que se resignifica arbitrariamente como prioritarios y especialmente dañinos. Como los problemas en sí no pueden asumir ninguna responsabilidad al producirse, quedan para dar cuenta de ellos quienes son sus actores. En el caso de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, el primer lugar será para aquellos definidos como adictos (aunque no lo sean), los traficiados y, eventualmente, algún actor de un volumen un tanto mayor. Más arriba aclaramos que son los menos quienes –por alguna falla de sus cadenas de protección y acuerdos no reconocidos con autoridades, además de protección y promoción por parte de funcionarios de toda suerte– terminan siendo castigados; la mayoría, en cambio, elude todo control o mirada sobre sí.

Volvamos entonces a nuestro objeto de consideración: la maquinaria de la cual formamos parte lo sopesa, lo convierte en caso del caso y descuida cualquier otra sintomatología o enfermedad en función de esta que aparece como tan importante, hasta el punto de necesitar (aun para quienes entienden el mecanismo) de servicios especializados, equipos de la salud ídem y una maquinaria de inducción y acompañamiento.

Esta maquinaria se llena la boca con expresiones que van desde el improbable triunfo contra el narcotráfico hasta la cura absoluta de esa persona, sin ninguna consideración hacia probables recaídas, deserciones al tratamiento (parciales o totales), informes que no conducen a ninguna parte o excusas de todo tipo para no tratar a alguien por no reunir las “condiciones de”.

A la par, se suceden requerimientos (a partir de un discurso oficial endurecido), de actitudes para quienes trabajan en estas áreas, que hacen a las formas del “control bueno”, tratando de legitimar lo que en las calles puede significar prisión efectiva, *aprietes*, eventual “gatillo fácil”, maltrato y soborno, etcétera. A menudo vemos que un profesional con cierta trayectoria recae en actitudes discriminatorias y no atiende al paciente, empleando expresiones como que este puede ser quien “posiblemente lo asalte”, alguien que “recaerá, sin duda”, que está virtualmente “perdido”, que “no reúne las condiciones terapéuticas” para ese servicio, entre innumerables preceptos prejuiciosos que se reiteran, sobre todo cuando el curso de los hechos impuesto desde lo discursivo termina permeando al total de la sociedad. Y, naturalmente, a quienes participan de la responsabilidad de atender personas con consumos problemáticos reconocidos.

En estos momentos sucede un fenómeno curioso, opuesto al discurso referido en los párrafos anteriores. En una carta que Tedros Adhanom Ghebreyesus (Director General de la Organización Mundial de la Salud) dirige a su jefe António Guterres (Secretario General de las Naciones Unidas), le recomienda quitar la *cannabis* del listado de drogas prohibidas peligrosas. Hagamos un pequeño alto en el camino; cualquiera que haya recorrido un tiempo este tema recordará la enorme cantidad de material de todo tipo, según el cual la marihuana reunía las características de “droga puerta” (característica que suele compartir también con el alcohol), según opiniones de comunicadores con una fuerte capacidad para tomar en consideración pruebas (para ellos, contundentes) que así lo establecían. Es bueno recordar que, durante años, nuestros juzgados federales, abocados al control de los mal denominados estupefacientes (que, en rigor, son únicamente los opiáceos) estaban ocupados en un 70 % con causas relacionadas con el tema drogas, dándose la curiosidad lamentable de que la mayor parte de las mismas era por tenencia simple... ¡de dos cigarrillos de marihuana!

Siguiendo con el pedido de OMS, cabe recordar que el ahora secretario de Naciones Unidas, Guterres, como primer ministro de Portugal, en su momento, promulgó la desincriminación de la tenencia para uso personal, medida que en nuestro país todavía involucra un fuerte debate a partir del art. 14 de la ley vigente en materia de control, la 23737, olvidando que nuestra primera ley sobre sustancias, no consideraba la tenencia simple como algo incriminable.

Guterres, en cambio, ha promovido esta medida ante la Comisión de Estupefacientes de la ONU en el curso del pasado año, instando a que los 53 países que integran esta comisión traten esta propuesta sometiéndola a votación durante el 62 Período de Sesiones de la UN. En diciembre 2018, la OMS realizó una recomendación pública para no catalogar al CBD (cannabidiol, uno de los componentes activos fundamentales de esta sustancia) como una droga, basándose en las propiedades terapéuticas del mismo, particularmente para el tratamiento de la epilepsia. Esto es algo que tenemos que tener muy en cuenta, resignificando que determinadas sustancias, por estar en el ámbito de la prohibición, no dejan de tener un componente positivo entre sus propiedades medicinales, aunque su exceso pueda ser motivo del consumo problemático de determinadas personas. Por caso, recordemos que la imprescindible morfina, imposible de soslayar de la terapéutica del dolor, también puede ser fuente de severas adicciones. De más está decir que la atribución de daño o maldad al objeto constituido en este caso por una sustancia es realmente absurda. El protagonismo corresponde al sujeto.

¿Qué nos propone este desafío, concretado ahora por la resolución de la OMS? Reconsiderar las sustancias, su papel y quienes las consumen. El punto de vista estrictamente sanitario por parte de la OMS, sin pretender empañarlo en lo más mínimo, deja un cabo suelto que acrecienta la indicación de ellos. Las sustancias, tal como lo he señalado en muchas oportunidades, van variando en el tiempo y con el correr del mismo se sustentan nuevos usos y costumbres. En esta materia no estamos ajenos a ese ciclo; a nivel mundial es muy distinta la actitud y proceder acerca de esta sustancia, que varía a través de las décadas. Un ex Secretario de Drogas de los Estados Unidos, casi en el inicio de la prohibición generalizada a nivel mundial, estimaba que la generación de los 70 estaba descontrolada en su país, por lo que la prohibición de la marihuana sería oportuna para ponerle un "control". Paradojalmente, en diez Estados de EE.UU. se la ha desincriminado absolutamente para todo uso y función: hoy su empleo se considera apropiado, de tal manera que se hace virtualmente imposible su prohibición. Es interesante ver en documentales filmados en California a policías que hasta hace no mucho se dedicaban a destruir cultivos de esta sustancia y hoy se hallan abocados al cuidado de la misma. Y, naturalmente, sus consumidores, que en la inmensa mayoría no son adictos a ella, cuentan

con múltiples ofertas de la misma que abarcan todos los límites de utilidad y hoy forman parte de nuevos usos y costumbres.

La pregunta frente a esto es en qué incide este panorama general en nuestra posición, o debería hacerlo, frente al usuario común que accede a alguna oferta de los servicios de salud. Descartando, desde luego, las "oportunidades" que suele brindar el sistema por la vía del absurdo, lo que significa un encierro asegurado de hasta probables tres años. Sin abundar en detalles, resulta absurdo creer que esta particular manifestación de enfermedad, verdaderamente sintomática de cuestiones profundas mayores, se resuelve en una internación prescriptiva, obsesivamente organizada y con muchos dispositivos que rigen las actividades. Sin contar, además, con que esas instituciones cerradas no se incluyen usualmente en el espacio público, muchos de sus manierismos, siempre en el orden de clausura de derechos y libertades, se corren a otros espacios donde no deberían siquiera figurar.

Para brindar tratamiento a una persona con consumos problemáticos, el desafío de la construcción de programas diversos respecto de la proyección que hace el sistema es el de la articulación de los espacios públicos, en conjunción con cualquier área y, fundamentalmente, lo más libre posible de prejuicios. Tal vez los dos principales sean, por una parte, la clasificación y calificación del supuesto adicto, sin tener en cuenta las mutaciones que hemos venido señalando. La segunda es la de considerar quién es el otro y cuánto de lo que actúa es por verdadera transgresión o, simplemente, por mera adaptación. A esto deberíamos agregar algo: los consumos compulsivos de cualquier índole se encuadran en las pautas de una sociedad de consumo. En este sentido, está claro que los crecientes usos van produciendo un acostumbamiento, una naturalización y una designificación acerca de la "traición" al sistema. Lo notable es que existen diversos tipos de resignificaciones, asociadas a aspectos varios de la personalidad y del entorno de ese consumidor en particular, sin contar además algo que suele suceder respecto de los consumos. La realidad es que los mismos van a ser calificados como tales en la medida de la razón de pertenencia o estatus que el objeto en cuestión le brinde esa respuesta al sujeto en base a su subjetividad y al lugar que ocupe en la escala social. De manera tal que, donde queda sustantivada una percepción sobre un consumo que virtualmente pueda llegar a ser serio o incluso fatal, estará dado únicamente en función de la novedad cuando los usuarios la captan como distinta, con nuevas propuestas, más asociada a determinado fin lúdico o de funcionalidad operativa. Lo que no van a poder registrar es el difícil camino que existe hasta incorporar plenamente otra sustancia.

El símil al que podemos recurrir es al usual del alcohol. Si bien su consumo supera enormemente y en todo nivel el

de cualquier sustancia psicoactiva prohibida, individual y colectivamente, puede incluso llegarse a ver como una sustancia virtualmente peligrosa, siempre y cuando quien la consume no pertenezca a un lugar favorecido del conjunto de la estructura pertinente. Por caso, la estadística policial de los denominados "hechos de sangre" (o sea, riñas, tumultos, sucesos confusos, incidentes leves a graves, peleas de cualquier tipo) los compromete con el consumo alcohólico. Pero se ven, casualmente, si los protagonistas pertenecen a inserciones sociales de bajo nivel e incluso pueden ser un buen material para los programas policiales en vivo. Lo mismo sucede si las peleas intrapareja se traducen en niveles de agresión con secuelas leves o graves, llegando incluso al fallecimiento de algún protagonista; en ese caso, serán leídas, desde esa misma óptica, como las expresiones incorrectas de estamentos inferiores. Obviamente, si el incidente e incluso la muerte de un protagonista de hechos de esta naturaleza es ubicable en un balneario reconocido, a la entrada de una discoteca o en un tercer tiempo de un partido de rugby, quedará en todo caso debidamente ocultado o tomado con una ligereza, quitándose cualquier tipo de rispidez al comentario.

Entre otras cuestiones, la conducta adoptada frente a estas manifestaciones quedará reducida a una repetición tan agotadora de circunstancias adversas como para considerarla digna de atención. El alcohol y su consecuente consumo excesivo es la gran adicción negada. La cotidianidad, entre otras cosas, hace que se requiera un esfuerzo

mayor para estar presente. Y, aun así, la atención sistemática de este consumo es un gran débito del sistema de salud. Aún más, al impedir incluso campañas persistentes, no genéricas y para distintos tipos de públicos, cuesta realizarlas, pues no existen políticas públicas continuas. Este campo es muy importante, teniendo en cuenta la enorme cantidad de usuarios y abusadores existentes. También nos da una pauta de lo que sucede con lo que está incorporado a usos y costumbres: su reconocimiento solo nace de una creciente sucesión de hechos o nuevas formas de apropiarse, como por ejemplo el consumo adolescente, en el que se considera inocua a la cerveza o es habitual consumir alcohol de alta graduación y buscar la embriaguez en las salidas interesantes. Desde ya, esta misma mirada de soslayo es la que prima en los servicios de atención y en las consideraciones acerca del paciente con problemas de alcoholismo, dada su invisibilidad por exceso de cantidad.

Probablemente, este es el camino que ha iniciado el consumo de la marihuana. A futuro tendremos que comportarnos como con la sustancia alcohol: tendremos que considerarla no porque sea un objeto prohibido o un castigo vigente para sus consumidores, sino por lo que realmente significa: un consumo más. Que, en todo caso, puede tener características negativas, de acuerdo al sujeto que ejerza con él alguna suerte de resignificación. Esta será otra cuestión a dilucidarse a través de una atención interdisciplinaria e intervención terapéutica.

## BIBLIOGRAFÍA

AA.VV. (2010). El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Bleichmar, S. (2007). De la creencia al prejuicio. En *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XVIII.

Calabrese, A. (1998). La dependencia alcohólica. Publicación Técnica N° 3. Fondo de Ayuda Toxicológica. Buenos Aires.

Calabrese, A. (2018). Acerca de las frustraciones. En *AVISPA, Boletín virtual*.

Eddy, P.; Sabogal, H. y Walden, S. (1989). *Las guerras de la cocaína*. Serie Reporter. Buenos Aires: Ediciones B.

Labrousse, A. y Wallon, A. (comp.). (1992). *El planeta de las drogas*. Bilbao: Ediciones Mensajero.

Monroy Díaz, J. (2013). La penalización de drogas en América Latina desde el marco legal y constitucional. En *URVIO Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana* N° 13. FLACSO, Ecuador.

Youngers, C. (2013). El debate sobre políticas de drogas en América Latina. En *URVIO Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana* N° 13. FLACSO, Ecuador.

# Capítulos de la AASM

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

- Abordajes terapéuticos interdisciplinarios
- Acompañamiento terapéutico
- Actualizaciones en psicosomática
- Arte y salud mental
- Bioética
- Clínica y psicopatología
- Creación, subjetividad y lazo social
- Cuidados paliativos y salud mental
- Discapacidad y psicoanálisis
- Dispositivo de hospital de día en salud mental: temporalidad de la psicosis
- Educación y salud mental
- El impacto de la época en los cuerpos
- Epistemología y metodología de la investigación
- Estrategias de reducción de riesgos y daños en el abordaje integral de los consumos
- Estrés y trauma
- Familia, pareja y grupo
- Géneros
- Historia de la salud mental en Argentina
- Interdisciplina en salud mental
- Lo disruptivo y lo traumático
- Los usos del tiempo en salud mental
- Musicoterapia y salud mental
- Neurociencias
- Perinatología y salud mental
- Psicoanálisis y psicosis
- Psicología positiva y mindfulness
- Psicología y terapia cognitiva
- Psicofarmacología y terapias biológicas
- Psiconeuroinmunoendocrinología
- Psicooncología y psicoanálisis
- Psicoprofilaxis clínica y quirúrgica
- Psicoterapias
- Psicoterapia integrativa
- Salud mental infantojuvenil
- Salud mental laboral y previsional
- Salud mental y espiritualidad
- Salud mental y trabajo social
- Suicidio: prevención y consecuencias clínicas y sociales
- Trastornos de alimentación: obesidad

## Próximas actividades científicas de la AASM

### CURSOS PARA GRADUADOS 2020

- **Espacio Clínico. Curso para graduados de clínica psicoanalítica.** Dirección: Darío Galante, Alberto Trimboli. Inicio: marzo 2020
- **Curso para graduados de políticas, planificación, gestión y administración de instituciones y servicios de salud mental.** Dirección: Alberto Trimboli, Gustavo Bertran, Eduardo Grande. Inicio: marzo 2020
- **Diplomatura universitaria en políticas, planificación, gestión y administración de instituciones y servicios de salud mental.** Dirección: Alberto Trimboli, Eduardo Grande | Inicio: marzo 2020
- **Curso para graduados teórico - clínico Familia y Pareja.** Dirección: Silvia Raggi y Amalia Barcan | Inicio: abril 2020
- **Curso para graduados en clínica psicopatológica.** Dirección: Juan Carlos Fantin | Inicio: abril 2020

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

# Gestión integral en prevención del suicidio

**DIANA ALTAVILLA**

Psicóloga y psicoanalista. Licenciada y profesora en Psicología por la Universidad Católica Argentina. Doctora en Psicología por la Universidad del Salvador (Buenos Aires). Miembro activa de la International Association from Suicide Prevention (IASP). Miembro de la World Federation for Mental Health.

## *Estrategias y dispositivos psicomunitarios como clave en políticas de reducción del riesgo y lesiones psíquicas*

*“La acumulación no es necesariamente riqueza”.*

Silvia Bleichmar

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha impulsado en los últimos años la construcción del mejoramiento en políticas de prevención del suicidio, una problemática que en todo el mundo se vio incrementada especialmente en las últimas dos décadas.

Las evidencias del aumento del suicidio a nivel global representan una preocupación constante, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, pues las investigaciones sobre el tema revelan que los esfuerzos de concientización y visibilización no alcanzan para reducir las tasas en constante aumento, en especial los suicidios de adolescentes y preadolescentes.

Según la OMS, las tasas mundiales de suicidio se incrementaron por lo menos un 60 % en los últimos 50 años, especialmente en los países considerados en vías de desarrollo. Estas estadísticas ubican al suicidio entre las tres principales causas de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años y se multiplican, si tenemos en cuenta que, por cada suicidio concretado, hay alrededor de veinte intentos –registrados o no– y que casi 3000 personas se suicidan cada día en el mundo (una cada 40 segundos).

A nivel global, la mayor parte de los países se ha hecho eco de las indicaciones que sobre el tema han preparado tanto la OMS como la International Association from Suicide Prevention, instituciones que intervienen en la problemática del suicidio con la fuerte intención de difundir la relevancia del incremento de los índices de suicidio e intentos de suicidio, los trastornos depresivos y las conductas autolesivas de diverso orden.

Aun así, los índices siguen en aumento y requieren un esfuerzo continuado de la comunidad para acudir rápida y eficientemente, además de fortalecer los recursos de defensa psicosociales frente a las adversidades que cada población presente.

El apoyo a la construcción de leyes<sup>1</sup>, reglamentaciones, guías y procedimientos que permitan aplicar medidas en prevención del suicidio y reducción de los factores de riesgo se ha visto dificultado, porque en la problemática del

suicidio los factores particulares de cada situación crítica son tan específicos que las intervenciones deben ser gestionadas, realizadas y replicadas por profesionales que puedan evaluar adecuadamente y en un tiempo mínimo las múltiples variables que cada situación requiere.

Entre otros documentos a tener en cuenta, dada la globalización de la información de que se dispone hasta el momento, el adecuado es el formulado en 2018 por la PAHO y la OMS, que consiste en una “Estrategia y plan de acción sobre eSalud”, que está compuesto por cuatro áreas estratégicas, 13 objetivos específicos y un total de 26 indicadores.

En el informe presentado<sup>2</sup> se ha adoptado la misma estructura para facilitar el seguimiento de los principales logros alcanzados y los desafíos pendientes que enfrenta la región en materia de eSalud: respaldar y promover la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas públicas eficaces, integradas y sostenibles sobre el uso y la implementación de las tecnologías de la información y de las comunicaciones en el ámbito sanitario. Un total de 25 países y territorios –entre los que se encuentra Argentina– (81 % de los previstos inicialmente) se hallan en fase de formulación y adopción de una política pública en materia de eSalud.

Esta política permite a cada Estado miembro armonizar de manera coordinada y sostenible las agendas nacionales de innovación y de salud pública, apoyar los procesos de formulación y adopción de políticas públicas en materia de eSalud centradas en las personas, así como ayudar a definir las prioridades políticas a nivel nacional y regional relacionadas con la eSalud.

Con el objetivo de consolidar un sistema regional para la evaluación y el análisis de políticas en eSalud, desde el 2012 está en funcionamiento el laboratorio regional de eSalud de la OPS, que cuenta con recursos para dar apoyo a la aplicación de las políticas y proyectos en eSalud (lineamientos técnicos, formación, investigación, intercambio de conocimiento, etc.), y que actúa como entidad regional para el observatorio mundial de eSalud de la OMS, incluyendo un directorio con los perfiles de país de eSalud de la región, publicado en el 2017.

Todo esto no es poco si consideramos que, en la problemática del suicidio, la información circulante por las redes

sociales está siendo significativamente perjudicial para las personas en vulnerabilidad psíquica, pues incentiva la instalación del valor del más fuerte sobre el más frágil, abona las ideas de éxito y perfección como alcanzables, etcétera.

Es prioridad entonces que en nuestras políticas de salud en prevención del suicidio y fortalecimiento de recursos psicosociales de grupalidad saludable tomemos mayores iniciativas en la difusión de buenas prácticas de comunicación en redes –a través de redes de eSalud u otras que advengan a futuro– que sean valoradas en profundidad por Comisiones de Expertos en Problemática del Suicidio, difundiendo adecuadamente cuáles de las *app* u otras herramientas informáticas son saludables e idóneas. Frente a la afluencia masiva de herramientas informáticas de quienes promueven más el dominio y el control sobre las personas, será preciso dar alcance de procedimientos y *app* saludables, en especial en adolescentes, que son los que utilizan mayoritariamente las redes.

En estudios del 2016 se determinó que las redes que promovían el suicidio u otras prácticas autolesivas superaban ampliamente a aquellas que promovían el valor de la vida, de la construcción de proyectos, del consenso como eje de la sociedad, de la aceptación por la diversidad y la no violencia, etcétera.

Será menester entonces, entre otras de las medidas adecuadas para la continuidad de un proyecto efectivo en reducción del suicidio y/o las autolesiones, la consolidación de un Observatorio Subregional de la Conducta Suicida en Argentina, que pueda distinguir situaciones diversas, sugerir la aplicación de procedimientos de sostén al colectivo social y que respete la diversidad cultural tan amplia que se da actualmente en nuestro país, considerando las migraciones que los países sudamericanos vienen teniendo en los últimos años.

## Gestionar es liderar políticas a largo plazo

Si partimos de que en una sola situación de suicidio y/o intento de suicidio se reconoce un grupo en vulnerabilidad alta de entre 20 a 200 personas, y que los factores que elevan la vulnerabilidad van desde lo psíquico intrafamiliar y perifamiliar hasta lo psicosocial comunitario, tendremos que avanzar en políticas y gestiones en salud mental que se articulen con los espacios educativos y sociocomunitarios ligados a la población en crisis, desde las primeras etapas del ciclo escolar hasta los colectivos sociales que incluyan a personas que no integran la red social fácilmente por razones de edad y/o dificultades de inserción espontánea.

Además de aquellos factores que inciden directamente desde lo cultural (como las problemáticas migratorias), resulta adecuado que en la formación y/o capacitación de los actuantes se tengan lineamientos claros de liderazgo efectivo y proyección a largo plazo.

Estos dos temas han sido los más frágiles en las estructuras de planeamiento del problema. La Argentina no ha estado al margen de estas dificultades. Es necesario centrarse en la evaluación permanente de las gestiones para el mejoramiento de los puntos de falla u obstáculos no previsibles que se producen al realizar los relevamientos de factores de vulnerabilidad.

Coincido con acordar lineamientos éticos bajo la forma de las normas de bioética mundiales indicadas por la UNESCO<sup>3</sup>, los trabajos de bioética de consenso colectivo y cualquiera de las formas en que la ley (aquella que nos aúna en sociedades y comunidades, aquella en la que grupalidad se instala no solo como aglutinamiento sino como estructura fundante) sea el parámetro con que medimos nuestras acciones de planificación.

Si el imperativo kantiano que propone que actuemos de tal modo que nuestra acción pueda ser elevada a rango de ley universal fuera dominante hoy en el conjunto de nuestra sociedad, es indudable que el eje temático alrededor del cual se estructura la pregunta acerca de la ley del padre solo implicaría cuestiones teóricas o psicopatológicas. Pero ello no es así, lo cual nos confronta a una urgencia: redefinir los términos que nos permitan, al menos, pensar sobre qué premisas se puede establecer un debate respecto a las condiciones de la ética, no solo en nuestra devastada sociedad argentina sino en el mundo. (Bleichmar, 2005).

Es de consenso general que se sugiere determinar periódicamente en la población en riesgo cuáles han sido los aciertos en las metodologías usadas para el fortalecimiento psicosocial. Es frecuente que los equipos profesionales crean más en su eficacia sin tener pruebas confiables que se evidencien en la población atendida. Esta metodología de registro permanente y anónimo de la población asistida suele dar mejores frutos que los relevamientos hechos dentro de los equipos mismos de trabajo, que suelen minimizar los obstáculos y confiar en que el tiempo mejorará los resultados sin considerar que es la plasticidad de la *psicodinamia asistencial* la que jerarquiza los efectos positivos de la aplicación de los programas.

Otra de las dificultades es la escasa formación en los espacios educativos, que da por resultado docentes que reclaman por mayor y mejor capacitación para trabajar con la violencia dentro de la escuela, algo que aparece cada vez a edades más tempranas. Poco ha cambiado del trabajo preventivo que realice una tarea constante de fortalecimiento de valores desde el espacio preescolar. Suelen reiterar el desconocimiento de programas nacionales de prevención y/o lineamientos para el trabajo en las escuelas y, aun cuando cada año desde el 2006 aparecen en Argentina trabajos al respecto, no suelen ser difundidos adecuadamente y en forma constante tal que cada docente los tenga a su alcance.

La primera infancia es el tiempo en el que los modelos se constituyen y, cuando se incrementa la fragilidad de valores sociales es, seguramente, el momento en que debe replicarse la relevancia del respeto al otro, el consenso y la aceptación de la diversidad, el rescate de lo diferente como factor de creatividad, etcétera. Estos modelos consolidados serán más factibles entonces de recordarse y reactualizarse cuando surjan los tiempos adolescentes de conflicto y dominación.

Si en la adolescencia la actualización reactiva recuerdos de éxito basados en el dominio y/o el poder, serán menores los recursos para liderar espacios creativos y potenciadores de ideas y logros colectivos entre los jóvenes. Si la actualización reactiva modelos de vinculación basados en el consenso, el respeto y el compromiso por el trabajo en común, las posibilidades de recursos psíquicos y psicosociales de entendimiento serán mayores. Esto es lo que se requiere fortalecer en todos los niveles de enseñanza, desde el primer ciclo de preescolar.

En la situación actual, el malestar evidencia modos más egocéntricos y mortíferos. En esta situación, revalidar modelos de entendimiento con los otros – pares, superiores y/o menores– es prioritario, tanto desde las autoridades de gestión como transversalmente desde el propio colectivo social.

El suicidio es un acto privado que afecta lo público. Sale de los límites de lo individual empujando al grupo – familia, escuela, comunidad de trabajo, etc.– a una vertiginosa experiencia de fragmentación social. Pérdida de lazo. Estigmatización. Presencia de lo ominoso en la experiencia de cada uno y en la experiencia del nosotros. Como acto empuja a la búsqueda, la más de las veces permanente, de una respuesta que toma y torna a los sujetos impedidos respecto del vivir.

Propender a una metabolización y transformación del hecho en un acontecimiento incluido en la historia personal y grupal es fortalecer los recursos de afrontamiento de las adversidades futuras y el encuentro con nuevas formas de crecimiento personal y colectivo.

Si tomamos el Modelo de lo Disruptivo (Benyakar, 2007), diremos que el suicidio de alguien cercano irrumpe en la vida de los sujetos conmocionando su entorno y las bases que los sostienen en relación con los otros y con la vida misma, generando interrogantes que son sancionados/silenciados desde la sociedad. Debido a su impacto, este evento puede transformarse en un hecho traumático si no hay allí otro idóneo que escuche y habilite nuevas formas, en aras del encuentro con significantes que permitan alguna forma de reconstrucción de la subjetividad. La emergencia de lo ominoso, esa sensación de extrañeza que el suicidio provoca en las personas, genera situaciones heterogéneas en los distintos espacios psíquicos, y hacer de lo heterogéneo, homogéneo a su espacio representacional sostiene la integración, coherencia y continuidad de la salud psíquica de cada sujeto. Es menester que los profesionales de la salud

puedan desarrollar herramientas teórico-prácticas para la adecuada contención de una persona con ideas suicidas o de alguien afectado por el suicidio de una persona cercana (un familiar, un amigo, una personalidad pública cuyo suicidio mediático haya resultado de impacto).

Para ello es necesaria la convergencia de distintas disciplinas, instituciones y personas. El suicidio es prevenible, no evitable. Es prevenible en el sentido de aumentar los recursos psíquicos, fortalecer y mejorar los modos de vinculación de los sujetos, establecer nuevos y adecuados lineamientos y proyectos de vida en las personas. Inciden en el aumento y/o disminución del suicidio las estrategias de abordaje y tratamiento clínicos, las intervenciones comunitarias de prevención y postvención y las esferas psicosociales que favorecen la mengua de los factores de riesgo.

“Es nuestro deber como profesionales de la salud mental capacitar y capacitarnos en forma constante, en el abordaje de una problemática tan urgente y alarmante como esta” (Altavilla, 2004).

## La creatividad en la generación de ideas superadoras

*“En tal sentido cada cambio tecnológico será reprocesado en el interior de un aparato psíquico donde los tiempos anteriores coexisten porque están inscriptos los modos vivenciales de percepción de la realidad de las generaciones anteriores.*

*Los enigmas no se constituyen, en la infancia, respecto a una supuesta realidad sustancial, sino a sus complejos entramados deseantes respecto al engendramiento”.*

Silvia Bleichmar

Hoy, más que en otros tiempos (tal vez por la multiplicación que propone lo tecnológico, negativa o positivamente), las ideas novedosas e innovadoras pueden rescatarse desde ámbitos impensados.

Las políticas en prevención del suicidio deben nutrirse de elementos surgidos desde lo social, para ingresar en un terreno que parece tan lejano a la intervención efectiva pero que posibilita la inclusión de las nuevas generaciones en posición progrediente, sin estancarse ni rigidizar los mecanismos propios de las generaciones que las precedieron.

Pensar en consolidar solo modos establecidos de intervención clínica y/o educativa, sin los resortes de las producciones que surgen para presentar dilemáticas de un tiempo actual, puede derivar en un cisma que aleje a los más jóvenes de los ámbitos de la salud mental.

Las narrativas cinematográficas, los documentales, etc. parecen señalar más claramente los puntos necesarios de los jóvenes que los lineamientos de intervención en salud. En los últimos cinco años se han quintuplicado los documentales y series que replican detalles infinitos para ojos

avezados en el dolor de vivir para adolescentes y jóvenes, y sobre la rígida suposición del suicidio como solución válida a las dilemáticas actuales.

*Not-Along*, *13 razones por el porqué*, *Newtown*, *Tenemos que hablar de Kevin*, *A Girl Like Her*, *Un proyecto formidable*, *Una historia diferente*, *Skins*, *Las ventajas de ser invisible*, *Audrie & Daisy*, *Las vírgenes suicidas*, *Sala Samobórcow*, y aquellas de otras regiones, como *Suicidio* (España), *Suicide Circle* y *El bosque de Aokigahara* (Japón), entre otras, son producciones narrativas que insisten en acercarse al espectador que busca algún lugar en el que se atienda el tema del suicidio.

Japón es uno de los países con más altos índices de suicidio y, aun con altas medidas en prevención, desde hace más de veinte años sigue siendo un desafío trabajar a contramano de una corriente sociocultural imperante en adolescentes.

Si pensamos en un trabajo colectivo de intersección entre lo contracultural y lo político, pensamos en acciones que conformen un poliedro discursivo más accesible a jóvenes y preadolescentes, que demandan metodologías que incluyan la reducción del maltrato psicológico y físico imperante. Pensamos en un trabajo integrado entre profesionales y comunidad, pues, mientras la brecha exista, será más difícil que el reclamo de las personas sea genuinamente escuchado por los profesionales y la comunidad en general. Pensamos en gestiones eficaces y eficientes y en construir un cambio de paradigma a la resolución de problemas que no sea el de ganar o morir.

El Proyecto Euregenas –*European Regions Enforcing Actions Against Suicide*– y el Proyecto KiVa –en Nueva Zelanda– son modelos replicables para transformar comunidades altamente vulnerables en cuanto a la replicación de respuestas violentas a situaciones de frustración, fracaso y/o agobio. Solo son ejemplos de cuánto puede hacerse en una adecuada *gestión integral en prevención del suicidio*, tan necesaria en nuestro país y toda Latinoamérica.

El 20 de julio de 2017 se lanzó el SIG, plan de desarrollo de una estrategia y práctica nacional efectiva para la prevención del suicidio, presidido por Steve Platt y Mohsen Rezaeian, en el Congreso Mundial de IASP en Kuching, Malasia.

Jane Pirkis, Ella Arensman y Alexandra Fleischmann conversaron acerca del impulso para el SIG, con el fin de abordar las necesidades y aspiraciones de los países donde aún no se ha iniciado una acción de prevención del suicidio o en los que la acción carece de una base estratégica a largo plazo.

La creatividad dirigida a gestionar globalmente, planificar de modo integral y liderar en focos pareciera ser tanto lo más difícil de realizar como también lo que da mejores resultados. Cuando un equipo de profesionales se compromete a realizar una tarea, es menos arduo encontrar puntos de acuerdo y enfocarlos, solucionando a cada paso las adversidades y escollos que se presenten.

No es algo diferente de aquello que observamos como mecanismos de defensa adecuados en las personas. Si un

sujeto es capaz de pensar a largo plazo, actuar con los recursos propios disponibles, abrirse a posibilidades aleatorias, observar los pequeños logros transitados aceptando los fracasos y resolviendo en el trayecto lo aprendido, suele estar lejos de verse abatido por una realidad adversa, por más cruda o cruel que esta pueda haber sido.

Las situaciones de conflictos armados son un ejemplo de cómo, frente a la más dura de las situaciones vitales, hay sujetos dispuestos a transitarlas, unirse a otros para cuidarse mutuamente y hasta ser modelo para las nuevas generaciones de valores humanos, donde prime el equilibrio entre la importancia del grupo y la del individuo. Considerar que *la subjetividad se constituye con el otro* ha sido una constante en la mirada tanto del psicoanálisis como de todas las teorías que rescatan lo vincular.

Entre todas las investigaciones y/o trabajos de profesionales dedicados a la problemática del suicidio de la última década, creemos que aquellos que avanzan en sistematizar el abordaje de las personas en riesgo de suicidio que incluyan los aspectos de la singularidad con aquellos que se enlazan desde lo sociológico y/o psicosocial son criterios aplicables que se corresponden con las indicaciones de DD.HH. y normas bioéticas de consenso mundial.

Entre ellos, es de rescatar los modelos integrativos que resaltan las situaciones de vulnerabilidad vinculadas a la pertenencia frustrada, la carga subjetiva percibida y la capacidad adquirida –por factores disruptivos– para perder las cualidades del instinto de conservación, es decir, el miedo a morir.

Identificar los factores que los profesionales deben evaluar para aumentar el riesgo de suicidio y los factores que deben enfocarse en la prevención y el tratamiento es crucial para una buena gestión y planeamiento en prevención del suicidio.

Las investigaciones han mostrado una evidencia positiva en cuanto a la eficacia de los programas de prevención que adoptan una aproximación integral escolar, son instauradas continuamente durante más de un año y tienen como objetivo la promoción de la salud mental, en lugar de la prevención de la enfermedad mental (Wells, 2003).

#### NOTAS

1. La autora participó en las distintas comisiones de redacción de la Ley de Prevención del Suicidio N° 27130/15: "Lineamientos de atención al intento de suicidio" del Plan Nacer del Programa de Salud Integral del Adolescente del Ministerio de Salud de la Nación; Guía para el tratamiento de la problemática del suicidio en ámbitos escolares (Ministerio de Educación de la Nación, Subsecretaría de Equidad y Calidad Educativa, 2014); Guía para el Tratamiento Mediático Responsable de la Salud Mental y Suicidio de la Presidencia de la Nación, Defensoría del Público (2014).
2. OPS-OMS. Estrategia y plan de acción sobre eSalud: informe final. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49702/CD56-INF-17-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
3. <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/>

Anticipo de libro

# El fin del manicomio\*

Desde la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en noviembre de 2010, los ataques a la misma se multiplicaron. El momento de máxima tensión se produjo en noviembre de 2017, cuando la Dirección Nacional de Salud Mental elaboró un proyecto de decreto para modificar la reglamentación de la norma, intentando dar por tierra con el espíritu de la misma. En efecto, en ese decreto se incluían, entre otras cuestiones, la vigencia de la internación en el hospital psiquiátrico; la exclusión del sistema de salud de las personas con consumo problemático; la intervención del Poder Judicial para los casos de internación; la vuelta al modelo tutelar y el traslado del Órgano de Revisión de la Ley a la órbita del Ministerio de Salud (violando su independencia del poder político).

Este intento por parte de las autoridades de salud produjo una reacción colectiva de casi todos los sectores involucrados en la defensa del nuevo paradigma en salud mental. Así se logró, finalmente, que ese decreto no se firmara, lo que generó una grave crisis a nivel político que desembocó en el reemplazo del director de Salud Mental. Ante el avance contra el modelo que describe la Ley de Salud Mental, es necesario visibilizar experiencias contrarias al encierro.

Parafraseando a Antonio Gramsci –“lo nuevo no acaba de nacer y lo viejo no termina de morir”–, es difícil lograr un cambio cultural e ideológico rápido, en un contexto en el que el discurso oficial –por desconocimiento, por interés o por desinterés– hace todo lo posible por mantener el *statu quo*, mientras se encarga de invisibilizar las experiencias que ponen el acento en el respeto de la singularidad y la libertad de las personas, por sobre todas las cosas.

Es notorio cómo los dispositivos intermedios y en especial, la internación en el hospital general, concitan la mayor parte de los ataques provenientes de los sectores que representan intereses, ya que la comprobada eficacia de las internaciones breves en el hospital general de personas con padecimiento mental grave evidencia lo innecesario de la internación en el hospital psiquiátrico. Y esto es así porque la única función para la que este fue creado la está llevando a cabo otra institución mucho más inclusiva y también económica (tanto en el sentido monetario como en el psíquico).

A pesar de la vigencia de ese poder oficial, un grupo de colegas avanzó desde la teoría y desde la práctica en la

construcción de modelos diferentes de los ya existentes. Algunas experiencias fueron gestadas y se desplegaron en el territorio, otras en la universidad o en el hospital general. Pero hay otras, que tienen un mérito extra, porque nacieron y se desarrollaron dentro de las grandes instituciones monovalentes, como respuesta al abordaje asilar y a pesar de que casi todas mantienen un estatus cuasi marginal.

Estas prácticas innovadoras avanzaron a pesar de las resistencias y los ataques de sectores de poder que, en lugar de una verdadera reforma, en un intento por no quedar aislados, proponen un maquillaje institucional que consistiría en un cambio de denominación del actual hospital psiquiátrico, además de la “modernización” de la institución. En definitiva: pretenden cambiar algo para que todo siga igual.

A esta idea adhieren representantes de sectores con fuertes intereses corporativos y/o económicos, pero también profesionales y otros actores con buenas intenciones, aunque impregnados de una lógica propia que circula dentro de esa microrrealidad que son las instituciones psiquiátricas. En ese sentido, recordemos el pensamiento de Basaglia al entrar por primera vez al manicomio de Gorizia. Él asoció ese lugar a su estancia en la cárcel, donde “carcelero y presidiario habían perdido toda cualidad humana, adquiriendo el sello y la impronta de la institución” (Basaglia, 1978).

Si no se realiza una reforma profunda, apoyada en cambios firmes, con un verdadero cambio ideológico, “correremos el riesgo de encontrarnos encerrados en el interior de bellísimas construcciones, técnicamente perfectas, donde el enfermo continuará siendo el último eslabón de una cadena de violencias y exclusiones, de las que seguiremos aduciendo que no somos responsables” (Basaglia, 1972).

En estos tiempos difíciles un grupo de profesionales acordamos reunir nuestras ideas, experiencias y propuestas para lanzar **El fin del manicomio** (Editorial Noveduc, Colección Conjunciones) convencidos que no existe, hasta este momento, una obra que englobe diversos aspectos teóricos y prácticos que aporten a la construcción de políticas y prácticas colectivas para la puesta en marcha de un sistema de salud mental interdisciplinario, con base en la comunidad y con perspectiva de derechos. En ese

## ALBERTO TRIMBOLI

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

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

marco, podemos afirmar que el texto comprende gran parte de las temáticas relacionadas con el campo de la salud mental.

Sin excepción, los autores de los capítulos que conforman este libro son indiscutibles referentes de los temas tratados y abordan en sus textos la mayor parte de los aspectos relativos a cada cuestión del campo de la salud mental y su práctica: los derechos humanos, las políticas públicas, la gestión, la teoría y la clínica, la producción artística, lo laboral, la comunicación, la bioética, la universidad, la investigación y los aspectos legales, entre otros. Pero, fundamentalmente, la obra incluye experiencias y modelos

que hacen posible afirmar, confirmar y demostrar que existe una manera, contrapuesta al modelo asilar, de tratar el padecimiento mental. Esa alternativa para su abordaje considera a la persona como sujeto de derecho y es la que se explicita en este libro. A la vez, no se pone el énfasis en la crítica y la denuncia al modelo asilar, sino en el desarrollo de la producción de experiencias prácticas y teóricas con perspectiva de derechos, desarrolladas en un contexto adverso y desfavorable, promovido por los defensores del modelo oficial.

Las experiencias que se relatan en **El fin del manicomio** –si bien aún no constituyen prácticas generalizadas– son de una extraordinaria utilidad, porque atestiguan la factibilidad de su aplicación. Pero, fundamentalmente, porque podrían servir para la construcción de un modelo de políticas públicas de salud mental dinámicas, con redes y prácticas integradas y no enfrentadas, con dispositivos intermedios con base en la comunidad y con perspectiva de derechos, en un modelo donde la clínica y lo comunitario no se piensen como opuestos. Y, por sobre todas las cosas, donde la concepción de los derechos humanos atraviese nuestra práctica cotidiana.

Los prestigiosos colegas que han colaborado en la escritura de cada uno de los capítulos de esta obra provienen de diferentes áreas del conocimiento. Son, sin ningún lugar a dudas, referentes indiscutidos del campo de la salud mental y también, de una u otra manera, representantes de la transformación del Sistema de Salud Mental ya iniciada e impulsada, luego, por la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental.

El contenido se organiza en cuatro partes. En la primera se abordan temas generales, cuestiones históricas y también los avances, dificultades y retrocesos en el proceso de transformación hacia un modelo inclusivo y con perspectivas de derechos.



La segunda parte está dedicada al desarrollo de políticas públicas de salud mental y adicciones, gestión, administración e investigación en diferentes ámbitos.

La tercera parte se centra en temas relacionados con la normativa nacional e internacional vigente y en los fundamentos legales para la protección de los derechos humanos, los aspectos bioéticos y de género en salud mental.

En la cuarta y última parte de esta obra se desarrollan los dispositivos y experiencias inclusivas de salud mental con base en la comunidad, que demuestran que es posible poner en marcha una experiencia alternativa al modelo asilar. Estos son los hospitales

de día, las actividades artísticas, las internaciones breves en el hospital general (como último recurso), la asistencia domiciliaria, el acompañamiento terapéutico, la universidad como vía para abordar las problemáticas de salud mental y también el abordaje de personas en situación de calle, entre otras.

Es posible que a los lectores que transiten el índice de este libro, los asalte la idea de que se trata de una obra incompleta. En efecto: lo es, porque quedaron fuera de ella muchas de la enorme cantidad de ricas experiencias de salud mental con perspectiva de derechos que se desarrollan a lo largo y a lo ancho de nuestro país. También están ausentes varios de los colegas que han sido protagonistas de la transformación en el campo de la salud mental en Argentina, maestros de distintas generaciones que han desarrollado prácticas que circularon por el mundo haciendo escuela. La edición de este libro se hubiera tornado imposible de intentar incluir en él a todos esos autores y experiencias.

Queremos destacar el esfuerzo y dedicación de los profesionales que han colaborado con sus textos. Ellos, a pesar de sus múltiples ocupaciones, han aceptado el desafío de producir esta obra, que seguramente será un modelo concreto para visibilizar, organizar y llevar adelante buenas prácticas de intervención en el campo de la salud mental, dirigidas a quienes más las necesitan: las personas con padecimiento mental.

\* Próximamente Noveduc Libros lanzará su nuevo título *El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*

#### BIBLIOGRAFÍA

Basaglia, F. (1972). Apuntes de psiquiatría institucional. En R. García (ed.), *¿Psiquiatría o ideología de la locura?* Barcelona: Anagrama.

Basaglia, F. (1978). Institucionalización psiquiátrica de la violencia. *En Razón, locura y sociedad*. México: Siglo XXI.



## COMPLEJIDADES DEL SABER

Denise Najmanovich

Este libro presenta un itinerario de reflexiones sobre las tareas educativas entendidas en el contexto más amplio de la vida social, honrando su complejidad, diversidad y vitalidad, percibiendo su multidimensionalidad en lugar de descomponerlas en compartimentos estancos. El recorrido tiene tres momentos que organizan la travesía: el primero visibiliza lo que en la Modernidad fue invisibilizado; el segundo plantea la construcción de campos problemáticos complejos y el tercero propone explorar la dimensión ética del conocimiento para cultivar y cuidar la vida en común.

COLECCIÓN PERFILES | ISBN 978-987-538-662-4 | 224 PÁGINAS

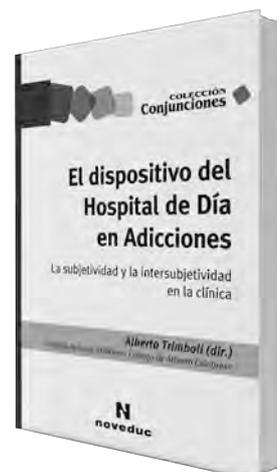
## EL DISPOSITIVO DEL HOSPITAL DE DÍA EN ADICCIONES

*La subjetividad y la intersubjetividad en la clínica*

Alberto Trimboli

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

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



## CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

*Bases para una clínica ambulatoria de inclusión sociosanitaria*

Alberto Trimboli

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

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



## LA DIMENSIÓN DESCONOCIDA DE LA INFANCIA

### *El juego en el diagnóstico*

Esteban Levin

Frente a la certeza del poder de turno para diagnosticar la vida de un niño –y determinar la de sus padres, lo escolar, la integración o exclusión cultural– defendemos la incerteza de la dimensión desconocida y lo provisorio del diagnóstico. A contracorriente, este libro comienza cuando termina y finaliza donde empieza. Movimiento en red que desafía al lector en el acto de leer para crear un vacío de saber todavía desconocido. La infancia es el destino.

COLECCIÓN CONJUNCIONES | ISBN 978-987-538-655-6 | 224 PÁGINAS

## APUNTES SOBRE LA AUTORIDAD

### *Tensiones entre el patriarcado y los colectivos desautorizados*

Silvia Di Segni

En este libro se aborda la noción de autoridad, aquella que ha estado ligada a la de tradición y religión en el discurso conservador y fue dejada de lado en el discurso progresista, que analiza no solo la política sino toda relación humana exclusivamente desde la noción de poder. La filosofía europea, tal como lo señaló A. Kojève, se ocupó poco de este concepto creado en la Roma republicana y cuya crisis algunxs consideran ligada a la decadencia de nuestra época, aunque H. Arendt la encontraba ya en los años 50 del siglo XX, en los EE.UU.

COLECCIÓN CONJUNCIONES | ISBN 978-987-538-669-3 | 228 PÁGINAS



## MATERNIDADES EN TIEMPOS DE DES(E)OBEDIENCIAS

### *Psicoanálisis y género. Versiones de una clínica contemporánea*

Graciela Beatriz Reid

Este libro busca dar una discusión ética donde los psicoanalistas puedan pensar una práctica pospatriarcal y salir de la ilusión binaria, jerarquizante y esencialista de dos posiciones deseantes en el camino de la sexuación, considerada la única y saludable a la que se debe aspirar. Un ejercicio profesional crítico que contribuya a atenuar el malestar sin estigmatizar, encasillar o categorizar las nuevas formas deseantes traza mapas dinámicos que colaboran en la reflexión de la heterogeneidad posible en la construcción de subjetividades y del sujetx psíquico contemporáneo.

COLECCIÓN CONJUNCIONES | ISBN 978-987-538-674-7 | 264 PÁGINAS



# Psicosis actuales: los marcianos somos nosotros<sup>1</sup>

**EMILIO VASCHETTO**

Médico psiquiatra y psicoanalista. Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana, la Asociación Mundial de Psicoanálisis y del Centro Descartes.

Luego de mis estudios de grado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, decidí concursar para la residencia de Psiquiatría en la provincia de Buenos Aires, ya que se habían retirado en ese momento los concursos para dicha formación en el lugar donde yo vivía. Imbuido tempranamente de la enseñanza de Jacques Lacan, mi interés se centraba en la clínica de las psicosis como una manera de escuchar a cielo abierto aquello que captaba de la subjetividad.

Ahora bien, no advertido completamente de los espejismos de la comprensión, me hallé repentinamente comprometido bajo el manto de la angustia, puesto que el loco resultaba ser una interpelación a mi propia subjetividad. Junto al descubrimiento de las coordenadas lógicas del malestar, de la mano del análisis personal, también fui a la búsqueda de un maestro, lo que me llevó a encontrarme con Juan Carlos Stagnaro y el grupo de trabajo llamado “Capítulo de epistemología e historia de la Psiquiatría”, entidad que tuve el honor de presidir durante algunos años.

Paralelamente al análisis personal, el hallazgo de Germán García, con su particular transmisión del psicoanálisis, produjeron en mí un modo de escucha diferente de la del *rapport* médico o de la comprensión más o menos empática acreedora de la figura humanista del psiquiatra. Ciertamente, desde poco menos que los inicios de la carrera de Medicina, ya habían captado mi interés el discurso analítico y la clínica en su sentido clásico (lo que se hace en el lecho del enfermo), pero solo los avatares de una urgencia (por mí generada), me llevarían a la Psiquiatría como búsqueda de un discurso acerca de la envoltura formal del síntoma en la psicosis.

Desde luego, no alcanzaría con adentrarse en la clínica del detalle ni aun con describir microfenomenológicamente la intimidad de los fenómenos –que, por supuesto, son hechos de lenguaje–. Se trató, para mí, desde aquel momento, de hacer algo con ellos. Pues bien, las psicosis actuales hablan de eso, nos interpelan acerca de cómo un sujeto hace algo con el mal, con lo imposible de soportar.

## Psicosis actuales

Precisamente, “psicosis actuales” es el sintagma con el que hace diez años intenté dar cuenta, en clave local, del auge que había suscitado en el Campo Freudiano el término acuñado por Miller como “psicosis ordinarias”. El furor por este término había empañado las mentes clínicas de nuestra parroquia, para hacer entrar en un campo nebuloso aquellos fenómenos difíciles de discriminar en la psicopatología clásica. Las consecuencias no fueron muy buenas, puesto que el resultado de eso fue que todo aquello que no ingresara en el lecho de Procusto del *discurso establecido* caería en el arcón de las psicosis ordinarias.

Es así que en la publicación mencionada (*Psicosis actuales*) reuní una serie de colegas a los efectos de que cada uno fijara una posición acerca del tema, a los dos lados del océano.

La fórmula que más se impuso hasta hoy en día fue la de que las psicosis actuales comportan signos sutiles y formas absolutamente originales de estabilización. Signos sutiles quiere decir no una fenomenología esperable para un trastorno psicótico (delirios, alucinaciones, etc.) sino modos subclínicos o subsindrómicos que, si bien implican la emergencia del fenómeno elemental, no podía afirmarse, *stricto sensu*, que eso comportara una psicosis clínica. ¿De qué podría tratarse, entonces? Pues de sujetos que se las arreglan muy bien para no andar desamarrados, descarriados. Son ellos mismos los que poseen un tipo de arreglo, de suplencia o de *sinthome* que los ayuda a andar por el mundo. En definitiva, se leen en ellos de manera sutil o encubierta los efectos de la forclusión del NP, siendo verdaderamente indisimulada su forma de suplencia.

La tarea que hemos emprendido hace muchos años junto a colegas como el profesor Maleval o José María Álvarez, entre otros, es la de investigar esos fenómenos a la luz de la historia y la clínica.

Es así que uno puede encontrar (lo que no configura ninguna novedad) toda una tradición clínica, en donde,

primero en la Psiquiatría y luego en el psicoanálisis, el binomio locura-no locura o loco-no loco nunca fue blanco o negro, sino más bien una frontera teñida transicionalmente de gris.

Bien comenta Lacan en su tesis de Psiquiatría que la práctica del interrogatorio suele tener serios inconvenientes: a la vez que enmascara hechos desconocidos, suele imponer al paciente la confesión de síntomas conocidos.

Se trataba entonces de ir en busca de los hechos desconocidos (o poco transitados) en la clínica analítica para poder formalizar la propuesta de Miller; insisto, no la conformación de una categoría, sino de un programa de investigación llamado PO (o, para nosotros, "psicosis actuales").

### Signos sutiles y formas de suplencia

Todos hemos leído la referencia de Lacan del *Seminario*<sup>3</sup> relativa al uso de las identificaciones puramente conformistas en un sujeto.

Es conocido por todos aquellos que se aproximan a la lectura de la psicosis el caso de un muchacho, motivo de una presentación de enfermos, que parecía "muy lúcido" (subrayo esto), para quien un amigo comportaba el "arraigo de su existencia" (subrayo esta otra frase) y que finalmente termina catatónico.

Nuestro interés, a partir de la última enseñanza de Lacan, no es solamente entender cómo alguien se desencadena o navega en el agujero en lo simbólico, sino más bien qué

evita eso. He subrayado las dos expresiones que sobresalen al hablar de ese joven sujeto: lucidez y existencia.

Ambos términos, podemos decir así, han sido extraídos y repensados en las elaboraciones acerca de las psicosis ordinarias. El primero de ellos (lucidez) a través de la investigación de los locos lúcidos por parte del grupo de Valladolid (Álvarez y cols.), quienes toman como referencia la tesis de Ulysse Trélat. El tema de la existencia, fundamentalmente a partir del conocido pasaje de los *Escritos*, en donde Lacan define la falta de fundamento en el sujeto psicótico como un "desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto".

Por otra parte, ambos aspectos, lucidez y existencia, nos conducen directamente al tema de las identificaciones en el psicoanálisis. Precisamente, H. Deutsch, al momento de describir los comportamientos preesquizofrénicos, menciona las personalidades "como si" (*als ob*), enunciando (como al pasar) un hecho que resulta ser capital: se trata de una identificación que le otorga al sujeto una "validez a su existencia".

No resulta ocioso, entonces, extraer las consecuencias de una preocupación que, incluso, puede hallarse desde el principio hasta el final en la obra de Jacques Lacan, como es el tema de las identificaciones, desde el concepto de *imago* hasta el final, con el de *sinthome*.

Cito ahora textualmente a Deutsch: "Tratan mediante ese recurso de dar contenido y realidad a su vacío interior y de establecer por medio de la identificación la validez de su existencia".

## XIII CONGRESO ARGENTINO de SALUD MENTAL

9, 10 y 11 de Septiembre de 2020  
Panamericano Hotel & Resort,  
Ciudad de Buenos Aires

Llamado a presentación de abstracts

Salud pública  
y salud mental

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

AASM Asociación Argentina  
de Salud Mental



aasm2020.com

## Nuestra posición

Cuando mencionábamos los aportes de nuestros colegas españoles y franceses acerca del uso de la psicopatología clásica, agregaríamos que nuestra perspectiva es diferente, pero, a la vez, complementaria. ¿Qué quiero decir con esto? Vamos en busca de aquellos signos que han sido descritos en la tradición clínica, de aquellas formas que fueran clasificadas de manera marginal (excéntricos, psicosis con conciencia, simuladores de talento, sensitivos) pero tratando de entender cuál es el punto inintegrable de cada sujeto. Una doble ectopia se pone en juego aquí: hay una clase marginal respecto de las categorías conocidas y, a la vez, un sujeto que se vuelve imposible en la integración a esa misma clase.

Por ejemplo: el excéntrico (que es el nombre que utiliza Moreau de Tours para calificar a esos sujetos raros, incorregibles o extravagantes) es alguien que, si bien no sorprendería que en algún momento se volviera loco, finalmente nunca logra ese desdichado porvenir. Él busca formas grupales para hacer de su excentricidad un estilo. Ahora bien, es ese estilo el que lo dejará al margen de esa misma clase que lo aloja, pues ya se tratará del nombre singular que adopte esa excentricidad.<sup>2</sup> En suma, para nosotros no se trata de hacer corresponder las formas sutiles de psicosis posclínicas con un hallazgo de la clínica clásica (al menos, no es ese el objetivo principal), sino de investigar qué clase aloja lo imposible de clasificar en cada sujeto, de qué manera empuja cada sujeto, con su locura invisible, hacia una clase que solo vale para él mismo.

Posiblemente, uno de los escollos con los que se encontraron los psiquiatras clásicos es que, en estos locos sin locura, no había claridad sobre lo patológico, no era evidente que se tratase de personas que sufrieran. Con bastante probabilidad, como en los locos morales (Pritchard), eran los otros las víctimas del sufrimiento y no el individuo. O, para Ramos Mejía, los simuladores de talento, con sus virtudes de equilibrista o su astucia para suplir el vacío, eran un problema para los aristócratas de la época. Quizás parte de ese escollo que mencionábamos pudo haber sido, por un lado, la tarea insana de agrupar bajo un particular respuestas absolutamente singulares y, por otro, el clasificar una locura que aún no es locura (y que probablemente nunca lo fuese), lo cual carecería de consistencia.

Decir “psicosis actuales” como proyecto de investigación es referirnos a un estado de situación en donde la psicopatología descriptiva, la de los tipos de síntomas, no basta por sí misma para amarrar la práctica efectiva. Las psicosis actuales resultan ser inasibles a la clasificación-tipo y, en muchos casos, portan un diagnóstico singular que hace al modo de vivir la pulsión. No es algo que el psicoanálisis desconozca. Desde que tenemos noticia de los casos freudianos, sabemos que al lado del nombre propio se aparea

un nombre de goce, corolario de un análisis, estado epicrítico de la teoría.

Ahora bien, en las “psicosis actuales” el procedimiento está invertido: comprobamos, en muchos casos, que ese nombre singular no está al final de un análisis, sino al inicio, y el sujeto está preocupado por un incurable que adquiere su forma depurada en el modo mismo de la demanda inicial.

Vamos a tomar tres puntos en relación a dicho programa de investigación: la clínica pobre, la errancia y las respuestas.

La clínica pobre no se refiere a la debilidad productiva ni a la falta de riqueza sintomática, sino a un estado sutil de los síntomas que no obedece al canon de la psicopatología tal como la conocemos. A falta de un término mejor, a esta última hemos decidido nombrarla como una “pospsicopatología”.

La errancia no configura un síntoma ni un tipo, sino una posición. En algunos casos, se trata de sujetos desabonados del inconsciente, aquellos que no han sido engañados ni martirizados por este (como el presidente Schreber). Las respuestas nos llevan a entender cómo alguien puede no estar loco y sostener al menos una ilusoria continuidad vital.

## Una estetización del síntoma

Las psicosis actuales plantean interrogantes genuinos que no excluyen la dicotomía neurosis-psicosis, sino que vuelven menos ociosa su gimnasia diferencial.<sup>3</sup> Acerca de si alguien está o no loco, esta es una pregunta dicotómica y que obedece a la lógica signifiante, a su forma clasificatoria mínima. En eso mismo se basa la pregunta de Jacques Lacan en el año 76: Joyce, ¿estaba o no estaba loco? La respuesta es todo el Seminario *El sinthome*, cómo lograr una estetización del síntoma que le impida a alguien enloquecer. Claro que, en esta oportunidad, se trata de alguien que no es cualquiera, sino más bien un excéntrico que logró interpelar el canon literario.

Al tratarse de una clínica del síntoma y no de las grandes estructuras, es evidente que la clínica clásica y la llamada “psicopatología psicoanalítica” pierden su vigor pragmático. No se trata, para nosotros, de la posición –que rescata el crítico musical Simon Reynolds (*Retromanía*, 2012)– del nostálgico restaurador que trata de reparar una totalidad mutilada del cuerpo histórico-conceptual, sino del nostálgico reflexivo que, lejos de querer aspirar a recuperar la “edad dorada”, admite lo irrecuperable de la pérdida.<sup>4</sup>

El esfuerzo militante por volver el tiempo atrás y restaurar un orden clínico es tarea baldía o, cuanto menos, inoperante. Tratamos, en contraposición, de volver a los monumentos piezas dóciles; de no marginarlos en el arcón de los recuerdos, sino tornarlos fragmentos plásticos *prêt à porter*, lo que configura un ejercicio heurístico y político a la vez. La enseñanza de Lacan es un poco de eso: el hacer

valer tanto lo viejo como lo nuevo e incluso apelar a ciertas concepciones caídas en desuso.

Es, de alguna manera, el ejercicio que realiza José María Álvarez y el que proponemos nosotros, solo que nuestra posición implica el retornar a esas categorías de antaño para sancionar no la clase sino el síntoma como solución singular.

Para el psicoanálisis de la orientación lacaniana, no es necesario que la clínica continuista (del síntoma y sus soluciones) y la discontinuista (de las estructuras y sus desarreglos) se sustituyan: más bien, pueden complementarse. Muchas veces resulta ser una tarea ardua el ubicar las coordenadas de un desencadenamiento, la coyuntura dramática, pues entonces nos preguntamos en todo caso cómo vino arreglándose ese sujeto hasta entonces, cómo evitó enloquecerse; en suma, cómo se puede vivir la locura sin estar clínicamente loco.

La lección clínica de los clásicos debe ser entendida, es nuestra perspectiva, más allá de lo psicopatológico *stricto sensu*. Allí donde había letras, matriz, mecanismo, leyes y luego discursos –advierte Jacques-Alain Miller– se inscriben no-relaciones: hombre//mujer, significante//significado, goce del cuerpo propio//Otro. Ese triple agujero solo puede ser colmado por la praxis, por una pragmática del encuentro.<sup>5</sup>

De allí que el tratamiento posible de estas psicosis es un tratamiento del síntoma, lo que puede extenderse hacia toda la práctica del psicoanálisis.

## Para finalizar

Todo el mundo está loco, para Jacques Lacan, pero esta sentencia –al parecer ligera– debe ser respondida en singular. La locura (según hemos entendido, no solo por la teoría sino por la práctica del psicoanálisis) no es solo la psicosis clínica sino también el yo (el creérsela), el cuerpo con el que nacemos (fragmentado al modo esquizofrénico) y aun el lazo social (el cual resulta ser, en esencia, paranoico).

Dice Lacan que el neurótico no está en condiciones de tomarse muy en serio su discurso interior, su endofasia.

El sujeto psicótico, por el contrario, es alguien que en algún punto se toma muy en serio el lenguaje.

Hace muchos años, en la Feria del Libro de Buenos Aires, tuve la oportunidad de asistir a una conferencia del entrañable Ray Bradbury.

Este hombre que ya en ese tiempo me parecía muy mayor, contó una anécdota simpática, casi infantil. Al llegar las naves Viking I y II a Marte (año 76, si mal no recuerdo) se reunió emocionado con su amigo Carl Sagan y dirigiéndose a él le dijo “¿Y ahora? ¿Dónde están los marcianos?”; su amigo le contestó enfáticamente: “¿Estás loco? ¡Los marcianos somos nosotros!”.

En la misma textura diremos que todos somos locos, víctimas errantes y colonizadas por el parásito del lenguaje, solo que algunos más que otros saben lo serio que eso resulta.

## NOTAS

1. Mesa de apertura. Congreso de la Asociación Argentina de Salud Mental: "Psicosis actuales". Agosto de 2018.
2. Tenemos como ejemplo el "Club de los Trece". Presidido por M.F.H., que era quien disponía de trece mesas en el club Holborre de Londres, se reúnan los días 13 de enero a las 13 con un total de 169 invitados (múltiplo de 13). Cf. Moreau de Tours (1894). *Les excentriques ou déséquilibrés du cerveau*. París: Societé d'Editions Scientifiques, pp. 108-109.
3. Entrevista a Emilio Vaschetto por Elena Levy Yeyati, en Radio Lacan: <http://www.radiolacan.com/es/topic/481/5>
4. Reynolds, S. (2012). *Retromanía, la adicción del pop a su propio pasado*. Buenos Aires: Caja negra.
5. Miller, J-A. (1999). Prefacio al libro de Silvia Tendlarz: *Aimée con Lacan*. Acerca de la paranoia de autopunición, Buenos Aires: Lugar editorial, p. 11.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, J. M. (2013). *Estudios sobre las psicosis*. Barcelona: Xoroi.
- Álvarez, J. M. (2017). *Estudios de psicología patológica*. Barcelona: Xoroi.
- Álvarez, J. M. y Colina, F. (2016). *Las voces de la locura*. Barcelona: Xoroi.
- Deutsch, H. (2007). Über einen Typus der Pseudoaffektivität ('Als ob') (1934) y "Clinical and Theoretical Aspects of 'as if' Characters" (1965). En M-Ch. Hamon (comp.). *Les 'comme si' et autres textes (1933-1970)*. París: Seuil.
- Lacan, J. (1993). *El Seminario, Libro 3. Las psicosis (1955-56)*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Miller, J-A. (2015). *Todo el mundo es loco*. Buenos Aires: Paidós.
- Trélat, U. (2014). *La locura lúcida*. Madrid: Ergon.
- Vaschetto, E. (comp.). (2008). *Psicosis actuales. Hacia un programa de investigación acerca de las psicosis ordinarias*. Buenos Aires: Grama.
- Vaschetto, E. (2010). *Los descarriados. Clínica del extravío mental: entre la errancia y el yerro*. Buenos Aires: Grama.

# Sobre la autoridad en Salud Mental

**DRA. SILVIA DI SEGNI<sup>1</sup>**

Licenciada en Ciencias Biológicas (UBA); doctora en Medicina (UBA), psiquiatra. Docente de Salud Mental (F. de Medicina, UBA). Autora de *Apuntes sobre la autoridad*, de próxima aparición en editorial Noveduc.

¿Por qué hablar de autoridad? Su aparente pérdida aparece, en el discurso conservador, como un signo de la decadencia de nuestra época y, en tensión con esta perspectiva, los seguidorxs de Foucault hemos llegado a pensar toda relación humana en términos de poder, mientras la autoridad habría desaparecido o sería solo un disfraz del mismo. Sin embargo, hay elementos para considerar que se trata de dos nociones que dan cuenta de fenómenos diferentes, dado que conocemos poder sin autoridad y autoridad con casi nulo poder. En las relaciones humanas, el poder será la capacidad de coaccionar la conducta de otrx disponiendo de fuerza física, un arma, control de dinero o capacidad de producir miedo. Reconoceremos autoridad cuando esa coacción se produzca sobre alguien que puede elegir no cambiar su conducta y se vehiculice a través de consejos, no de órdenes. Fueron los romanos, en la época de la República, quienes sumaron esa noción para la política. Remitía a la posesión de saberes, coraje y experiencia (en Roma sería el Senado conformado por los viejos quien representara la autoridad); se fundaba en construir confianza, sostener un buen nombre, manifestar prudencia, honestidad, seriedad y dignidad. Todos estos elementos formaron parte, durante siglos, de la construcción de autoridad, incluso, claramente, para los profesionales de la salud. A diferencia del poder que alguien posee y que eventualmente puede perder, la autoridad sería un fenómeno que se genera “entre” autorizadx y autorizante, sostenido por ambas partes; que se construye con esfuerzo y se destruye con facilidad. La noción tradicional de autoridad es jerárquica e incluye a un superior autorizado (durante siglos, varón) y a otrx inferior autorizante (otro varón de menor edad y/o nivel social o una mujer). La diferencia entre ambas partes será, en términos de A. M. Fernández, una diferencia que nace desigualada, en la que el primer término será más valioso que el segundo. Es interesante pensar que, si bien no hay autoridad sin ambas partes, quienes autorizan han sido invisibilizadx o... desautorizadx.

En 1942, Alexandre Kojève dictó un seminario en París, ocupada por los nazis, sobre *La noción de Autoridad* (con mayúscula), al que concurren, entre otrxs, Jacques Lacan y Maurice Merleau Ponty. Kojève se sorprendía de la casi inexistencia de esa noción en la Filosofía de Occidente y delineaba cuatro tipos de Autoridad: la del Padre (basada en la tradición, en el pasado, propia de la Esco-

lástica); la del Jefe (basada en la capacidad para prever el futuro, de Aristóteles), la del Amo (basada en asumir riesgos en el presente, de Hegel) y la del Juez (atemporal, capaz de juzgarlos a todxs, de Platón). Es interesante pensar que, en la tierra de Juana de Arco y de Olympia de Gouges, un ruso que conocía el papel de las mujeres en el ejército de su país, que sabía de aquellas que formaron las Brigadas Internacionales (mujeres como Marie Langer) no cuestionara que esas escuelas habían delineado tipos masculinos de Autoridad. En este desarrollo, el profesional de la salud era un Jefe, dada su capacidad para prever, pronosticar. El paciente, por su parte, autorizaba y no tenía reconocimiento alguno.

¿Qué cambios sufrió la cultura llamada “occidental” después de la Segunda Destrucción de Europa? Hannah Arendt detectaba, en 1952, en EE.UU., que aquella Autoridad tradicional estaba en crisis, entre otras cosas porque ya no percibía un lenguaje académico hegemónico; la Academia se iba babelizando, diversificando. Podemos agregar que a esto había colaborado cierta fractura del Patriarcado, luego de la guerra, en la que demasiados varones habían adherido a totalitarismos y un número enorme de ellos había muerto en la guerra o en campos de concentración mientras mujeres, con ancianxs y niñxs a su cargo, habían podido sobrevivir sin ellos en Europa y habían trabajado y aumentado la producción industrial de EE.UU. Así, la representación tradicional del Padre/Jefe/Amo/Juez se había dañado e iban apareciendo en escena grupos humanos que habían sido desautorizadx para sostenerlo. Mujeres, niñxs, adolescentes, pueblos originarios, etnias no europeas, sectores populares, población LGBTQI+, religiones no hegemónicas, migrantes, bohemixs, locxs... todxs habían sido desautorizadx en base a diferentes estigmatizaciones. El reconocimiento de derechos para estos colectivos será lento y generará fuertes cambios.

Quienes forman parte de ellos son quienes tradicionalmente eran autorizantes no autorizadx. En su reconocimiento y ejercicio de derechos propondrán otra forma de autoridad, que respete la diversidad y se ejerza más horizontalmente.

Al campo de la Salud Mental se sumarán los psicólogxs y se irán reconociendo derechos de los usuarixs, prohibiéndose prácticas abusivas. La Psiquiatría perderá el poder asociado al abuso de medidas coercitivas tradicionales, pero

lo acrecentará con los psicofármacos. Mantendrá cierta autoridad habitual ligada a la Medicina, pero esta podrá ser cuestionada; la Psicología acrecentará su autoridad en el campo psi, incluso por suponerse alejada del tratamiento de la psicosis en el imaginario social. Un paciente llega a mi consultorio hablando por teléfono y termina la llamada diciéndole a su madre: "Te corto porque estoy entrando al consultorio de la psicóloga". Me aclara que sabe que soy psiquiatra, pero que su madre pensaría que está loco si se lo dice. A él lo autoriza la Psicología, no la Psiquiatría.

Muchxs de quienes se acercan a consultarnos hoy no lo hacen con actitud de sometimiento a una Autoridad inapelable, sino que indagan sobre nuestros posicionamientos teóricos, se informan sobre los efectos de las medicaciones y ejercen los derechos que la Ley de Salud Mental de nuestro país les reconocen. La situación ha cambiado casi 180 grados en pocas décadas y esto resulta difícil de elaborar para algunxs profesionales que, al terminar su formación, esperaban ser automáticamente autorizadx, sin cuestionamientos, por mera portación de título. Han perdido un beneficio secundario de la profesión que también podían gozar otrxs profesionales, docentes, padres y madres...

La idealización que hacía brillar una Autoridad adjudicada a las personas adultas, bastante duradera, que ahora se ha convertido en una autoridad inestable que debe construirse a diario. Hasta la primera mitad del siglo XX hubo una representación del Adulto sostenida por Varones y mujeres rígidamente, que se fue derrumbando. Cuando eso ocurrió, permitió que avanzaran quienes antes eran desautorizadx, pero ese proceso liberador sigue sufriendo fuertes embates de un pasado patriarcal y jerárquico que no acepta una autoridad más horizontal. Esa horizontalidad es, de todos modos, asimétrica, pero lo es de manera dinámica. En diferentes momentos o situaciones, cada parte puede ocupar el lugar autorizado o el autorizante de acuerdo a sus saberes y experiencias. En el campo de la Salud Mental, la autoridad no se adquirirá por haber accedido a un título, sino que se construirá de manera constante, renovando saberes, aumentando experiencias, rechazando prebendas de laboratorios farmacológicos, manejando autorizadamente el poder, utilizando el pensamiento crítico ante nuevas propuestas y, sobre todo, respetando y reconociendo los saberes y experiencias que cada persona que consulta tiene acerca de sus padecimientos.

**BIBLIOGRAFÍA**

Arendt, H., (1996). *Entre el pasado y el futuro*. Barcelona: Península.

Fernández, A. M. (2009). Las diferencias desigualadas: multiplicidades, invenciones políticas y transdisciplina. En *Revista Nómadas* N° 30. Universidad Central.

Bogotá, Colombia, pp. 22-33. Disponible en [shorturl.at/rwxPU](http://shorturl.at/rwxPU)

Hellegouarc'h, J. (1972). *Le vocabulaire latin des relations et des partis politiques sous la république*. París: Les belles lettres.

Kojève, A. (2005). *La noción de autoridad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

**ASÓCIESE**

Aranceles a partir del 15 de mayo de 2018



Asociación Argentina de Salud Mental

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

**Aclaración:** Para los miembros extranjeros residentes en el exterior el valor de la cuota es en dólares. Consultar por bonificaciones en pagos trimestrales, semestrales o anuales anticipados. Los miembros de la AASM cuentan con descuentos significativos en las actividades organizadas por la Asociación (cursos, congresos, jornadas). Los miembros de la AASM aparecen en el róster (cartilla) que se encuentra en nuestra página web. Se está trabajando, además, en que aparezcan los datos profesionales, para que puedan ser difundidos a la comunidad.

# Psicoanálisis y ciencia contemporánea en la clínica infantil<sup>1</sup>

**ALFREDO  
JERUSALINSKY**

Psicoanalista. Miembro de la Association Lacanienne Internationale. Presidente Honorario de la Fundación de los problemas de la infancia (FEPI). Mestre en Psicología Clínica. Doctor en Psicología de la Educación y en Desarrollo humano.

*Independientemente de cuántos cisnes blancos podamos observar, eso no justifica la conclusión de que todos los cisnes son blancos.*  
Karl Popper (1959)<sup>2</sup>

De la singularidad subjetiva a la uniformidad objetiva se extiende un territorio fragmentado en el cual la praxis clínica se debate en busca, por un lado, de las llaves causales del sufrimiento psíquico y, por otro lado, de las fronteras entre lo “normal” y lo “patológico”.<sup>3</sup>

En el campo de la investigación en psicopatología, el psicoanálisis, las neurociencias, la genética, la epigenética y la psiquiatría se debaten frente a una complejidad causal y epidemiológica que transforma cada problema psíquico y cada malestar emocional en un enigma que no cesa de interrogar a aquellos practicantes clínicos que se encuentran en el front de la demanda de cura.

Oscilando entre la indagación etiológica y la fenomenología semiológica, los “militantes” de la salud mental por momentos corren de una punta a otra de ese péndulo en busca de un hilo capaz de costurar fallas estructurales con síntomas psíquicos, y en otros momentos se instalan en uno de los extremos de ese arco pendular optando, entonces, por un reduccionismo simplificador. Mientras, por un lado, las tentativas de costurar esos dos extremos –cuando se trata de tentativas serias y rigurosas– tienden a mantener el campo diagnóstico en abierto y a reconocer la imprudencia de capturar, especialmente a los niños, en cuadros y categorías psicopatológicas fijas, por otro lado, aquellos que se instalan solo en uno de los extremos de esa episteme inevitablemente se inclinan fuertemente a capturar los niños con problemas en categorías diagnósticas fijas y cerradas, o bien se empeñan en declarar, ya desde el inicio de sus más incipientes manifestaciones, el carácter crónico e incurable del *pathos*.

La experiencia, por su parte, ha demostrado que los juicios de atribución de clasificación categorial y los de cronicidad aparecen en la práctica clínica en extraña sincronía –extraña por la total ausencia de cualquier lógica que justifique su religiosa simultaneidad–.

Lo que parece unirlos es una simple conveniencia: ¿de qué servirían categorías clasificatorias cuya permanencia fuese evanescente e imprevisible su duración?

En lo que se refiere al autismo, tenemos un buen ejemplo de lo que acabamos de decir. En reciente investigación realizada por la Simons Foundation Autism Research Initiative (SFARI) acerca de la presencia de una mutación nueva en 2.500 familias con un hijo autista, se registró que tal tipo de mutación génica había ocurrido en solamente el 25 % de la totalidad de hijos y padres-madres. La concomitancia entre padres e hijos de esa variante genética nueva (a pesar de no ser ella uniforme en todos los casos incluidos en ese 25 % de positivos) permite una razonable atribución causal a tales mutaciones. Pero, ¿la presencia del cuadro autista en aquel 75 % en el que no se presentó tal tipo de mutación y cuya dotación genética no presenta ninguna variante a la cual pudiese ser atribuido una condición patogénica? El reconocimiento por parte de los propios investigadores acerca de que tales resultados tienden a demostrar la complejidad causal que opera en el autismo no ha desalentado sin embargo al consenso neuropediátrico (sistemáticamente acompañado por el DSM-5) que continúa afirmando con total certeza la etiología puramente genética del autismo con carácter universal.

Una de las consecuencias iatrogénicas –a nivel de la expansión epidemiológica– de la afirmación de que el autismo es en todos los casos una condición innata es que eso disminuiría la importancia de la detección y de la intervención precoz. Porque, si así fuera, ante tales supuestos etiológicos, las incidencias del *environment* fundamentadas en la intensa neuroplasticidad en los años iniciales de la vida y la flexibilidad de la expresión genética en función de la actividad intermediadora del epigenoma no tendrían ninguna función causal, en ningún caso. Así, la permeabilidad biológica –sea la relativa a las condiciones llamadas “ambientales” o a los efectos del significativo (el campo de la palabra) en tanto representante de la memoria no genética de nuestra especie<sup>4</sup>– verían significativamente reducida su importancia a posibles producciones de meros atenuantes

de la determinación patogénica absoluta impuesta por la dotación genética originaria.<sup>5</sup>

*Mutatis mutandis*, eso llevaría a suponer que en todos los casos de dotación genética "normal" esta dotación actuaría como un blindaje contra cualquier actuación discrepante con las necesidades humanas apropiadas para su desarrollo. Pero la clínica ha demostrado ampliamente que una condición resiliente de tal tamaño no guarda ninguna correlación con la notable sensibilidad, fragilidad y extrema dependencia de sus semejantes, manifestada por el cachorro humano durante los tiempos precoces de su vida.<sup>6</sup>

Hoy en día existe consenso en afirmar que los procedimientos psicoterapéuticos (sean comportamentales, subjetivantes o adaptativos), cuando son correctamente usados, suelen ser eficaces en el sentido positivo, o sea, en la obtención de modificaciones en las funciones y estructuras psicológicas, al mismo tiempo que, curiosamente, también se afirma que modos inadecuados de tratamiento y/o cuidados primarios serían inocuos en la producción de efectos negativos en las mismas funciones que se demuestran sensibles a las intervenciones que podríamos llamar "positivas".

Tanto de un lado como del otro (nos referimos a los efectos negativos y positivos de la estimulación externa), la experiencia clínica ha demostrado de forma incontestable la alta incidencia de las experiencias infantiles y de las condiciones ofrecidas al bebé para su desarrollo y estructuración psíquica. Sin embargo, a pesar de ese consenso universal reinante en la comunidad clínica internacional, la llegada de los niños comprometidos o en riesgo continúa siendo tardía.

En contrapartida, la prisa solamente se verifica en cuanto a la captura de los niños en categorías diagnósticas basadas en signos clasificatorios y no comprensivos (lo que facilita procedimientos administrativos y poco o nada aporta a la orientación de los tratamientos) y en la información anticipada de un supuesto carácter inmodificable de las estructuras psicopatológicas genéticamente determinadas.<sup>7</sup> Ambas vertientes de ese apresuramiento convergen en un punto: la medicalización del niño en cuestión.

De ese modo, lo que la ciencia contemporánea aporta para superar el dualismo clásico de la Psiquiatría (aportes que confirman los descubrimientos clínicos realizados por el psicoanálisis durante los últimos 120 años) acaba disuelto y neutralizado por un reduccionismo organicista mucho más orientado por principios corporativistas que por las consecuencias conceptuales que se desprenden de los más recientes descubrimientos verdaderamente científicos. Tales principios corporativos conspiran –la mayor parte de las veces, inadvertidamente– contra el principio fundamental que debería orientar toda la clínica contemporánea: la transdisciplina. Si ese principio es pertinente a toda la extensión de la clínica, mucho más lo es en la

clínica de niños, por el simple hecho de que en los niños (y especialmente en los bebés) la distancia entre su cuerpo y su subjetividad es la mínima que se puede registrar. Precisamente, el trabajo fundamental del cuidador primario (lo que en psicoanálisis hoy solemos llamar Otro primordial) consiste en aumentar esa distancia para producir el doble efecto de abrir espacio para el desarrollo y, al mismo tiempo, permitir el surgimiento de los registros diferenciados de lo real, lo simbólico y lo imaginario, en cuyo entrelazamiento estructural se sostiene un sujeto.

El hecho de que la ciencia contemporánea haya apostado su criterio de verdad en la repetición de lo idéntico en el campo experimental (apuesta que llevó a descubrimientos de pequeña extensión en lo que atañe a su validez en la red conceptual, aunque de gran extensión en lo referido a su aplicabilidad en el campo empírico), la obligó a efectuar recortes pequeños de lo real para lograr controlar las variables que, por su número y extensión, en recortes mayores podrían quebrar el control de la regularidad de las transformaciones sometidas al experimento. Un método que, más allá de la propuesta cartesiana, estimuló el nacimiento de las especialidades, dando un golpe mortal al enciclopedismo. Hoy en día, los generalistas valen mucho menos que los especialistas, inversión que es fruto de la modernidad, pero cuyos efectos posmodernos toman la forma de una fragmentación tal que las totalidades pasan a ser aprehensibles solamente en espacios imaginarios, o sea, como alucinaciones virtuales<sup>8</sup> o en imágenes virtuales que, en su pretensión totalizante, adquieren un estatuto alucinatorio.

Nacen los especialistas y, concomitantemente, los recortes de objeto terapéutico con su correspondiente técnica, directamente derivada de su práctica empírica. Los especialistas se forman –éticamente hablando– en obediencia a secuencias técnicas cuya formalización, no por azar, recibe el nombre de "disciplinas".

Técnicas de rehabilitación, terapéuticas focalizadas en funciones específicas. La psicología cognitiva, sensorial, perceptiva, representacional (desde Jean Piaget hasta la gestalt y el behaviorismo). La psicomotricidad, como tentativa de unir la mecánica corporal de la kinesiología con la subjetivación del movimiento y la imagen corporal en su significación simbólica. La psicopedagogía, como clínica de los problemas de aprendizaje. La fonoaudiología (heredera de la ortofonética; como su nombre lo indica) basada en el supuesto de un orden natural del lenguaje. La terapia ocupacional, cuyo objeto son las prácticas productivas y adaptativas al uso de los objetos de la cultura.

Nacidas de la fragmentación exigida por los caminos elegidos por la ciencia contemporánea, las disciplinas terapéuticas en el campo de la salud mental hoy tienden a transitar en la dirección contraria a aquella que causó su nacimiento. Al tomar conciencia del discurso esquizoi-

de en que se apoya el recorte de sus respectivos objetos, pasan a esforzarse en la construcción de una dialéctica transdisciplinaria que le devuelva al niño su condición de sujeto, especialmente cuando la articulación entre lo constitucional, las experiencias infantiles y las condiciones psicosociales en que él fue capturado ponen en riesgo el camino operatorio necesario para la articulación del niño con el discurso. Sin embargo, sabemos que ese esfuerzo constantemente tropieza con los narcisismos profesionales que actualmente tienden a tomar formas corporativas.

El análisis y desmontaje de las falacias metodológicas en que tales corporaciones se apoyan es un paso necesario para rescatar la experiencia clínica, el desciframiento de la

estructura del sujeto y de su entrelazamiento con lo que las ciencias básicas vienen descubriendo en diferentes niveles de las neurociencias, la genética, la epigenética y el poder de incidencia del entorno familiar y social.

Esa es una tarea actualmente insoslayable en la dirección de la clínica de la psicopatología de la infancia. Simplemente, más allá de la complejidad que ello implica, en lugar de apuntar la dirección de la cura hacia un objetivo fijo y estándar, se trata de situar nuestro acto clínico en el marco de la red singular que caracteriza a cada niño. O sea, de permitirle ensayar sus propios camino, orientado por su deseo. Elección de un destino que no pertenece al terapeuta, sino al niño.

## NOTAS

1. Este texto es un anticipo del publicado por el doctor Jerusalinsky en el libro *Pediatría, desarrollo infantil e interdisciplina. Una mirada desde la complejidad*, compilado por los doctores J. R. Kremenchukzy y E. Rowensztein (Noveduc, 2019).
2. Elegí esa frase de Karl Popper porque ella encierra toda la contradicción de la ciencia contemporánea. Por un lado, establece su prueba de verdad en la repetición de lo idéntico pero, por otro, no logra establecer la universalidad de una verdad así obtenida porque no puede negar la probabilidad de lo singular. En la lógica (que el mismo Popper enuncia) es necesario que exista al menos uno que no cumpla la norma para que ella pueda constituirse como propia de una categoría. Lo que es, en cuanto supuesto como universal, se define y constituye en oposición a lo que no es. Aunque el cálculo probabilístico pueda reducir a una mínima expresión matemática la emergencia de la excepción, no puede definir ni anticipar el momento, lugar, tiempo y/o convergencia eventual de variables de otros dominios que determinen la emergencia de lo singular y alteren su frecuencia. Esa es la razón por la cual es un paradigma de la patología (en cualquiera de sus expresiones) que "cada caso es un caso" (al menos un cisne que no sea blanco). O bien caer en la tautología ("Todos los cisnes blancos son blancos") denunciada como inevitable en la ciencia contemporánea por Jacques Lacan en su escrito *Ciencia y verdad*.
3. Popper señala luego: "Más tarde se comprendió que la verdad absolutamente cierta no podía ser alcanzada. En vista de ello se buscó colocar en su lugar una especie de verdad o certeza diluida, esto es, la 'probabilidad'. Aunque, hablar de 'probabilidad' en lugar de hablar de 'verdad' no nos ayuda a escapar de la regresión infinita ni del apriorismo" (Popper, p. 279). Vale aquí recordar que fue Lasalle quien, en 1699, trazó, por primera vez con pretensión de universalidad, esa frontera aplicada a la infancia, en el acto de producir un *currículum escolar* ordenado por edades. *Curriculum* en el cual se especificaba cuáles eran los temas a ser aprendidos, así como cuáles eran las actitudes posturales y los comportamientos que en cada edad los alumnos debían observar. Como consecuencia de tal normatización, el niño que no cumpliera con esos requisitos quedaba fuera de la normalidad (Gorischar, 1975).
4. Forma parte de la evolución de las especies el crecimiento de la memoria genética en lo que atañe al atesoramiento de los comportamientos que se mostraron aptos para la adaptación. La evolución implica un progresivo aumento del nivel de complejidad y también de la cantidad de esos comportamientos almacenados en la memoria genética de cada especie. Por alguna razón que desconocemos (aunque puedan elaborarse diversas hipótesis al respecto), al arribar esa evolución a la especie humana (especialmente al *Homo Sapiens*, aproximadamente 40.000 años atrás) esa memoria genética adaptativa, transmitida automáticamente de una generación a otra, encogió abruptamente, quedando reducida al frágil conjunto de los 24 reflejos arcaicos que se extinguen durante el primer año de vida. Surgió entonces el problema de cómo

almacenar y transmitir mediante una estructura no biológica el saber acumulado por nuestra especie. Nace ahí el lenguaje simbólico, o sea, un lenguaje capaz de decir acerca del objeto en ausencia del mismo. Una memoria constituida por signos polisémicos, o sea, por significantes.

5. "El sujeto, si puede parecer ser sirvo del lenguaje, y eso todavía más de un discurso en el movimiento universal de cual su lugar ya es inscripto en el momento de su nacimiento, aunque más no fuese bajo la forma de su nombre propio" (Lacan, 1981, p. 181).
6. Escasa o nula resiliencia parece haber en lo que se refiere a la facilidad con que niños que apenas dejaron de ser bebés se incorporan al ejército de participantes de las "intoxicaciones electrónicas", sustituyendo al Otro primordial por los personajes (comunicación solo de ida y no de vuelta), siempre idénticos a sí mismos, de las telas de los artefactos. Observamos cómo, de forma alarmantemente creciente, aumenta la llegada a los consultorios de niños muy pequeños con cuadros psicopatológicos ligados a las novedades tecnológicas. La ilusión de compresión del tiempo, la anulación de distancias y la sustituibilidad de las personas por sus imágenes virtuales toman cuenta del ejercicio parental, desorientando a los progenitores mucho más allá de sus sentimientos amorosos y de sus deseos de protección de sus niños. Estos, en un momento extremadamente delicado de su constitución como sujetos, quedan expuestos a un mundo virtual que no funciona con las mismas reglas que el humano, causando, de esa manera, una exclusión social y subjetiva totalmente impensada e inadvertida tanto por los padres como por las escuelas y los profesionales de la salud.
7. Lo sorprendente es que ese mismo modo de atribución arbitraria ocurre con las formaciones psicopatológicas más diversas: TDAH, dislexia, depresión, trastornos de aprendizaje, síndrome de pánico, conducta antisocial, trastornos del sueño, trastornos de auto o heteroagresividad, anorexia, bulimia, alcoholismo y otros.
8. Ante tal reflexión cabe preguntarnos hasta qué punto la fragilización –o disolución– de los lazos sociales está determinada por la condición esquizoide con que se construyen las "verdades contemporáneas": cuanto menor el recorte, mayor la universalidad de su validez, por el hecho de que cuanto menor el fragmento de lo real tomado como representante homólogo de la totalidad, menor será su variabilidad probabilística.

## BIBLIOGRAFÍA

- Descartes, R. (2009). *Discurso del Método*. San Pablo: Editora Escala.
- Gorischar, A. (1975). El santo pedagogo. En *Revista Ornicar II*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Lacan, J. (1971). *Lectura estructuralista de Freud*. México: Siglo XXI.
- Popper, K. (2013). *A Lógica da pesquisa científica*. San Pablo: Cultrix. P. 27. Trabajo original publicado en 1959. Traducción del autor.

# Próximas actividades científicas de la AASM

## CURSOS DE VERANO 2019 / 2020

- **Cómo hacer una tesis: aprender a investigar**  
Dirección: Dra. Elena Bisso  
Inicio: 2 de diciembre 2019
- **Psicopatología del trabajo**  
Dirección: Dra. Elena Bisso  
Inicio: 2 de diciembre 2019
- **Síntoma y aprendizaje de la lecto-escritura**  
Dirección: Dra. Elena Bisso  
Inicio: 2 de diciembre 2019
- **Feminismo y psicoanálisis: Lacan, Irigaray y el falocentrismo en cuestión**  
Dirección: Dra. Elena Bisso  
Inicio: 2 de diciembre 2019
- **Resolución de problemas en el trabajo: el modelo de Edgar Schein**  
Dirección: Dra. Elena Bisso  
Inicio: 2 de diciembre 2019
- **La Autoestima en los Profesionales de la Salud: Competencias, Habilidades y Dificultades**  
Dirección: Lic. Mariela Romero  
Inicio: 6 de diciembre 2019
- **La violencia masculina en la pareja. Prevención y asistencia**  
Dirección: Lic. Aníbal Eduardo Muzzín  
Inicio: 10 de diciembre 2019
- **Ataques de pánico: Diagnosticarlos, entenderlos y superarlos**  
Dirección: Lic. Mariela Romero  
Inicio: 13 de diciembre 2019
- **La terapia grupal en el tratamiento de las adicciones**  
Dirección: Lic. Jerónimo Grondona  
Inicio: 14 de diciembre 2019
- **Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad**  
Dirección: Lic. Jerónimo Grondona  
Inicio: 20 de diciembre 2019
- **Psicoterapia cognitivo conductual para las adicciones a sustancias**  
Dirección: Lic. Jerónimo Grondona  
Inicio: 20 de diciembre 2019
- **Nuevas Maternidades y Paternidades**  
Dirección: Lic. Edit Beatriz Tendlarz  
Inicio: 6 de enero 2020
- **Mujeres y Madres**  
Dirección: Lic. Edit Beatriz Tendlarz  
Inicio: 7 de enero 2020
- **Noviazgos violentos en la adolescencia: una alternativa de trabajo preventivo**  
Dirección: Lic. Susana Pontigia  
Inicio: 20 de enero 2020

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

## Información institucional

### La AASM integra el Consejo Consultivo de Salud Mental y Adicciones

La Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) fue seleccionada para integrar el Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones, junto con representantes de treinta organizaciones del campo de la Salud Mental. En virtud de la RESOL-2018-609-APN-SGS#MSYDS, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones informó que nuestra organización fue aprobada por la Comisión Nacional Interministerial en Salud Mental y Adicciones –CoNISMA– para integrar el CCHSMYA durante el período 2019-2023.

Este es un logro que implica también una enorme responsabilidad, ya que renueva el compromiso de la institución con todos los temas relativos al respeto de los derechos humanos fundamentales.

### La Asociación Argentina de Salud Mental en Valletta, Malta

Miembros de la Comisión Directiva de AASM participaron como invitados en el Congreso "Cobertura de Salud Mental para todos", organizado por el "Proyecto Dignidad", que preside el Dr. Gabriel Ivbijaro, expresidente de la WFMH.

Durante este evento, los doctores Alberto Trimboli (WFMH/AASM/Hospital Álvarez), Pablo Fridman (AASM/Hospital Álvarez), Liliana Moneta (AASM), Juan Carlos Fantin (AASM/Hospital Álvarez) y los licenciados Gustavo Bertran (AASM/Hospital Álvarez) y Silvia Raggi (AASM/Hospital Álvarez), invitados por los organizadores, disertaron sobre modelos de inclusión y acceso al sistema de salud mental.

Asimismo, en el acto de apertura, ante representantes de todo el mundo, el Dr. Alberto Trimboli hizo uso de la palabra, junto a otras autoridades allí presentes.

Además de participar como expositores, los miembros de la Comisión Directiva se reunieron con el actual Comisionado de Salud Mental de Malta, el Dr. John Cachia, que cumple la función de velar por el cumplimiento de la Ley de Salud Mental y los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental en ese país.

### La AASM firmó un convenio de colaboración con el Departamento de Salud Mental de Trieste

Como parte de las permanentes acciones tendientes a abordar desde todos los ángulos las temáticas de la salud mental, miembros de la Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) firmaron un Convenio de colaboración y hermanamiento con el Departamento de Salud Mental de Trieste por el cual, además de comenzar con intercambios de capacitación e investigación, ambas organizaciones se comprometen a desarrollar acciones contra el estigma y a trabajar por el derecho a la accesibilidad de todas las personas a los servicios de salud, especialmente para aquellas de los grupos más vulnerables.

El compromiso fue firmado por la presidenta de la AASM, licenciada Silvia Raggi y el director del departamento, doctor Roberto Mezzina, en el marco del Congreso Internacional "Good

practice services: promoting human rights & recovery in mental health", organizado por el Departamento de Salud mental de Trieste, Centro colaborador de la OMS.

Durante la estadía en dicha ciudad, las autoridades de la AASM se reunieron con diversas autoridades y trabajadores, tanto de Trieste como de Gorizia. En ese marco, recorrieron el exmanicomio de Gorizia, donde Franco Basaglia inicio reformas mientras fue director. La presentación del modelo del Hospital Álvarez de Buenos Aires suscitó enorme interés, dada la enorme complejidad y la particularidad del abordaje, por tratarse de un hospital general. Así, tuvo lugar un fructífero intercambio de ideas, en el que los miembros de la AASM pudieron exponer la importancia de los trabajos que se llevan a cabo en nuestro país, centrados en la singularidad y el respeto por la misma.

### Dos miembros de la AASM ingresan al Board 2019-2021 de la WFMH

Dos miembros fundadores y pilares de nuestra institución han sido electos para ocupar cargos en la nueva conformación del nuevo Board de la *World Federation for Mental Health* (WFMH).

En efecto, el Dr. Juan Carlos Fantin y la Lic. Silvia Raggi fueron electos vicepresidente regional para América Latina y directora del Board, respectivamente.

Para nosotros marca un hecho histórico, ya que, junto con el Dr. Alberto Trimboli, será la primera vez –desde su fundación en 1948– que tres argentinos integren la Comisión Directiva de la organización de Salud Mental más antigua del mundo. ¡Felicitaciones!

### La Salud Mental argentina en crisis (II)

El campo de la Salud Mental continúa en una situación muy crítica. La extrema crisis económica que está atravesando nuestro país, sumada a la falta de voluntad política de implementar las leyes vigentes en varias jurisdicciones, coloca a la población en situación de vulnerabilidad y violación de sus derechos.

Sea por carencia de recursos o debido a decisiones políticas basadas en motivos de tipo ideológico y/o corporativo, numerosas personas con padecimiento mental deambulan durante largos meses en busca de un turno para ser atendidas. Peor aún es la situación de quienes requieren un abordaje de mayor complejidad, como puede ser una internación. En efecto, por la falta de apertura de salas de internación de salud mental en los hospitales generales, los pacientes están siendo internados en salas generales que no cuentan con las condiciones elementales ni cumplen las más mínimas normas de buenas prácticas en salud mental. Estos pacientes permanecen internados varios días en una guardia, en clínica médica, obstetricia o traumatología. Los servicios de salud mental de los hospitales se encuentran saturados y no es registrada la necesidad de urgente apertura de dispositivos intermedios, como casas de medio camino, dispositivos habitacionales o laborales y hospitales de día.

Todos los meses, contenidos actualizados en

**Noveduc.com**

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



**Catálogo de libros**  
para profesionales de la salud



**Comprá en línea**  
y lo enviamos a tu domicilio

**10%**  
Descuento

**DESCUENTO ESPECIAL  
PARA SOCIOS AASM**

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

**AASM** | Asociación Argentina  
de Salud Mental

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

# XIII CONGRESO ARGENTINO DE SALUD MENTAL

## Salud pública y salud mental

9, 10 y 11 de Septiembre de 2020  
Panamericano Hotel & Resort, Ciudad de Buenos Aires  
Llamado a presentación de abstracts.

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

**AASM** | Asociación Argentina  
de Salud Mental



[aasm2020.com](http://aasm2020.com)