

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CARRERA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

TESIS DE DOCTORADO

***“Presentación y formalización del síntoma:
Psicoanálisis aplicado en centros de salud de La Plata.”***

Doctorando: Lic. Nicolás Matías Campodónico

Directora de Tesis: Dra. Graziela Napolitano

Diciembre, 2016

“Presentación y formalización del síntoma: Psicoanálisis aplicado en centros de salud de La Plata.”

AGRADECIMIENTOS.

Me gustaría comenzar expresando mi agradecimiento a todas las personas que me han acompañado en este recorrido, que han estado presentes de diferentes formas, para orientarme, aconsejarme, incentivarme a no bajar los brazos y seguir para adelante, y por sobre todas las cosas, agradecer a todos aquellos que simplemente estuvieron presentes para ayudarme a alcanzar el objetivo de finalizar la Tesis Doctoral.

Quisiera agradecer:

A mi directora de tesis doctoral y directora de beca de investigación tipo A y B de la Universidad Nacional de La Plata, Dra. Graziela Napolitano, quien ha guiado y orientado con una deslumbrante idoneidad las líneas del presente trabajo, y quien me supo abrir las puertas a través de la cátedra de Psicopatología I a esta maravillosa actividad que es la investigación además de adentrarme en los albores de la clínica psicoanalítica.

A la Universidad Nacional de La Plata, por haberme dado la oportunidad de realizar la hermosa carrera de grado que es la Licenciatura en Psicología, y el posterior desarrollo de mi corta carrera académica, tanto en docencia e investigación.

A la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNLP, por haberme otorgado una Beca de Postgrado Tipo A y B, lo que me ha permitido dedicarme de forma exclusiva a la presente investigación.

A la Facultad de Psicología de La Plata, que desde mi ingreso a esta casa de estudios no hizo más que ofrecerme oportunidades para crecer a nivel personal y profesional.

A los profesores de los diversos cursos de doctorado por permitirme aprender y aprehender en la transmisión del Psicoanálisis.

A los Centros de Salud de la Ciudad de La Plata y a sus profesionales, que me hicieron transcurrir por una linda experiencia en las rotaciones que permitieron armar la casuística para la investigación.

A mis compañeros de la Cátedra de Psicopatología I de la Facultad de Psicología de La Plata, que a través de

las discusiones e investigaciones que hemos realizado en estos años, han incentivado mis ganas y han despejado cuando fue necesario las dudas e interrogantes, sabiendo orientarme en el camino.

Y por último, agradezco a los que me permitieron hacer de lo anterior una realidad, por lo cual son la base de lo que aquí he construido.

A mis padres, Claudio y Silvia, quienes me han enseñado el significado de lo que es el día a día según el trabajo duro y que siempre me han incentivado a mirar hacia adelante.

A mis hermanos, Daniela y Facundo, que siempre han estado ahí para todo lo que he necesitado y como siempre estaré para ellos de igual modo.

A los demás familiares que supieron estar.

A todos mis amigos, que saben estar de la manera más especial, brindando las risas y los momentos únicos que quedan en la memoria de mi vida.

RESUMEN.

Este trabajo tiene por objetivo analizar la demanda de atención psicológica en los Centros de Atención Primaria de Salud de la Municipalidad de La Plata y su relación con las estrategias terapéuticas. A partir del análisis, nos planteamos ciertos interrogantes acerca de las formas de presentación que el síntoma adquiere en la época contemporánea, lo que nos conduce a revisar las discusiones en el campo del Psicoanálisis sobre el estatuto de los llamados “nuevos síntomas”. El problema surge de una constatación empírica: el importante incremento de la demanda de atención psicológica en el ámbito público, tanto a nivel de los Centros de Salud municipales como en los servicios de Psicopatología y Salud Mental de las instituciones hospitalarias. A partir de la exégesis bibliográfica y del análisis de los casos clínicos se puntualizan los aspectos destacados que permiten poner de relieve la oferta de atención que contempla el carácter diversificado y no seleccionado de las consultas que pueden arribar al dispositivo. Esto último resulta relevante para atender a las particularidades de la clínica y sus novedades, como puntos de interrogación para elaborar una estrategia que permita la inserción de una práctica orientada por el Psicoanálisis en este tipo de dispositivo en particular. En este sentido, se analizarán algunas respuestas que el Psicoanálisis ha ofrecido en una extensión de su campo de acción que contempla las demandas sociales, preguntándonos, acerca de las torsiones necesarias para la instalación del dispositivo respetando los lineamientos de la institución pero sin abandonar la ética y fundamentos teórico-clínicos del Psicoanálisis. Abordando también, de esta manera, los efectos, alcances, límites y condiciones de posibilidad del Psicoanálisis en instituciones asistenciales que ofrecen en ocasiones un tiempo limitado entre sus regulaciones lo que introduce el problema de la terminación prefijada del proceso de tratamiento. La distinción que ha permitido dar el título a nuestro trabajo, distinción entre presentación y formalización del síntoma, no puede dejar de tener en cuenta por otro lado la oferta que obedece a las características de la institución que recibe las demandas, así como la necesidad de mantener la ética y los fundamentos teórico-clínicos del Psicoanálisis. Por otro lado,

intentaremos considerar los efectos terapéuticos y el significado que estos mismos cobran cuando se trata de Psicoanálisis aplicado, así como pondremos a prueba la teoría de las “curas rápidas” con la casuística presentada. Sólo cuestionando y desplazando las generalizaciones, podremos ubicar la particularidad que la clínica psicoanalítica pone como condición de su práctica. Una práctica que debe conservar la pretensión de tomar cada caso como único.

Palabras Clave: Psicoanálisis – Demanda Psicoterapéutica – Síntoma – Diagnóstico Diferencial

INDICE.

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	3
PARTE I	
I. INTRODUCCIÓN	
9	
II. DELIMITACIÓN DEL CAMPO DE INVESTIGACIÓN: ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO.	
A) Psicopatología y Campo de la Salud Mental.....	17
B) Historia de la Psiquiatría y paradigmas de la clínica.....	28
• La Psiquiatría en el mundo: orígenes y desafíos.....	30
• La Psiquiatría en Argentina.....	37
C) Clasificaciones categoriales y dimensionales en Psiquiatría.....	42
D) Psicoanálisis: Normalidad/Patología. Las Categorías clínicas y el campo unificado del padecimiento subjetivo.	48
E) El malestar en la cultura y las TCC	
• El malestar en la cultura: la versión freudiana y lacaniana.....	58
• El malestar en la cultura en la actualidad.....	60
F) La ética del Psicoanálisis.	
.....	65
III. LA EXTENSIÓN DEL PSICOANÁLISIS: INTERROGANTES DE INVESTIGACIÓN	
• Psicoanálisis Aplicado en la Institución de Salud Pública.....	72
• Los orígenes de la aplicación del Psicoanálisis: la clínica de Berlín.....	77

- Los Centros Psicoanalíticos de Consulta y tratamiento: un intento de respuesta a las exigencias actuales.....79

IV. LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN LA ACTUALIDAD.....86

- El contexto actual y su incidencia en las presentaciones clínicas.....89

PARTE II

V. LA CREACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD Y LA OFERTA DE PSICOTERAPIA.

- Los Centros de Salud de Atención Primaria de La Plata: características y referencias.....98
- La problemática de la consulta al Servicio de Salud Mental de los CAPS: la admisión-derivación.....106

VI. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....110

VII. CASUÍSTICA Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS: RESULTADOS.

- La investigación clínica en los Centros de Salud de la Municipalidad de La Plata.
 1. Planteo general.....113
 2. Análisis y reflexiones en función a la casuística.....116

VIII. LA PRÁCTICA EN LA INSTITUCIÓN.

- La presentación del síntoma en las entrevistas de admisión.....136
- Recorridos terapéuticos.
 1. La presentación del síntoma fóbico.....190
 2. Una fobia a la soledad.....194
 3. Madre y mujer: lo enigmático de la sexualidad femenina.....200
 4. La angustia y una demanda de saber.....206

IX. CONCLUSIONES.....21

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	226
---	------------

I. INTRODUCCIÓN.

La presente tesis doctoral parte del análisis de la demanda de asistencia psicológica en los Centros de Salud de la Municipalidad de La Plata. Nos interesa al respecto el debate de actualidad, que plantea cierta tensión irreductible (Haddad & Ulrich, 2011) entre el ámbito de la salud mental y las prácticas psicoterapéuticas, como prácticas del sentido solidarias de la búsqueda de obtener efectos terapéuticos en un breve plazo de tiempo, y, por otro lado, la oferta del Psicoanálisis, que se propone mantener sus principios atendiendo a las nuevas condiciones de la demanda, oferta que propone una serie de modificaciones al dispositivo. Es de importancia considerar por otro lado, que en esta oferta no pueden ser desconocidas las nuevas condiciones histórico-culturales de la época contemporánea en la medida en que repercute en los modos de manifestación del malestar.

Consideramos de importancia tener en cuenta las peculiaridades de la presentación del malestar, su articulación con la demanda de tratamiento, y las coordenadas que regulan el funcionamiento de las instituciones en las que se insertan. Resulta de interés subrayar el marco institucional en el que estamos situados y su oferta de atención que contempla el carácter diversificado y no seleccionado de la problemática que presentan los sujetos que consultan. Es relevante esto último para atender a las particularidades de la clínica y sus novedades, como puntos de interrogación para elaborar una estrategia que permita la inserción de una práctica orientada por el Psicoanálisis en este tipo de dispositivo asistencial.

En esta dirección, es necesario precisar que el lugar al que se dirige la demanda no es ajeno a la forma y contenido al que esta se presenta, de acuerdo al principio de que la oferta es ya un principio de pre-

interpretación del sufrimiento que apela a una resolución. Se abrirían, de esta manera, nuevos problemas que prometen una renovación de la clínica diferencial, con consecuencias no sólo a nivel de la orientación diagnóstica, sino concerniente a la dirección de la cura en estos dispositivos de salud en particular. Esto conlleva a preguntarnos también si se puede hablar de intervenciones analíticas en las instituciones. El Psicoanálisis no depende del diván, sino de la posición que se tome inicialmente ante el síntoma. Diferentes autores de la orientación lacaniana (Miller & Laurent, 2005) han planteado la necesaria flexibilidad que requiere la respuesta a este tipo de demandas, manteniendo los principios básicos de la práctica inaugurada por Freud. Por este motivo se ha destacado el conflicto que se presenta con el discurso médico basado en la Atención Primaria de la Salud. Sabemos que todo aquel que desarrolla sus tareas en el sistema de salud está inserto en un discurso dominante que inevitablemente lo atraviesa: el discurso médico hegemónico, pero así también en las más recientes perspectivas epidemiológicas centradas en la prevención. Estos modelos médicos, asistencialista y preventivo, han de partir de generalizaciones a partir del análisis estadístico, excluyendo la dimensión de la singularidad del sujeto como todo discurso científico. La experiencia del trabajo en los Centros de Salud nos ha mostrado la importancia del abordaje a partir de un equipo interdisciplinario, en el que cada profesional aporta desde su formación y su rol, contribuyendo a una estrategia de trabajo que responda a un objetivo común. Nos resulta, en Psicoanálisis, necesario realizar un análisis de las novedades a las que nos enfrentamos en la clínica cuando se trata de demandas no seleccionadas dirigidas a un Centro que responde a una diversidad de pedidos de asistencia desde la ayuda social, la atención médica, los cuidados preventivos, lo que obliga a elaborar respuestas específicas de intervención orientadas por el Psicoanálisis Aplicado que permitan inaugurar un nuevo espacio en relación con la producción de saber. Por ello, los objetivos que nos hemos planteamos para realizar en el recorrido de la investigación, los enmarcamos de la siguiente manera:

Objetivo General

- Explorar las características de la demanda de atención psicológica en los Centros de Atención

Primaria de la Salud de La Plata y su relación con las estrategias terapéuticas.

Objetivos específicos

- Establecer los problemas en debate en la actualidad entre la especificidad de la clínica psicoanalítica y sus relaciones con el campo de la Psicopatología y la Salud Mental.
- Analizar y formalizar las diferentes formas de manifestación del malestar contemporáneo y los diferentes modos de abordaje de las denominadas patologías contemporáneas en relación a la demanda de asistencia.
- Establecer en un análisis cualitativo las transformaciones de la demanda de asistencia en el curso de intervenciones psicoanalíticas.
- Seleccionar casos paradigmáticos, que permitan articular el diagnóstico estructural con las líneas directrices de tratamiento.

A partir de lo que hemos desarrollado anteriormente, partimos de la pertinencia de interrogarnos por las coordenadas teóricas y clínicas que permitan el establecimiento de una caracterización de la presentación del síntoma a partir de una clínica diferencial en Psicoanálisis considerando la articulación entre la demanda y la oferta de la época en los dispositivos asistenciales. De esta manera, orienta el trabajo el interrogante acerca de los llamados nuevos síntomas y monosíntomas, y la incidencia de lo social y lo cultural en la proliferación de los mismos en nuestra época, así como también la incidencia de la clínica de los medicamentos. Y es así, que apuntando a explorar los modos en que la demanda psicológica llega a los dispositivos públicos, nos preguntamos:

- ¿cómo se presentan su malestar los sujetos que consultan?; ¿estas demandas se insertarían en las presentaciones de los llamados nuevos síntomas, y de ser nuevas formas de síntomas qué aportarían como novedad al campo de la clínica?;

- ¿por qué han proliferado en nuestra época determinados síntomas?; ¿qué incidencia tiene el contexto cultural y social en dicha proliferación?;
- ¿de qué manera la extensión de la oferta “psi” determina la demanda?;
- ¿qué particularidad tiene la oferta psicoanalítica?; ¿cómo pensar la posición del analista frente al entramado discursivo que atraviesa su práctica en una institución pública?; ¿de qué manera pensar a la salud mental desde el Psicoanálisis?; ¿Cómo hacer funcionar el Psicoanálisis y cómo entender qué sucede cuando el marco de aplicación impone una duración preestablecida para la atención?; ¿Cuál es la condición indispensable que debe mantener el Psicoanálisis más allá de las variaciones que pueda presentar su clínica hoy?; ¿qué es lo terapéutico en Psicoanálisis?

Entonces los principales problemas que delimitamos para desarrollar la investigación fueron:

- 1.- El problema de la envoltura formal del síntoma: modos de presentación del malestar y categorías clínicas. las formas, desde el Psicoanálisis, de dar respuesta al malestar.
- 2.- El problema de la transformación del malestar subjetivo y la precipitación del síntoma en la intervención psicoanalítica en instituciones. Fines y límites del dispositivo en el campo del Psicoanálisis aplicado.

En cuanto a la estructura, la tesis presenta una organización en 10 capítulos, incluida la presente Introducción y las Referencias Bibliográficas.

Primero abordaremos el capítulo **“Delimitación del campo de investigación: antecedentes y marco teórico”**, en donde lo subdividiremos en diferentes apartados:

- *Psicopatología y campo de la salud mental*, abordaremos la problemática de dicho campo referido a la actual preocupación en salud mental, desde el planteo higienista de principios del siglo XX hasta llegar a las políticas públicas y la Ley Nacional de Salud Mental de 2010;
- *Historia de la Psiquiatría y paradigmas de la clínica*. Abordaremos los orígenes y desafíos en la fundación de la Psiquiatría en el mundo, retomando el planteo del psiquiatra y epistemólogo francés Georges Lantéri-Laura (1998) quien propone organizar la evolución de la Psiquiatría desde fines del

siglo XVIII hasta nuestros días en tres períodos en los que regirían distintos paradigmas. Luego abordaremos la llegada e inserción de la Psiquiatría en nuestro país;

- *Clasificaciones categoriales y dimensionales en Psiquiatría.* Se planteará que la medicalización se fomenta a partir de la hegemonía que ha adquirido la psiquiatría biológica desde una perspectiva que llamamos neopositivista. Con un uso reduccionista e intempestivo de los desarrollos de una rama legítima de la investigación científica, el campo de las denominadas neurociencias, la psiquiatría ha dejado de lado el modelo de la psicogénesis, la perspectiva del conflicto psíquico, en beneficio de una clasificación grosera de las conductas que limita los tratamientos únicamente a la supresión de los síntomas.
- *Psicoanálisis: Normalidad/Patología. Las Categorías clínicas y el campo unificado del padecimiento subjetivo.* Al respecto el Psicoanálisis surge en un momento histórico en que se había afianzado la medicalización de los trastornos mentales, a partir de la solidaridad de la relación médico-paciente. El Psicoanálisis emerge en este contexto pero llegando a establecer una nueva clínica que reformula los conceptos hasta el punto que permite trastocar las relaciones existentes entre patología, etiología y terapéutica, trastocamiento que es solidario de la modificación del lazo social médico-enfermo a partir de la creación del dispositivo analítico necesario para la implementación del método. La clínica psicoanalítica, a partir de una nueva coherencia establecida entre método y objeto, modifica la noción de lo psíquico al descubrir que en el origen del síntoma opera una actividad de la que el sujeto nada sabe, pero que tiene efectos que pueden ser sometidos a un desciframiento a partir de cadenas asociativas que se producen “libremente”, pero que se revelan obedeciendo a un determinismo secreto. (Napolitano, 2000)
- *El malestar en la cultura y las TCC.* Aquí partimos de una pregunta importante: ¿Cómo pensar el malestar en la cultura en el siglo XXI? Una referencia orientadora es la que aportan Jacques-Alain Miller junto con Eric Laurent en el seminario titulado “El Otro que no existe y sus comités de ética”

(2005), en el contexto de una reinterpretación de la civilización actual que ya no se definiría como “freudiana” sino como “lacaniana”. Civilización freudiana es para los autores aquella definida por Freud en su texto “El malestar en la cultura” en el año 1930, donde la renuncia a la satisfacción pulsional como imposición de la cultura lleva la marca del “nombre del padre”, es decir, la ley del incesto de “Tótem y tabú” como símbolo del pasaje naturaleza/cultura, una ley de carácter universal (“para todos”), que tiene como corolario la prohibición bajo el peso del Ideal. La época lacaniana, en cambio, sería la que introduce Lacan a partir de su Seminario sobre “Los Nombres del Padre”, gracias al cambio de paradigma que impone la invención del objeto a y la orientación de la experiencia analítica por “lo real del goce”, donde la “pluralización de los Nombres del Padre” permite definir a la época ya no regida por un ideal único y universal sino, más bien, por una serie de nombres indistintos que dan cuenta de la “inexistencia del Otro”. En este contexto aquellos que proceden por medio de los manuales psiquiátricos y sus lineamientos entienden que a cada trastorno le cabe su correspondiente procedimiento terapéutico, en donde el remedio debe ser breve y rápido, fácilmente aplicable. La sociedad contemporánea presenta hoy una multiplicidad de ofertas terapéuticas que en nombre de una mayor eficacia y de menores costos, se ofrecen como alternativas al Psicoanálisis, prometiendo una rápida solución de problemas, al mismo tiempo que amenazan el espacio de la singularidad subjetiva. Las terapias de la TCC en sus distintas variantes se dicen más efectivas para trabajar en tiempos breves, o para resolver problemas sociales o vinculares.

- *La ética del Psicoanálisis.* El Psicoanálisis encuentra su lugar en la institución como abordamos a lo largo del recorrido del trabajo, en donde hay un entrecruzamiento de éticas y discursos, a partir de la invención de un dispositivo que opere sin desconocer las reglamentaciones institucionales al mismo tiempo que sin dejarse atrapar en ellas, responde por la ética del acto analítico.

El siguiente capítulo lo titulamos “**la extensión del Psicoanálisis: interrogantes de investigación**”, en donde abordamos la extensión del Psicoanálisis en su práctica y los problemas que se le presentan al mismo

para responder a la demanda social. Es así que retomamos la problemática del Psicoanálisis Aplicado en la Institución de Salud Pública, tanto en la actualidad como los orígenes de la aplicación del Psicoanálisis en la clínica de Berlín. Del mismo modo, presentamos la solución como intento de respuesta las exigencias actuales a través de los Centros Psicoanalíticos de Consulta y Tratamiento.

El capítulo IV, "**La clínica psicoanalítica en la actualidad**". Abordamos el condicionamiento histórico-cultural y su incidencia en los cambios en la envoltura formal del síntoma, así como la importancia de la presentación de los llamados "nuevos síntomas".

En el capítulo V, "**La creación de los Centros de Salud y la oferta de psicoterapia**". Retomamos las características que presentan dichos dispositivos en cuanto a referencias propias del servicio como a su oferta psicológica así como también la problemática de la consulta al Servicio de Salud Mental de los CAPS en relación a la admisión y a la derivación.

Seguido del Marco Teórico y los Antecedentes, nos adentramos en los "**Aspectos metodológicos**" (Capítulo VI) de la investigación exploratoria que llevamos a cabo así como también en los operadores conceptuales dentro del campo del Psicoanálisis de orientación lacaniana.

El capítulo VII, concierne a "**Casuística y categorías de análisis: resultados**", en donde plantearémos el análisis y las reflexiones de la investigación clínica en los Centros de Salud de la Municipalidad de La Plata. El análisis de entrevistas apuntará a establecer las principales coordenadas que organizan los diferentes agrupamientos de las presentaciones de los síntomas en la demanda asistencial. La elaboración de los casos elegidos para el presente trabajo ha permitido poner de relieve las características generales de las demandas de los sujetos que consultan en estos dispositivos de asistencia así como la posibilidad que hubo de intervenir en la dirección de la cura en determinados casos a partir de intervenciones orientadas por el Psicoanálisis en el dispositivo asistencial. A partir del análisis de los dos casos nos resulta de interés reflexionar sobre el "origen de la demanda", o sea la diferenciación de la demanda ya sea, espontánea, de interconsulta, derivaciones médicas o indicación judicial, y sus consecuencias en la dirección de la cura y sus resultados.

Es así que vamos a situar los problemas que se presentan en la clínica actual en el marco de lo nuevo de nuestra época. Es decir, ¿cómo situar la clínica del siglo XXI cuando el ser hablante se presenta asintomático, con un exceso de goce que no produce en los sujetos ningún interrogante?

El capítulo VIII, **“La práctica en la institución”**, constará con la presentación del síntoma en las entrevistas de admisión así como los recorridos terapéuticos a lo largo de cuatro casos seleccionados de la casuística. En este trabajo planteamos como tema de indagación analizar la presentación de la demanda terapéutica y su relación con la queja inicial, para a partir de los casos clínicos concluir en las estrategias específicas de la orientación psicoanalítica en la construcción del síntoma en el curso del proceso, y su correlación con la transformación de la posición subjetiva del consultante.

El capítulo IX aborda “Conclusiones”, del recorrido de trabajo, para responder a los interrogantes iniciales que partimos la investigación y dar lugar a lo arribado a través del trabajo de la exégesis bibliográfica y de la elaboración y análisis de la casuística. Las demandas abordadas en los diferentes dispositivos asistenciales resultan de especial interés para constatar los nuevos problemas que se han presentado para el Psicoanálisis en la época contemporánea, en la que la subjetividad adquiere nuevas modalidades respecto a aquella a partir de la cual Freud fundó el dispositivo y campo de saber psicoanalíticos. La época y la clínica actual interpelan al Psicoanálisis y le exigen nuevas respuestas. Los interrogantes que surgen a partir de esta problemática cambiante para el Psicoanálisis es que se trata de un práctica que se lleva a cabo en condiciones diferentes de aquellas en las que ha sido creado y no deja de suscitar contradicciones, obstáculos y por lo tanto es necesario elaborar algunas torsiones para abordar la demanda terapéutica.

PARTE I

II. DELIMITACIÓN DEL CAMPO DE INVESTIGACIÓN: ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO.

A) Psicopatología y Campo de la Salud Mental.

En el contexto de los cambios actuales, las políticas sociales y entre ellas las de salud en particular se ven severamente transformadas en la redefinición de las funciones del Estado. Las prácticas en salud mental son, obviamente, atravesadas por estas políticas que generan preocupaciones y ocupaciones, análisis y reflexiones e implican movimientos y transformaciones constantes en dicho campo.

Nos ha parecido importante partir entonces de la referencia de los autores en cuanto a la consideración de las prácticas en salud mental como un conjunto simultáneo de representaciones, saberes y acciones específicas de un campo definido, el de la salud mental, espacio no homogéneo, de contradicciones y antagonismos. Es así que el campo de la salud mental se transforma en un sub-campo de las prácticas de salud en general, cuya especificidad se define por el particular constructo social de sentido con respecto a la locura producido en la modernidad, y sus formas institucionales específicas. (Stolkiner, 2009, p. 172)

Se puede caracterizar la configuración del campo de la salud mental como un proceso que se fue dando a través del pasaje de un modelo asilar-manicomial hasta llegar a las importantes políticas en el campo de la salud mental que se desarrollan en la actualidad. Estas políticas en salud mental plantean a su vez hablar del recorrido desde el paradigma tutelar al paradigma de los derechos humanos. (Arriaga, Ceriani, & Monópoli, 2013) Ante la crítica al sistema asilar-manicomial, la generación de propuestas asistenciales diversas a ésta, es posible de ser situada en los comienzos de los años cincuenta en el siglo pasado, ligada, por un lado, a la

instauración del Estado Social en los países centrales, y por otro, posteriormente, a los movimientos sociales tendientes a cuestionar órdenes reinantes. La redistribución operada por las políticas sociales en esa época tendía a proveer márgenes de salud y bienestar a la población y a mantener los límites de los conflictos sociales dentro del dominio del saber técnico-administrativo. Podemos mencionar que la mayoría de las transformaciones en salud mental se englobaron en reformas sanitarias más extensas. Tal es el caso de la psiquiatría comunitaria inglesa, la Reforma psiquiátrica Italiana, entre otras. Sin embargo, con excepción de la experiencia Italiana, todas estas experiencias terminan coexistiendo con los manicomios y, en algunos casos, viendo reaparecer los supuestos objetivantes y segregativos en el interior de prácticas supuestamente innovadoras.

De este modo, resulta necesario plantear las coordenadas del surgimiento de la psiquiatría, que nace como rama de la medicina a fin de responder a una demanda de época consecuente al nacimiento de los estados modernos (sobre el surgimiento de la psiquiatría nos detendremos más detalladamente en el siguiente apartado: Historia de la Psiquiatría y paradigmas de la clínica). Esto es lo que Michel Foucault (1967) conceptualizó sobre su nacimiento político en el contexto de la revolución francesa. En una ciudad pensada para el deambular por los libres ciudadanos en los espacios públicos, y en una sociedad que se suponía que los sujetos regidos por la razón realizaban las elecciones necesarias para posicionarse libre e individualmente, fue necesario definir un espacio material y simbólico para alojar a la “locura” y tutelar a quienes no podían ejercitar la libertad por hallarse “alienados”. Se suponía una sociedad compuesta por sujetos racionales que tomaban decisiones en función del máximo beneficio al menor costo y que se desarrollaba armónicamente por el motor de la competencia mercantil. El Estado era el garante del cumplimiento de este contrato y debía también definir los espacios para quienes resultaban disruptivos dentro de este esquema. De allí el nacimiento de instituciones asistenciales fundadas en la lógica filantrópica, y sostenidas en una articulación entre ciencia y moral. En este contexto, la nueva rama de la medicina, la medicina “mental”, instituyó lo que anteriormente eran establecimientos de reclusión como espacios de

curación. La privación de derechos, en la institución de tutela, pasó a ser encubierta por el supuesto de cuidado o de curación. Al respecto nos dice Emiliano Galende: “el gran cambio en las prácticas terapéuticas se introduce por la medicalización de la relación de asistencia, pasándose de lo que era un encierro compulsivo y policial con convalidación de la Iglesia a un tratamiento compulsivo de los enfermos”. (Galende, 1990, p. 134) En esta confluencia se consolida la institución asilar-manicomial que será el paradigma de la medicalización de la locura. Podremos situar que, en primer lugar, en un comienzo “el loco” estaba a cargo del discurso jurídico quien realizaba un abordaje social y no terapéutico, ubicándolo junto al marginal, criminal, entre otros, constituyendo de esta forma un grupo indiferenciado que atentaba contra el orden material y social de la familia y el Estado. Todo ello bajo el paradigma de la peligrosidad. La presencia de la medicina en el tratamiento de la locura, permitió extraer al loco de este grupo, para brindarle una categoría fuera del discurso social y jurídico. Es necesario aclarar, en este punto, que la medicalización no fue privativa de la psiquiatría. Es una faceta de un proceso en el cual la ciencia moderna, que supuestamente produce un conocimiento objetivo y verdadero, externos a los intereses y ópticas de los diversos sujetos sociales, se instituyó como razón de poder, reemplazando el lugar de la religión. El positivismo como pensamiento hegemónico planteó la ciencia como garante de la racionalidad del orden social. En ese preciso lugar, la medicina fue llamada a ejercer un papel ordenador en nombre del bien de los sujetos y del desarrollo de la sociedad.

A principios del siglo XX, este modelo comienza a ser cuestionado por el higienismo mental naciente. De esta manera vemos que el concepto de “campo de salud mental”, tan importante hoy, tiene su historia particular. Se encuentra situado como heredero del higienismo, movimiento que tenía como objetivo prevenir los diversos problemas sanitarios en el conjunto social. La Higiene Mental surgió como movimiento en un momento y en un lugar determinado: a principio del siglo XX en Estados Unidos. Sus protagonistas buscaban el cambio de la situación de las terapias, de los hospitales y de los enfermos internados en las instituciones asilares, enfatizando la necesidad de la prevención. Este higienismo se oponía al alienismo y al monopolio de

las respuestas que daban la psiquiatría y su institución, el manicomio. Las transformaciones de la psiquiatría bajo el influjo del higienismo son descritas así por Leo Kanner: “lo que solía ser considerado como una entidad patológica circunscripta se miraba ahora como la actividad nociva de una persona, a veces de fundamento orgánico reconocido, a menudo sin esa etiología pero siempre impregnada por los factores de personalidad y el medio. La psiquiatría salió de los manicomios, se divorció de las restricciones impuestas al concepto legal de insanía, de encierro y se dedicó a atender toda clase de conducta humana defectuosa, de cualquier intensidad”. (Kanner, 1971, p. 43) Aunque el higienismo mental criticó las condiciones del modelo asilar, no logró modificar los principios de privación de derechos o el modelo de la reclusión que lo caracterizaba. No obstante, podemos decir que dio los primeros pasos para abrir las perspectivas de las prácticas tradicionalmente circunscriptas al asilo. Pese a ello, recién en la segunda mitad del siglo XX, en la posguerra, se inician los procesos de reforma psiquiátrica en el marco del nacimiento de las políticas públicas en salud mental.

Es a partir de las crisis de la década del '30, con la reformulación del Estado bajo el influjo del keynesianismo que se generará, para las prácticas y las concepciones en salud, un contexto de profundas transformaciones con el nacimiento de las políticas sociales universales, en reemplazo de la filantropía de los Estados liberales. A los fines de este trabajo importan las políticas en salud y en relación con ellas las políticas en salud mental. Los Estados Sociales o de Bienestar tuvieron su mayor desarrollo en los países centrales en el período que va desde la posguerra hasta la crisis de mediados de los '70. (Stolkiner, 2003-2004)

Esta nueva concepción del Estado y de los derechos se refleja directamente en la definición de salud que enuncia la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su nacimiento en 1948: “Salud es estado de completo bienestar: físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”. Se trata de una definición que propone asumir a la salud como objeto complejo y como una responsabilidad social. Entonces podemos señalar en esta definición que se trataría de ver a la salud como un estado de bienestar, completo, eficaz y eficiente.

Sobre este proceso, dice Galende (1990): “en los años cincuenta se va definiendo el nuevo reordenamiento de lo mental en el mundo. Goffman muestra en los Estados Unidos la creación de una nueva patología por el internamiento. Crecen en todo el territorio norteamericano las socioterapias y las comunidades terapéuticas. Cuando llega la ley Kennedy en 1963, con el Programa federal de Psiquiatría Comunitaria, el terreno estaba abandonado. En Francia, a partir de Saint-Alban y con el apoyo del Frente Patriótico, se promulga la reforma sanitaria y la creación del sector como nueva política en Salud Mental. En Italia, el Frente Democrático, reconstruye la organización de salud e instala las primeras comunidades terapéuticas, para luego, con Basaglia, desembocar en el cierre del Hospital de Trieste y la actual ley de salud mental. Todo este movimiento no debe entenderse como despliegue, extensión o modernización de la psiquiatría, ya que, por el contrario, constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas de salud mental.” (Galende, 1990, p. 146)

Las políticas en salud mental resultaron tan diversas como los contextos y Estados en que se desarrollaron. No obstante, hay algunas tendencias que, en términos generales, pueden señalarse como implícitas o deseables en las propuestas de reforma:

1. Centrar la atención en el concepto de sufrimiento psíquico o padecimiento subjetivo y no el de enfermedad mental.
2. Romper el supuesto o representación de peligrosidad asociado a la reclusión. Modificar las reglas jurídicas al respecto.
3. Proponer formas ambulatorias o integradas a la sociedad de atención de las patologías psiquiátricas tradicionales.
4. Trabajar sobre la producción social de padecimiento subjetivo en las esferas de la vida social comunitaria en actividades de promoción de la salud.
5. Incorporar la conceptualización de ciudadanía y de derechos como componente de la práctica curativa y preventiva.

6. Reconocer que la complejidad de la problemática implica un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

En los últimos tiempos, nuevas condiciones y concepciones históricas hacen de la salud mental un tópico de creciente preocupación y ocupación. En consonancia con esta realidad, en el año 1996 se desarrolló la Conferencia Internacional de Salud Mental, y el documento final de esa reunión, en acuerdo con la tendencia general en salud destacó la necesidad de reorientar los esfuerzos desde el ámbito institucional hacia el comunitario, y de incluir los servicios de salud mental en los programas de seguro médico. Se estimuló, además, la creación de programas destinados a asegurar el desarrollo social de los niños y los derechos de las personas con discapacidad mental. El 2002 es declarado por la OMS Año, Internacional de la Salud Mental y como parte de ello se anunció el Programa Mundial de Acción en Salud Mental.

En nuestro país, en el Plan Federal de Salud 2004-2007 estructurado en función de la Atención Primaria de la Salud, el Ministerio de Salud de la República Argentina plantea a la Salud Mental como una de las áreas importantes sobre las cuales es necesario implementar acciones específicas; pero denuncia a la vez “la ausencia de información para establecer líneas de base en algunos de los principales problemas de salud y factores de riesgo en la Argentina” (Consejo Federal de Salud, 2004, p. 27). De esta manera y en función a la importancia de atender este campo que cobra cada vez mayor relevancia, se recrudece la implementación de programas y planes en el campo de la salud mental desde la llamada Atención Primaria.

Cierta aproximación a las propuestas teóricas sobre Atención Primaria permite pensar que no existe actualmente una definición unívoca sobre el término. Hay distintas acepciones, condicionadas por los diferentes enfoques teóricos propios de las disciplinas de la salud que lo implementan. Desde cierta perspectiva, se piensa entonces, el trabajo en este nivel de atención como llevado a cabo por distintos profesionales que trabajan las problemáticas de salud desde equipos interdisciplinarios, siendo su objetivo la atención integral de las problemáticas que la comunidad y los sujetos que la componen presentan. Sin embargo, se configura una diferenciación de la prevención de la atención en salud basada en tres niveles:

primaria, secundaria y terciaria. La Atención Primaria de la Salud tiene como objetivo la promoción y protección de la salud de la población, una forma de anticiparse a la enfermedad desde acciones preventivas. Entre ellas se encuentran la Educación de la Salud, las Inmunizaciones y el Saneamiento Ambiental. Se realiza esencialmente en los Centros de Salud del Área Programática y los Servicios de Promoción y Protección de la Salud de los hospitales públicos. Constituye el primer nivel de atención de la salud. La Atención Secundaria de la Salud, esta representada por la asistencia ambulatoria de enfermos en Consultorios Externos, hasta los casos que necesitan internación clínica y/o quirúrgica de patologías comunes. Constituye el segundo nivel de atención de la salud. La Atención Terciaria de la Salud, es el nivel de máxima complejidad médica, ya sea por la patología que presentan los pacientes como de los recursos técnicos de diagnóstico y tratamiento necesarios. Son pacientes que están internados en Unidades de Terapia Intensiva y/o Unidad Coronaria, como otros servicios como Neurocirugía. Constituye el tercer nivel de atención de la salud.

En este sentido es que la Atención Primaria de la salud (APS) es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, donde se estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel por modelos basados en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. Es allí que la Atención Primaria de la Salud fue definida como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. (OMS, 1978)

Analizando el concepto de APS, Yamila Comes afirma que “...los organismos internacionales sólo postulan definiciones amplias y muchas veces difusas. La forma en que cada gobierno interpreta lo que es la Atención Primaria de la Salud hace al modelo de Salud Pública en el cual se inscribe”. (Stolkiner, 1999) Otros autores

piensan el trabajo en Atención Primaria desde una óptica distinta. Uno de los criterios, es la igualdad en al calidad de atención (Galende, 1990); lo que supone pensar que el trabajo en este nivel de atención no es solo “la puerta de entrada al sistema de salud ni es la medicina para los pobres” (Galende, 1990, p. 222) sino que supone asegurar la cobertura en salud a todos los ciudadanos del territorio sin importar su clase social. Se trata de que la cobertura sea para todos. Esta aproximación a las propuestas teóricas sobre Atención Primaria permite pensar que hay distintas acepciones, condicionadas por los diferentes enfoques teóricos propios de las disciplinas de la salud que lo implementan.

Por consiguiente, podemos reconocer que cada época tiene una forma particular de producción de padecimientos y de responder ante ellos también. Siguiendo esta idea, Galende (1992) plantea, como hipótesis, que en las actuales condiciones es esperable un crecimiento de lo que se engloba bajo la denominación de patologías narcisistas: trastornos del carácter, perversiones, enfermedades funcionales, padecimientos psicósomáticos y adicciones, así como un incremento de la violencia familiar y los suicidios. Conjuntamente con el aumento de las depresiones de diversa índole. No obstante, algunos de estos problemas ya eran relevantes con anterioridad y su aparente aumento en términos relativos, puede provenir de su salida de un espacio de invisibilidad social. El ejemplo más claro es el del maltrato a la mujer, no se puede evaluar su incremento por el de la demanda de asistencia. Como indicador epidemiológico, la demanda es de poco valor dado que hasta hace unos años no existían servicios que brindaran asistencia a este problema y se lo ubicaba consensualmente en la esfera de lo íntimo, no trascendiendo del espacio doméstico. Quizás las modificaciones de representaciones de género y de situación de la mujer tienden a facilitar su corrimiento de la esfera doméstica e íntima y favorecer la aparición del mismo en la esfera pública. Quizás uno de los efectos de la crisis sea transparentar situaciones, desinvisibilizar procesos y desafiar a revisiones teóricas a fin de ajustar las herramientas a las problemáticas. Probablemente haya que pensar en nuevas categorizaciones en función de las nuevas formas de producción de padecimiento. En estas nuevas categorizaciones no puede quedar afuera, también, el malestar difuso (y eventualmente asintomático) de la

crisis de las instituciones. (Galende, 1992)

Para las políticas de salud mental se mantienen permanencias de objetivos y formulaciones fundacionales, enriquecidas con los avances en las experiencias de sus realizaciones y del afinamiento conceptual y doctrinario en las varias disciplinas y perspectivas que se integran en el campo de la salud mental. Entre ellas las que han tenido un significativo desarrollo en estas décadas son las que vienen impulsadas por las jurisprudencias y las políticas que tienen que ver con los derechos humanos y sociales. Si bien desde los principios de salud mental se denunciaba y luchaba contra la segregación y la violencia ejercida sobre los “locos” y sus familias, o sobre las personas alcohólicas o con problemas de drogas, es simultáneamente con el incremento mundial y nacional de las luchas por esos derechos que se comienza a visibilizar las problemáticas del sufrimiento mental y sus maneras culturales de trato inhumano como un problema que necesariamente debe ser visibilizado como violación a derechos fundamentales. Con lo que se fueron produciendo marcos legales en consonancia con numerosos principios, acuerdos, declaraciones internacionales y recomendaciones de organismos internacionales, a los que nuestro país adhirió y que en algunos colaboró en redactar, comprometiéndose a utilizarlos como orientadores para la planificación de políticas públicas.

Es así que nos encontramos con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26627, sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada en diciembre del mismo año, y es a partir de ésta que se genera un marco de referencia en el cambio de las viejas prácticas socio-sanitarias y de internación propias del siglo XIX. Por otra parte, en dicha Ley, el artículo 3° reconoce a la Salud Mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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.” (Ley Argentina de Salud Mental, 2010, p. 9) Se puede ver como la concepción teórica que subyace a las prácticas de Atención Primaria de la Salud Mental, descansa en una dimensión bio-psico-social, en donde lo psíquico aparece como paralelo al organismo que sufre las

consecuencias del ambiente o los factores externos y los factores biológicos. La Ley Nacional de Salud Mental ha instalado un indispensable debate público respecto de la protección de los derechos cívicos, sociales y culturales en la atención de los enfermos mentales. Además de su relevante dimensión simbólica, la ley expresa una decidida voluntad social por transformar un campo de prácticas que, surcado por tensiones políticas de muy diverso tipo, se ha planteado altamente refractaria al cambio y en el cual se ha naturalizado históricamente la violación de los derechos humanos de las personas asistidas. Una de las cuestiones que ha favorecido el nuevo paradigma en salud mental se vincula a la revisión de los tradicionales supuestos de la ética aplicada a la salud a partir de la emergencia de una perspectiva fundada en los principios de la autonomía, la dignidad y la equidad social.

Para Carpintero (2011), el contexto político que posibilita la sanción y promulgación de la ley es justamente el del avance de la globalización de la economía de mercado. En tal sentido, el autor señala que los elevados costos de internación de los grandes manicomios serían el impulsor primordial de las recomendaciones de los organismos internacionales como la OMS o la OPS relativas a la desinstitucionalización de la salud mental. La Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental es la primera norma legal que da un marco nacional a las políticas en el área. Como señalan Ana Hermosilla y Rocío Cataldo, “inaugura un período de cambios, de revisión de prácticas y concepciones que, hasta el momento, han sustentado la atención de aquellas personas con padecimiento mental”. (2012, p. 134)

Entre las principales innovaciones, se encuentran:

- El acento puesto en la interdisciplina, la cual debe caracterizar las prácticas de los equipos. Se equipara a los miembros de los mismos en relación a la toma de decisiones y a la posibilidad de ocupar cargos de gestión y dirección de servicios. Incluso los tratamientos psicofarmacológicos se prevén en el marco de abordajes interdisciplinarios.
- Se establece la orientación comunitaria, el trabajo intersectorial y el requerimiento del consentimiento informado para la atención de los pacientes.

- Disposiciones en relación a las internaciones: se convierten en el último recurso terapéutico, de carácter restrictivo. Por lo tanto, el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario. En relación al tema internaciones, se prohíbe la creación de nuevos manicomios. A su vez los existentes deben adaptarse para seguir los principios que plantea la Ley, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos: casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (art. 14, Ley Nacional de Salud Mental, 2010)
- En referencia al impacto en el derecho argentino, modifica el Código Civil al eliminar el concepto de peligrosidad y sustituirlo por el de peligro cierto e inminente como criterio de internación involuntaria. (Carpintero, 2011)

Las principales críticas formuladas a la Ley de Salud Mental han apuntado a la preparación académica de quienes dispongan las internaciones y externaciones, a la imprecisión en la definición del objeto, al riesgo de un cierre definitivo y prematuro de las instituciones monovalentes, a la viabilidad de la ley y a la interdisciplina como práctica cenagosa de escasa factibilidad. Por el contrario, en relación con las críticas válidas, cabe decir que ponen sobre el tapete el problema (y desafío) de delimitar una formación profesional que permita establecer una incumbencia precisa y consistente en cada caso, el problema de los recursos presupuestarios que tornen operativa la ley y la cuestión de la importancia de la especificidad clínica en lo que atañe a la definición del objeto de la Ley de Salud Mental.

Resulta importante subrayar una afirmación incluida en el artículo 3 de la Ley, dedicado a la definición de la Salud Mental. La afirmación a la que me refiero es la siguiente: “Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”. (Ley Nacional de Salud Mental, 2010) Esta idea es quizás el eje primordial de la Ley. A pocos años de la formulación de la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental que los Ministros de Salud de las Américas aprobaron en la Asamblea de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) de agosto de 2009, y a 6 años de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental, el campo de la Salud

Mental en la Argentina cuenta hoy con una multiplicidad y heterogeneidad. Esto habla de que, si bien se ha avanzado respecto a la legislación y en cuanto a las intenciones de reformar la atención de aquellas personas con padecimiento subjetivo, hay carencias evidentes en el plano de la planificación, de la gestión y de la formulación de programas que optimicen, distribuyan y den coherencia al sistema. Además, hay muchas veces otra gran brecha, que pocos se animan a saltar. Esta es la que se abre entre la formulación de políticas de Salud Mental y las exigencias de una clínica que sustente las respuestas que los profesionales del campo ofrecen al sufrimiento subjetivo. Otro punto importante a situar es la relación compleja establecida con las políticas y prácticas de Atención Primaria de la Salud, esto es, la complejidad de las relaciones de quienes gestionan, trabajan, planifican en Salud Mental con los que lo hacen desde el campo de la Salud en general. Observamos también que por la misma diversidad de disciplinas, prácticas y problemáticas que constituyen el dominio de la Salud Mental, se obliga a ensayar opciones de interdisciplinariedad y transdisciplinariedad tanto en cuanto a la hora de elaboración de estrategias, como cuando se trata de la creación de dispositivos alternativos a la ya perimida práctica de encierro manicomial.

Finalmente, la época en que vivimos ha modificado y ampliado el panorama de demandas al sistema de salud mental, lo que amerita desde el campo sanitario público el relevamiento de las nuevas problemáticas así como la producción de herramientas de trabajo para dar respuestas eficaces (las cuales se espera).

B) Historia de la Psiquiatría y paradigmas de la clínica.

La locura y el loco han sido considerados a lo largo de la historia de manera diferente como se sabe y en ese sentido también han sido abordados desde donde se ha posicionado quien afronte dicho tópico.

En épocas remotas la locura era concebida como obra de entes sobrenaturales que se introducían en el cuerpo para perturbar el alma. Durante más de un milenio los enfermos mentales fueron considerados poseídos por el diablo o por malos espíritus o brujos o maestros de hechicería. La tradición cristiana recoge

estas ideas y se propone ahuyentar el demonio que habita en el hombre haciendo que el espíritu impuro se aleje del cuerpo poseído. La teoría de la posesión tuvo diferentes concepciones: algunos consideraban que lo que estaba poseído era el cuerpo y entonces utilizaban el fuego para liberar el espíritu, quemando al insano para su liberación; otros pensaban que la posesión era en el alma y de esa manera realizaban un exorcismo para aliviar ese sufrimiento. La medicina quedó incorporada a los conocimientos de la iglesia y por lo tanto los únicos que pudieron estudiar éstos fenómenos fueron los monjes denominados alienistas. Fue mucho el tiempo también que la alineación quedó sometida a la instancia de la Inquisición que controlaba desde lo punitivo la práctica del satanismo, las contraculturas religiosas o la enfermedad mental abarcando todos los sectores socioeconómicos y culturales. La enfermedad representó durante siglos, una de las explicaciones más aceptadas sobre el crimen, bajo la convicción de que quién delinquía mostraba externamente su tormento mental proveniente de la insanía que lo aquejaba. No en vano, las primeras cárceles se poblaron de epilépticos, locos, tuberculosos, sifilíticos, leprosos. La cuestión de la exclusión de los locos y de su enfermedad remonta a la Edad Media y al Antiguo Régimen, es decir, el período anterior a la Revolución Francesa. Foucault, en *Historia de la Locura en el período clásico* (1967) describe la situación de los locos en ese período, encerrados en lo que se llamaba entonces “hospital general”, el cual fue creado en el siglo XVII, y no era ni un hospital, ni una prisión, y como hemos planteado previamente, se encerraba allí a las prostitutas, a los pobres, a los locos y a los opositores al régimen real, sin ningún proceso legal. La situación de la locura pondrá en aprietos a los revolucionarios de 1789, que querían terminar con el hospital general (considerado por ellos como un símbolo de absolutismo) pero sin saber muy bien qué hacer con los locos, que no pretenden liberar. Es sin embargo en este contexto revolucionario, que se debe a los iniciadores de la psiquiatría Philippe Pinel y su gran discípulo Jean Etienne Dominique Esquirol la primera reacción humanitaria frente a los llamados dementes. En 1792, el famoso médico de Bicêtre, Pinel, aterrizado por la lamentable situación por la que atravesaban los alienados y al mismo tiempo, lleno de las ideas democráticas triunfantes en Francia, propone reformas en los procedimientos de asistencia de los alienados y el derecho a ser tratados

como hombres enfermos. Pidió que se abandonara el uso inhumano de las cadenas y los malos tratos. El grito liberador de Pinel fue escuchado, no sólo en París, sino también en todo el mundo. Así comenzó a formarse la conciencia social, que estimuló a los gobiernos a pensar seriamente en la cuestión asistencial de los alienados y en la legislación correspondiente. ¿Cuáles eran los cambios que comprendía esta reforma? La primera etapa de cambios fue la iniciada por Pinel y comprendía la higiene, la mejora en la alimentación y el vestido de los internos, instituyendo un tratamiento de humanidad y dulzura en las viejas viviendas de Bicêtre y de la Salpêtrière. Estos primeros cambios fueron obra de reparación y de justicia elevando a esos olvidados y desposeídos a la categoría de enfermos. Las construcciones pesadas, monumentales, dotadas de gran número de celdas, con altos muros interiores y exteriores fueron objeto de reformas arquitectónicas, evitando el abatimiento del ánimo en que caían los alienados sometidos a una construcción que asemejaba a un convento o una prisión. Una segunda etapa de cambios, comienza con la supresión de todo medio de coerción mecánica. Se proscribió el uso de chaleco de fuerza y ligaduras de toda clase, que fueron reemplazadas por medios de suavidad y benevolencia. El griterío y la turbulencia continuos, observados hasta entonces en los asilos, fueron reemplazados por el orden y la calma. (Falcone, 2013)

- **La Psiquiatría en el mundo: orígenes y desafíos.**

Como hemos podido plantear, en Europa, el hospital en sus orígenes no fue concebido para curar enfermos sino que se trataba específicamente de un lugar donde el moribundo era ayudado a conseguir la salvación de su alma. Surge como lugar donde los enfermos se curan recién hacia fines del siglo XVIII.

Escribe Foucault que la segregación de los locos se debe al clasicismo. Estos, internados junto a otros excluidos del campo social, conformaban en la segunda mitad del siglo XVII "toda una población abigarrada, rechazada y recluida en asilos que habían de convertirse, después de uno o dos siglos, en campos cerrados de la locura". (Foucault, 1961, p. 161) Albergando a los excluidos, los peligrosos, el hospital cumplía la función

de asegurar la salud física y moral de la población.

En el siglo XIX se produce un cambio y en esos lugares de encierro quedan alojados solamente los locos a los cuales el alienismo los objetiva a partir de un puro lugar moral. Allí la "sinrazón" podrá convertirse en objeto de conocimiento gracias a que previamente había sido objeto de excomunión y deberá crearse una ciencia adecuada: la psiquiatría. Ciertas innovaciones del tratamiento moral contribuyeron a fundar una relación surgida de la pareja médico-paciente que será perdurable. "La vida del asilo ha permitido el nacimiento de esa célula, que va a ser la célula esencial de la locura". (Vezzetti, 1983, p. 73) Ciertos mitos e ideales, "acerca del saber y de las prácticas de las disciplinas que toman al hombre por objeto, se han configurado en los recintos médicos del siglo XIX, y entre ellos el hospicio, ocupa un lugar paradigmático". (Vezzetti, 1983, p. 71)

La entrada de la medicina en los asilos no fue un movimiento de evolución, sino que el médico, en un primer momento, llega para la atención de los internados sólo cuando éstos enfermaban. Es la medicina positiva, según Foucault, quien va a transformar a la enfermedad mental en su objeto al ir de la mano con su tratamiento jurídico. En la modernidad, la psiquiatría y la medicina se desarrollaron enormemente al compás del desarrollo burgués. El nacimiento de la psiquiatría da lugar a la locura en términos de un abordaje terapéutico del lado de la medicina, es decir, con Pinel el loco pasa a ser un sujeto del derecho y la enfermedad algo que atenta contra su libertad. Desde esta perspectiva se subrayó, por un lado, la importancia atribuida a la observación clínica y sistemática, y, por otro, la debilidad de la integración de las prácticas jurídicas y médicas, bien como el saber absoluto en juego en el diagnóstico y tratamiento moral propuesto (el loco seguía en la marginalidad y esta había encontrado un lugar privilegiado en el discurso políticamente correcto de la psiquiatría).

Cuando se asienta el dispositivo psiquiátrico a partir del denominado "alienismo" conforme las corrientes positivistas imperantes y a las perspectivas nosográficas y terapéuticas de la psiquiatría francesa, se propone la supuesta curación de la enfermedad mental mediante el encierro de los pacientes a los cuales se les

aplicaba una serie de tratamientos físicos y sociales de diversa índole.

Los primeros alienistas franceses, Philippe Pinel a la cabeza, promovían el denominado tratamiento moral, terapéutica basada en el poder persuasivo de una figura descolante por sus cualidades de ciudadano y omnipresencia en el hospicio: el médico. Este apuntaba inicialmente a devolverle al loco el equilibrio perdido de sus afectos y pasiones excesivas y desordenadas mediante un régimen equilibrado de trabajo, distracciones y ejercicios; no obstante, tal perspectiva humanista, heredera del ideario de la revolución francesa, poco a poco se verá reemplazada por un modelo disciplinario que, a fin de siglo XIX, se llamaba medicina mental o feniatria basado en un discurso netamente positivista. Una vez más, el loco, como antaño en el antiguo régimen, era considerado básicamente peligroso y había que apartarlo de la sociedad.

Hasta aquí podemos decir que, en su libro "Ensayos sobre los paradigmas de la Psiquiatría contemporánea" (1998), el psiquiatra y epistemólogo francés Georges Lanteri-Laura propone organizar la evolución de la Psiquiatría desde fines del siglo XVIII hasta nuestros días en tres períodos en los que regirían distintos paradigmas. El primer período, en el que surge y se difunde el paradigma de la alineación mental, comienza con los trabajos de Pinel, quien formula una demarcación entre "locura", un concepto social y cultural, y "alineación mental", un término médico. Para diferenciar una de otra, señala que la locura "puede tener una amplitud indeterminada y extenderse a todos los errores y extravagancias a que es susceptible la especie humana". (Lanteri-Laura, 1998, p. 75) En oposición, la alineación mental es una enfermedad, y se le adjudica a Pinel el haber señalado que los alienados, al estar afectados por una dolencia, no debían ser encerrados ni condenados por la justicia, sino cuidados como enfermos. Propuso para ellos un tratamiento "moral" con la racionalidad como principal instrumento.

Existen una serie de características que marcan el desarrollo de la psiquiatría durante el siglo XIX:

- 1- Intento de una búsqueda nosográfica que culmina con la obra de Kraepelin.
- 2- El interés nosográfico despierta una ilimitada devoción por la clínica, que queda plasmada en minuciosas descripciones. Por otra parte, los escasos medios terapéuticos y, por lo tanto, el curso crónico en el que se

ven condenados muchos enfermos, favorecieron el estudio clínico prolongado de los pacientes a través de la historia natural de la enfermedad.

3- La base es una “psiquiatría pesada”, cuyas fuentes prácticas de conocimiento son los hospitales psiquiátricos. Su marco, por tanto se centra en las grandes enfermedades mentales, quedando desplazados los problemas psíquicos menores que no requieren internación.

4- La posición conceptual es marcada por el modelo médico-orgánico de la enfermedad. La orientación general de la medicina, en cuyo seno la psiquiatría intentó situarse, y algunos descubrimientos esenciales sobre la etiología orgánica de ciertos procesos psíquicos, como el origen sifilítico-orgánico de la demencia parálitica (PGP o parálisis general progresiva) en 1822 y 1879, la detección de deficiencias de tiamina en alcohólicos con síndrome de Wernicke (1881) o el papel del alcoholismo en el síndrome de Korsakoff (1887), propiciaron esta postura.

Si bien, Esquirol innova con su perspectiva humanista (busca la confianza y el afecto del paciente) y se preocupa por el espacio higiénico, no deja de actuar desde una lógica fuertemente alienista, donde la búsqueda de los signos de la enfermedad se impone al sujeto que ahí padece, desvelando su condición objetal ante a un saber absoluto. El debate sobre si la alienación mental tiene o no una base anatomopatológica culmina en el modelo de la entidad clínico evolutiva, tal como lo señala Lanteri-Laura (1998) al localizar un segundo paradigma, el de las verdaderas enfermedades mentales en la llamada “época de oro” de la psiquiatría. Esta perspectiva pone en evidencia la fuerte referencia anatomopatológica, siendo la demencia su principal paradigma. El segundo paradigma, al que denomina de las “enfermedades mentales o entidad clínico-evolutiva”, se desarrolla poco después de que floreciera en la práctica médica la semiología, entendida ésta como la participación activa del médico en la observación clínica. Entre los iniciadores de este tipo de práctica, Lanteri-Laura señala a Falret, quien fue el primero en describir la “locura circular”, con alternancia entre episodios de exaltación y de depresión. El concepto de “enfermedad mental” exige aceptar una discontinuidad entre una enfermedad y otra. Éstas son entidades discretas caracterizadas, en principio,

por una serie de rasgos que se presentan asociados de manera constante. La aplicación de este paradigma produjo en unas décadas una proliferación de descripciones clínicas que pronto se hicieron difíciles de compatibilizar, y que por otra parte estaban muy influidas por las escuelas de que provenían. Así, condiciones clínicas no tan disímiles recibían distinto nombre en Francia, Alemania, Inglaterra, etc. La constante y minuciosa búsqueda de las correlaciones entre los signos semiológicos y las alteraciones de órganos y de sistemas, así como la predeterminación de códigos, apunta a lo que Foucault describe como el espacio discursivo del cadáver, determinado por un saber que pasa a orientar al ver. El cadáver no habla y, en este sentido, denuncia una práctica clínica que excluye radicalmente al sujeto en términos de escucha y palabra. Ante al alienado, se indica que no reduzcan vuestro deber de observadores al papel de secretario de los enfermos, de estenógrafos de sus palabras, o de narrador de sus acciones. (Falret, 2009, pag. 59)

Otra orientación en este segundo paradigma, es la de la psiquiatría alemana que está dada por el desarrollo propuesto por Emil Kraepelin, quien en términos generales dudaba de los avances de los estudios anatomopatológicos, siguiendo más bien las proposiciones de Wundt: priorizar el análisis psicológico con base en la psicología experimental y fisiológica. De modo general, se plantea que Kraepelin delimitó un cuadro clínico que, con el transcurso del tiempo, se convertirá en el eje de las llamadas locuras funcionales, describiendo de ese modo una suerte de demencia en estado puro. El carácter excesivamente inclusivo de esta categoría será cuestionado por la psiquiatría francesa. Más al final de su obra, el autor planteará la inviabilidad del modelo de la entidad clínico-evolutiva en el campo de las enfermedades mentales. El empleo, por parte de Kraepelin, de la psicología en la descripción de las facultades perturbadas en la demencia precoz, introduce en el campo de la psiquiatría una psicopatología descriptiva. Mucho más precisa que la simple semiología, la psicopatología descriptiva permite ahondar en la especificidad de cada fenómeno clínico.

Con la caída del modelo de la entidad clínico-evolutiva, surge un nuevo abordaje de las enfermedades mentales que conjuga la perspectiva asociacionista y dinámica (funcional) en una particular lectura y

aplicación del Psicoanálisis: se trata del psicodinamismo o corriente psicodinámica. Tal abordaje tiene como principales representantes a Bleuler, con el análisis del concepto y de la clínica de la esquizofrenia, y a Jaspers, con la diferenciación entre desarrollo y proceso, y la propuesta de una psicopatología como ciencia autónoma. El tercer paradigma como lo sitúa Lanteri-Laura (2000), que habría comenzado a ser empleado en los inicios del siglo XX, es el de las grandes estructuras psicopatológicas. Confluyeron en su génesis diversas circunstancias, tanto extrínsecas como intrínsecas al campo. Entre las extrínsecas Lanteri-Laura señala el desarrollo de la teoría de la Gestalt y el estructuralismo. Entre las intrínsecas, estaría la enorme cantidad de entidades morbosas que se superponían y se confundían entre sí, haciendo impracticable el procedimiento diagnóstico, y ciertas discrepancias entre los aportes del localizacionismo cerebral y los hallazgos (o la falta de hallazgos) en las autopsias de los enfermos mentales. Y por último, desde un lugar cuya exterioridad o interioridad sería materia de debate, se hallan los aportes del Psicoanálisis.

A principios de siglo se publican dos obras de excepcional importancia para la psiquiatría contemporánea. La primera, en 1911, "Demencia precoz o grupo de las esquizofrenias" de Eugen Bleuler; la segunda, en 1913, la «Psicopatología general» de Karl Jaspers. Ambas surgen como un intento de romper con el molde rígido establecido por la psiquiatría kraepeliniana. En la obra de Bleuler se produce una reordenación de los cuadros delimitados por Kraepelin. Bleuler intenta dar cuenta del fracaso del modelo de la entidad clínico-evolutiva en la delimitación de las enfermedades mentales al estilo de las establecidas por la medicina a partir del paralelismo psicofísico. El término demencia precoz es sustituido por el de esquizofrenia, por considerarlo más fiel a la realidad clínica. Incorporando la dimensión dinámica y el inconsciente a la clínica de las psicosis, describe y diferencia en la esquizofrenia unos signos primarios por disociación psíquica (síndrome deficitario negativo) y unos signos secundarios, tales como ideas y sentimientos, que son la expresión simbólica de los complejos inconscientes. Con Bleuler se inicia una línea de enfoque clínico más rico en posibilidades que el kraepeliniano. Por más que Bleuler se dedique a diferenciar los subgrupos, demostrando de esta manera la amplitud del concepto de esquizofrenia, se muestra mucho más preocupado por el origen de esta

enfermedad, es decir, por descubrir lo que explicaría los síntomas. A partir de sus observaciones clínicas, Bleuler convierte el trastorno de asociación (la Spaltung o división) en síntoma primario fundamental. La necesidad de profundizar la investigación sobre la Spaltung o división conducirá a Bleuler a la teoría freudiana de las representaciones, más específicamente a la noción de dinámica psíquica, tal como se pone de manifiesto en el proceso del sueño. Sin embargo, hay que aclarar que si bien Bleuler se apoya en la teoría freudiana de los sueños, hace una lectura muy particular del tema, diferenciándose, en su origen, de lo propuesto por el mismo Freud.

La obra monumental de Karl Jaspers tuvo y tiene repercusión decisiva en la investigación psicopatológica posterior. Como discípulo de Kraepelin, intenta reordenar el campo de la psiquiatría desde la psicopatología, disciplina que para el autor, pasa a ser autónoma por abordar el registro del sentido o significación. El objeto de la psicopatología es el acontecer psíquico consciente. Comprende tanto las vivencias como se expresan objetivamente en cuanto representan acontecimientos psicológicos, aunque la frontera entre lo psicológico y lo psicopatológico es a menudo tenue. La crítica al paralelismo psicofísico es central en su obra. Con ella se introduce el rigor metodológico en psiquiatría, adecuándola para desarrollarse como ciencia, describiendo dos métodos:

1) el explicativo; propio de las ciencias de la naturaleza, que tiene por objeto el hallazgo de correlaciones entre los fenómenos psíquicos y la base estructural somática, vinculando lo psíquico a lo físico y desconectándose de lo personal-biográfico, lo filosófico y lo metafísico,

2) el comprensivo; propio de las ciencias del espíritu, que se fundamenta en lo psicológico y permanece en él, desentendiéndose de lo corporal e intentando entender la conducta en términos de relaciones de sentido entre los hechos histórico-biográficos. Así distingue Jaspers (entre «explicar y comprender») como dos formas de acceder al fenómeno psíquico.

De esta metodología se deriva la oposición entre los dos conceptos básicos de su obra: “el proceso y el desarrollo”. En este sentido se sitúa el proceso como una interrupción de la continuidad histórico-biográfica,

frente al desarrollo, exponente de la continuidad comprensible. La transformación psicológicamente incomprensible de la actividad psíquica es la característica esencial del proceso psíquico, que puede ser gradual o súbito (brote). Como ejemplos de proceso se encuentran la esquizofrenia y los síndromes demenciales; y de desarrollo, las neurosis y las psicopatías.

Entonces, el paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas consiste en un período en que se dedicó especial atención a la historia individual y al valor de los acontecimientos vividos. La psicopatología deja de ser algo meramente descriptivo y pasa a ocuparse de la investigación del trastorno fundamental, que no depende de facultades o funciones alteradas, sino que contempla la totalidad del funcionamiento psíquico del paciente.

- **La psiquiatría en Argentina.**

En 1854 se creó el Hospicio de Mujeres, hoy "Braulio Moyano" y en 1863 el de Hombres, actualmente Hospital "José T. Borda", en la ciudad de Buenos Aires. Enmarcado en una visión de la salud de carácter individualista, sostenido por la iniciativa y la dádiva de las sociedades de beneficencia y a menudo dirigido por poderes confesionales. En el caso de los primeros manicomios, en poco tiempo reflejaban imágenes del gran encarcelamiento, desatendiendo las condiciones especiales con las cuales debía contar el alienista para producir el denominado "tratamiento moral".

Esta situación fue aliviada parcialmente por el alienista Domingo Cabred que creó la Colonia Nacional de Alienados "Open Door" en 1899, y en 1906 la Dirección de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales. En 1920, Cabred promovió la construcción de numerosas colonias y asilos, y llevó adelante una serie de reformas que estaban en las intenciones de algunos alienistas progresistas. Cabred pretendía extender este sistema (Open Door) a todo tipo de alienado y remarcaba que la función de los asilos colonia era la de dar asistencia y educación. Prácticamente no había fugas, debido al bienestar que tenía en enfermo. Sostuvo la

importancia de un tratamiento donde el enfermo desarrollara tareas variadas al aire libre, con la mayor cantidad de libertad compatible con su estado y con la posibilidad de realizar también un sinnúmero de tareas complementarias que canalizaran habilidades laborales. (Falcone, 2013)

Sin embargo, las transformaciones de la situación social del país comprometieron este panorama. El modelo agro-exportador y el fomento de las inmigraciones implicó un desplazamiento de población hacia las ciudades, que crecieron rápidamente y produjeron nuevos problemas sociales y sanitarios. De ese modo se incorporaron las nacientes ideas del “Higienismo”, que tenía como objetivo prevenir los diversos problemas sanitarios (desde epidemias hasta delitos) en el conjunto social.

En las siguientes décadas se produjo una transición que fue desnudando los límites de las políticas de alienistas e higienistas debido a la indigencia estructural, propia de la lógica manicomial; y por la insuficiencia crónica de recursos que negaban las clases dominantes.

En 1931 el destacado psiquiatra Gonzalo Bosch publicó un texto sobre “El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina”, en el cual criticaba a un Estado que fracasaba, a una crisis de legitimación en la psiquiatría y a sus deudas respecto a la resolución del problema de la psiquiatría en la Argentina. Sin embargo, se crearon nuevas instituciones de asistencia social de grupos vulnerables que fueron paralelas a las ofertas de los primeros servicios de internación psiquiátrica privada: los Institutos Frenopáticos. Mientras los locos pobres tenían que ir a las instituciones públicas abandonadas, los que contaban con recursos económicos podían acceder a lugares de mayor confort y comodidad.

En la Argentina, las organizaciones mutuales habían pasado en las décadas del 20 al 40, del agrupamiento por nacionalidad de origen, al ordenamiento por rama de la producción, vinculadas a las respectivas organizaciones gremiales. Esas organizaciones mutuales, formadas por los sindicatos sobre bases de asociación voluntaria, habían sido alentadas desde el poder político, durante el período 1945-55. Por ese motivo, paulatinamente fueron transitando desde la voluntariedad a la obligatoriedad, a través de Convenios Colectivos de Trabajo. De tal modo que, hacia fines de la década del '50, crecía la expectativa de que

constituyeran la base institucional de un sistema integral de Seguridad Social. Aunque habían sido creadas con objetivos amplios de ayuda social (consultorios propios, proveedurías, colonias de vacaciones, campos de esparcimiento, planes de vivienda), a partir de ese momento la política gubernamental les asignará como misión nuclear, financiar atención médica bajo la denominación genérica de Obras Sociales.

Desde la década del '40 se afianzó el Estado de Bienestar en la Argentina, de característica populista, mediante el surgimiento y consolidación del peronismo. La creación desde el estado de organizaciones burocráticas sindicales que comienzan a administrar las recién nacidas obras sociales, desembocó, para Carpintero (2011), en la alianza de este nuevo actor del campo de la salud con los psiquiatras manicomiales en su defensa del dispositivo asilar. El ministro de salud desde 1946 a 1952 fue el neurólogo Ramón Carrillo. En salud mental intentó dar soluciones materiales a problemas tales como la falta de capacidad hospitalaria y de coordinación entre distintas jurisdicciones responsables del tratamiento de la locura. Así se reformaron e inauguraron nuevos lugares de atención, tales como los nuevos Hospicios construidos por pabellones. En el ámbito de la psiquiatría fue controvertido. Por un lado encontró apoyos en los psiquiatras nacionalistas de los Hospitales y Colonias, especialmente en el Hospicio de Hombres. Estos, junto con los burócratas sindicales, fueron los que echaron a Enrique Pichón Rivière del hospital acusándolo de “comunista” y de “promover la homosexualidad” por haber comenzado a implementar grupos terapéuticos con los pacientes. Pero el gremio médico y la mayor parte de los psiquiatras ligados al Higienismo no apoyaron las reformas de Carrillo. Para el autor, en esos años del gobierno peronista el deterioro de la situación en los manicomios se mantuvo.

En nuestro país, a mediados de la década del '50 las tareas por realizar eran enormes debido a las condiciones desastrosas de los hospicios. Durante el año 1957, en la Argentina, con la imposición del desarrollismo como estrategia económica, política y social en el período del gobierno de Frondizi y durante la dictadura de Onganía se producen tres hechos determinantes para reafirmar en nuestro país el “campo de la salud mental”:

1°) se crea el Instituto Nacional de Salud Mental.

2°) el Dr. Mauricio Goldemberg funda el primer servicio de psicopatología en el Hospital General de Lanús, es decir, fuera de un hospital psiquiátrico

3°) se crea la carrera de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. Ya no era solamente el psiquiatra el único responsable de la salud mental, también aparecieron otros actores, en especial los psicólogos que, a pesar de tener severamente limitada la práctica clínica, fueron ganando importantes espacios en los hospitales y centros de salud mental, aunque en muchos casos debían trabajar gratis. Las conceptualizaciones del Psicoanálisis, la sociología, la antropología, la psicología institucional y la psiquiatría comunitaria comenzaron a interesarse por la realidad de las instituciones manicomiales con una mirada crítica que ponía el acento en la necesidad de desplegar prácticas comunitarias y preventivo-asistenciales. Durante estos años se crearon las primeras residencias de salud mental, las salas de internación en hospitales generales, los hospitales de día y las comunidades terapéuticas. A la vez se difundieron los abordajes terapéuticos que mostraban los beneficios potenciales de extender los límites del Psicoanálisis: los tratamientos grupales, familiares e institucionales, el psicodrama, la psicología social y el Psicoanálisis de niños.

Sin embargo, la estructura manicomial siguió vigente apoyada por los diferentes poderes políticos que atraviesan las décadas del '60 y '70 los cuales prohibieron y reprimieron algunas experiencias. Las reformas de esta época han quedado como el testimonio de experiencias parciales que no fueron integradas a un plan Nacional de Salud Mental.

La dictadura cívico-militar de 1976 instala finalmente el Terrorismo de Estado. Se destruyen los servicios de salud mental ya que las instituciones fueron intervenidas por una burocracia cívico-militar en el marco de un proyecto abocado a llevar adelante la Doctrina de Seguridad Nacional. En este momento empieza a afianzarse una política privatista decidida en el campo de la salud. Es decir, si hasta ahora el Estado se había desentendido de la Salud Mental, empiezan a tomar poder los grupos privados para poner el campo de la Salud Mental al servicio de sus intereses económicos.

Cuando a principios de los ochenta se inicia el período de transición democrática, se intenta generar una política en Salud Mental para recuperar los espacios destruidos por la dictadura. Desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud se realizan experiencias como la del Plan Piloto de Salud Mental y Social (La Boca-Barracas), que se agotan rápidamente por la falta de un presupuesto adecuado y una decisión política para continuarlas. Nuevamente se comienza con planes pilotos que finalizan al breve tiempo por no contar con un apoyo del Estado. En tal sentido, Enrique Carpintero (2011) enfatiza que la historia de nuestro país es la historia de planes pilotos y la continuidad de los manicomios desde fines del siglo XIX. El mayor logro, en esta época, fue la reforma antimanicomial realizada en la Provincia de Río Negro.

Finalmente, en los '90 se reafirma una política neoliberal capitalista regida por la desregulación, la privatización y la competencia. La salud queda principalmente en manos del mercado. Es decir, los grandes laboratorios y empresas de medicina. Como señala Maitena María Fidalgo (2008): “El panorama general del sector salud muestra una aguda crisis de seguridad social, desprestigiada y desfinanciada; un sector público que mantiene un presupuesto estable ante una demanda cada vez mayor; un sector privado que atiende las necesidades de los sectores con determinado poder adquisitivo, fragmentando, y diferenciando planes de salud de acuerdo a la capacidad de pago. Así, el ámbito sanitario se consolidó como un mercado más, radicalizándose la puja distributiva que se registraba desde hacía décadas”. Su consecuencia es una derechización de la gestión de las crisis sociales que modificará las reglas de juego en el campo de las políticas sanitarias. El Estado desaparece en su función social de atender la salud pública para servir a los intereses privados. De esta manera, se produce el dismantelamiento de las instituciones públicas ya que la salud queda en manos de la iniciativa privada cuyo eje ordenador es la relación costos-beneficios. El proceso de globalización capitalista trae aparejado la exclusión y desafiliación de amplios sectores de la población que quedan así desplazadas a los márgenes de la sociedad.

Y como hemos mencionado, es desde la perspectiva que venimos desarrollando, al poder político, ligado al proceso de mundialización capitalista, no le interesa seguir sosteniendo grandes estructuras manicomiales.

Por ello los organismos internacionales como la OMS y la OPS recomiendan la desinstitucionalización de la Salud Mental. Es en este contexto que situamos la sanción por la Cámara de Senadores y Diputados de la Nación, de la Ley Nacional de Salud Mental N°26657. Ley que plantea en sus artículos algunas cuestiones cuya importancia implica una ruptura con el funcionamiento del orden manicomial en la Argentina y sostiene Derechos Humanos fundamentales de los pacientes.

C) Clasificaciones categoriales y dimensionales en Psiquiatría.

Los problemas que hoy atraviesan el campo de la salud mental en Argentina en particular y, en el mundo en general, están presentes desde sus orígenes. No obstante, puede afirmarse que el panorama actual está signado especialmente por un grave deterioro de la salud pública ocurrido en los últimos treinta años. Cabe recordar que, según Carpintero (2011), los gobiernos dictatoriales de los años setenta, a través de distintas medidas implementadas en el sector, dieron el puntapié inicial para la actual primacía del poder privado sobre el público, uno de los factores sindicados como responsables del deterioro mencionado. A partir de la década de 1990, los gobiernos neoliberales profundizaron esta tendencia, con la implementación de políticas que beneficiaron los intereses de las grandes empresas de salud, sin modificaciones significativas al momento actual. Dado que el interés principal de estos grupos monopólicos es maximizar la relación costo-beneficio, los resultados de aquellas políticas son una mala calidad de la atención y la exclusión de los sectores de bajos ingresos. Consecuencia del avance de estos poderes hegemónicos es, según Carpintero, la medicalización del padecimiento subjetivo: una de sus expresiones más conspicuas y alarmantes es el triste liderazgo de nuestro país, ubicado entre los principales consumidores de psicofármacos en el mundo. Como bien nos recuerda este autor, medicar es un acto médico. Si bien la prescripción farmacológica es de exclusiva incumbencia profesional de los médicos, desde la perspectiva de la Salud Comunitaria, este acto se transforma en el instrumento del equipo interdisciplinario para trabajar con el padecimiento subjetivo. En

cambio, cuando hablamos de medicalización, aludimos a los factores políticos, sociales y económicos que intervienen en la producción, distribución y venta de las grandes industrias de tecnología médica y farmacológica. (Carpintero, 2011)

Medicalización es un término que se refiere, por lo tanto, a los efectos de la medicina en la mundialización capitalista cuya meta primordial es la ganancia económica. Es así como las grandes industrias redefinen a la salud humana acorde a la subjetividad sometida a los valores de la cultura dominante. Su resultado es que el sujeto atravesado por las “pasiones tristes” encuentra en una pastilla la ilusión de una felicidad transitoria. De allí que muchos procesos normales como el nacimiento, la adolescencia, la vejez, la sexualidad, el dolor y la muerte son presentados como manifestaciones patológicas a las cuales se les puede aplicar un remedio para su solución. Al dar una resignificación médica a circunstancias de la vida cotidiana, el sujeto no sólo se convierte en un objeto pasible de enfermedad, sino también culpable por padecerla. La búsqueda de la salud se transforma de este modo en una exigencia que en muchas ocasiones genera enfermos imaginarios de enfermedades creadas por los propios laboratorios. (Carpintero, 2011)

En el campo de la salud mental, la medicalización se fomenta a partir de la hegemonía que ha adquirido la psiquiatría biológica desde una perspectiva que llamamos neopositivista. Con un uso reduccionista e intempestivo de los desarrollos de una rama legítima de la investigación científica, el campo de las denominadas neurociencias, la psiquiatría ha dejado de lado el modelo de la psicogénesis, la perspectiva del conflicto psíquico, en beneficio de una clasificación grosera de las conductas que limita los tratamientos únicamente a la supresión de los síntomas. Desde este punto de vista, la enfermedad es una falla que hay que suprimir y no la expresión de la lucha de fuerzas psíquicas cuyo abordaje tal vez requiera diversas estrategias terapéuticas que exceden la mera indicación medicamentosa. Desde esa perspectiva, afirma Carpintero (2011), el Psicoanálisis es cuestionado por aquellos que han retrocedido a un neopositivismo que reduce el pensamiento a un circuito neuronal y el deseo a una secreción química.

Para ello, cuentan con el DSM IV (Manual de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Mentales, de la

Asociación Americana de Psiquiatría) que fue publicado en 1994 y psiquiatrizó la vida cotidiana, en tanto, toda conducta puede ser definida como un trastorno. Este es un manual basado en el esquema de síntomas-diagnóstico-tratamiento elaborado a partir de algunas conceptualizaciones neurocientíficas y el uso de psicotrópicos como instrumento privilegiado de abordaje. A pesar de su utilidad epidemiológica, el paciente es etiquetado con un diagnóstico clasificador que deja de lado su particularidad y las posibilidades de realizar un trabajo pluridisciplinario. Su objetivo no es organizar un tratamiento psicoterapéutico sino clasificar cada trastorno para poder aplicar la droga correspondiente: por ejemplo, para los trastornos de aprendizaje con déficit de atención, la *Ritalina*; para la depresión, la *Fluoxetina*; para la ansiedad generalizada, el *Emotival* y así sucesivamente.

Es en este contexto, que los autores del DSM establecieron la siguiente definición para “trastorno”: “un trastorno mental es un síndrome o un patrón comportamental psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir, sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad”. (DSM, 1994, p. 21) De esta manera el diagnóstico realizado sobre la base del DSM IV se adecua a las necesidades de las obras sociales y las prepagas, que para disminuir los costos de las prestaciones priorizan tales tratamientos en razón de su rapidez. Pero si la medicalización de la psiquiatría se ha expandido de este modo es también porque los pacientes, acorde con los tiempos que corren, reclaman que sus síntomas psíquicos tengan una causalidad orgánica. Sin duda, esta coartada, en connivencia con la celeridad de ciertos apaciguadores químicos y su relativa inocuidad, contribuye en muchas ocasiones a una elección terapéutica por parte del paciente que evita el hacerse algunas preguntas, doloroso camino de la revisión eventual de los conflictos psíquicos inconscientes.

También la locura se redujo nuevamente a sus componentes biológicos. Para realizar semejantes cambios fue necesario echar por tierra muchos años de trabajo teórico y experiencias de comunidad terapéutica, hospital de día, etc. Según afirma Carpintero (2011), hoy el loco no es un sujeto con el que se establece una relación terapéutica, sino que se ha convertido en un objeto cuyos síntomas pueden ser tratados

químicamente si tiene dinero para pagar los psicofármacos de última generación. Si es pobre, será enviado a un manicomio.

En este sentido, debemos tener en cuenta lo que advierte Emiliano Galende (1990): "Si como afirman los psiquiatras (apoyados con mucho poder por la industria farmacéutica) los síntomas subjetivos del malestar psíquico son enfermedades como las demás, los valores que se han propuesto desde el ámbito de la Salud Mental perderían su sentido. Si semejante ideología triunfa, entonces estos malestares deberían ser atendidos por los médicos psiquiatras o neurólogos, no por equipos de distintas disciplinas, con intervenciones psico-sociales, y con participación de quienes padecen el trastorno, su familia y la comunidad." Entonces, la psiquiatría en la actualidad corresponde a lo que podríamos llamar la era de los diferentes manuales psiquiátricos.

Con relación al DSM-V (2013), las problemáticas planteadas anteriormente se mantienen y parecen ampliarse. De modo general, se señala y demarca una tendencia a la psiquiatrización de la vida cotidiana, o sea, un avance e incremento de los procedimientos diagnósticos sobre la población en general y la consecuente aplicación de tratamientos (especialmente los farmacológicos), así como cierto nivel de estigmatización y segregación que estas prácticas engendran.

De una manera muy precisa, Widakowich (2012) retoma y enumera los pros y los contras de las clasificaciones categóricas y dimensionales: las ventajas del enfoque categórico serían, que en tanto que clínicos, estamos bastante acostumbrados a manejar conceptos categóricos, resultándonos familiar. Los diagnósticos categóricos existentes nos permiten reflexionar sobre la causa, el curso, la presentación clínica y el tratamiento a proponer. También, son diagnósticos fáciles a comunicar, que nos permiten tomar rápidamente una decisión por sí, o por no. En un plano epistemológico, damos una gran fiabilidad a esta clasificación, sobre todo después del DSM III, teniendo una gran validez de los trastornos. En cuanto a sus desventajas, lo explica muy claramente: "Los clínicos dicen que cuanto mejor conocen a sus pacientes, más dificultades encuentran para meterlos dentro de una categoría" (Widacowich, 2012, p. 372). En efecto, las

categorías pierden una gran cantidad de casos atípicos, rebeldes a las clasificaciones. Este problema lo encontramos sobre todo en la gran cantidad de trastornos de la personalidad no especificados que se diagnostican. Otro problema frecuente, es la "deificación" de algunos diagnósticos, que hacen pensar que hay que ajustar la realidad clínica al concepto diagnóstico, porque ese concepto es más "real" que el fenómeno mismo. Las múltiples comorbilidades encontradas, sobre todo en los trastornos de la personalidad, los trastornos de ansiedad y depresivos, muestran bien que los límites de cada clase son a veces arbitrarios. En fin, la frontera entre la psicología "normal" y la psicopatología son a veces caprichosos, como la diferencia del comportamiento "normal" y el funcionamiento no adaptativo. Podríamos agregar, que hay dos maneras de leer un manual, una es de manera literal, con un respecto exagerado de la autoridad y sus verdades, pensando que le estructura inherente del mundo está bien clasificada, o de otra manera, diciéndose que la clasificación es primitiva, y que hay que ir más lejos en las descripciones. Sabemos bien que el mapa no es el territorio. En lo que concierne a las ventajas del enfoque dimensional, el autor nos dice que existe una gran facilidad para explorar y delinear las diferencias entre los individuos, cierta flexibilidad. Cada persona representa un perfil, hecho de diferentes variaciones cuantitativas y distintos grados que van de lo normal a lo patológico, sin haber cut-offs artificiales. En este sentido, el enfoque favorece los diagnósticos de síntomas no específicos, como ligeros grados de ansiedad o depresión, bastante presentes en la población general. Con cierta flexibilidad, el clínico podrá observar el curso sindrómico, sin avanzar conclusiones prematuras. Esto podría también aplicarse a la depresión o a la esquizofrenia. Para terminar, hay que decir que todos los trials de medicamentos se basan en este enfoque para evaluar la eficacia de la respuesta al tratamiento. Una desventaja mayor del enfoque dimensional, es la pluralidad de dimensiones, sin tener un acuerdo claro con respecto al número o tipo de dimensiones que representan los fenómenos psicopatológicos. Como decíamos antes, el problema se hace palpable a la hora de describir los trastornos y las características de la personalidad. Estamos confrontados también a una eclosión de teorías diferentes, la mayoría sacadas de estudios de covariancia que carecen de coherencia interna, y que están alejados de la realidad del terreno.

Otra incomodidad, sería el hecho que las dimensiones se vuelven imprecisas y vagas, sin poder establecer descripciones clínicas claras, simples a comunicar entre colegas. Para terminar, una complicación mayor, sería el riesgo de caer en una utilización masiva de tratamientos psicotrópicos por la sola presencia de un síntoma o síndrome, que se presenta de manera mínima.

En la dicotomía de qué es mejor, los esencialistas creen que los trastornos psiquiátricos son en realidad dimensiones y no categorías. Mientras que los empíricos piensan simplemente que las dimensiones van mejor que las categorías. Los pragmáticos son pluralistas, sostienen que una clasificación no es mejor que la otra, todo depende del uso que quiera dársele a la clasificación.

Existen instrumentos para una evaluación categorial y dimensional. El clínico tiene que saber con qué estructura está trabajando a nivel clínico y poderlo traducir a criterios categoriales del DSM y otras clasificaciones y criterios dimensionales. Se trata de dos formas de diagnóstico que son incluyentes. El diagnóstico categorial es más funcional en cuanto a la comunicación entre terapeutas y elaboración de informes. El diagnóstico dimensional es más “fino” y “sensible” por poder ajustarse más a las características del paciente. El éxito de la combinación de ambos enfoques es aunar los criterios de la Psiquiatría con los de la Psicología.

Desde esta perspectiva, el DSM-IV es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Un enfoque categorial es siempre más adecuado cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes. Sin embargo, deben reconocerse las limitaciones del sistema de clasificación categorial. En el DSM-IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco hay certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo trastorno

sean completamente iguales. El clínico que maneje el DSM-IV debe considerar que es muy probable que las personas con el mismo diagnóstico sean heterogéneas, incluso respecto a los rasgos definitorios del diagnóstico, y que los casos límite son difíciles de diagnosticar, como no sea de forma probabilística. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, presta más atención a los casos límite y pone énfasis en la necesidad de recoger mayor información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico. En reconocimiento a la heterogeneidad de los casos clínicos, el DSM-IV incluye series de criterios politéticos, en los cuales sólo se necesita presentar unos pocos síntomas de la amplia lista general (por ejemplo, el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad requiere sólo 5 de los 9 rasgos definitorios).

D) Psicoanálisis: Normalidad/Patología. Las Categorías clínicas y el campo unificado del padecimiento subjetivo.

La palabra normal (del latín norma, escuadra formada por dos piezas perpendiculares) indica lo conforme a regla, es decir lo regular, aquello que no se inclina ni a derecha ni a izquierda, lo que se mantiene por tanto, en su justo término medio. Con este criterio estadístico, propio de las ciencias naturales, normal equivale a promedio, es decir al módulo de un carácter mensurable. Es normal lo que se manifiesta con cierta frecuencia en la población total, según su edad, sexo, raza, procedencia, etc. En contraposición, lo anormal comporta entonces una desviación cuantitativa, en más o menos, de la forma, graficable según la curva de frecuencias de Gauss, de tal modo que las desviaciones o anormalidades resultan tanto más significativas cuanto más alejadas aparecen del centro de la campana. La cosa así planteada es muy sencilla. Todo se reduce a medir cantidades con estricto rigor científico. Pero, aplicado al hombre, este método estadístico suscita de inmediato dificultades insoslayables.

En este punto, resulta preciso circunscribir en primer lugar a qué refiere “lo normal”, establecer los límites de la normalidad y la anormalidad, y consecuentemente, comprender cómo se ha operado la clasificación,

ubicación y ordenamiento de los sujetos.

¿Por qué nuestras sociedades se organizan alrededor de la norma? ¿qué formas de poder transitan a través de sus prescripciones? “Toda norma es portadora de una pretensión de poder”, decía Foucault (1974-1975, p. 57) y en este sentido es posible decir que ella misma “es una de sus representaciones, de sus estrategias, de sus instrumentos”. (Foucault, 1974-1975, p. 123) La norma asigna juicios de valor a la existencia material y a los comportamientos de los sujetos; prescripciones que se vehiculan en los discursos del maestro de escuela, del padre de familia, del médico y del psiquiatra, entre otros.

Toda norma se propone como forma posible de unificación de una diversidad, de reabsorción de una diferencia. Para que la norma se transforme en “normal” es necesario atravesarla por una expresión de “preferencia” y como instrumento de una voluntad que rechaza ciertas cosas y se complace por otras. Lo normal se construye a partir de valoraciones que expresan ciertas preferencias e inevitablemente ciertas discriminaciones. Para construir lo normal es preciso anclar su opuesto, polaridad no externa sino imbricada desde el centro de su constitución, lo anormal se edifica desde la infracción misma como posibilidad de ser regla a corregir. Así, los conceptos de normal y anormal guardan una relación de interioridad que no permite entenderlas sino desde un vínculo íntimo que las constituye mutuamente lo que implica asumir que toda preferencia de un orden se acompaña implícitamente por la aversión de su contrario. (Canguilhem, 1971, p. 187)

El concepto de normalidad es una invención de ese momento de la historia de la humanidad que se ha dado a conocer como la Modernidad, en donde se instaura como una categoría que rige la mirada de médicos, educadores y criminólogos a partir del siglo XIX. La función “psi” se convierte a la vez en el discurso y el control de todos los sistemas disciplinarios. Es el discurso y la introducción de todos los esquemas de individuación, normalización y sujeción de los individuos dentro de los sistemas disciplinarios; se verifica la aparición de la psicopedagogía dentro de la instancia escolar y la psicología laboral dentro de la disciplina fabril, la criminología dentro de la disciplina carcelaria y la psicopatología dentro de la disciplina psiquiátrica y

asilar. (Foucault, 1973-1974, p. 96)

Pero es una categoría que se construye desde su negación, porque lo que su origen sintetiza no es la normalidad, sino la anormalidad, que confirma la propia pertenencia a lo Uno, a lo Mismo. Una categoría inventada para confirmar lo propio e instalar el control, expulsar, aniquilar, corregir, censurar, moralizar, domesticar todo lo que exceda sus propios límites, todo lo Otro. Esta construcción de lo anormal construiría a su vez un Otro que encarna nuestro más absoluto temor a la incompletud, a la incongruencia, a la ambivalencia, al desorden, a la imperfección, a lo innombrable.

Foucault en 1974-1975 sostiene que el anormal se constituye como un dominio específico a partir de la síntesis de tres personajes: el monstruo humano, el individuo a corregir y el onanista. Personajes pertenecientes a distintos momentos históricos, y que confluyen en la configuración de la identidad anormal. Síntesis que perdura aún hoy, en el sentido de que todo aquel señalado como loco, delincuente, discapacitado o pobre, entre otras anormalidades posibles, evoca, en alguna medida, imágenes de alguna de estas tres figuras. Según Foucault (1974-1975), la fuerza clasificatoria y productiva de la normalización de la sociedad moderna se sostuvo en dos estrategias complementarias: la constitución, en el plano del discurso, del concepto de "anormal" y la medicalización de la sociedad.

Por ello, la producción de la noción de anormalidad debió ser positivizada para encubrir su capacidad de demarcación y las consecuencias de expulsión que generaría. Debió ser naturalizada, para aumentar su eficacia en el señalamiento. Debió ser mimetizada en "lo dado", para ser instalada como una estrategia de homogeneización de la sociedad.

La medicina es una práctica que se intercepta con otras disciplinas, también el Psicoanálisis ha producido efectos sobre ella y se ha ido convirtiendo en una referencia importante en lo que atañe a la relación médico-paciente y en lo específico de las enfermedades mentales.

Es Canguilhem (1971) quien ha señalado que el pensamiento y la actividad del médico resultarían incomprensibles si no contaran con las nociones de normal y patológico, a las que podríamos agregar salud y

enfermedad, teniendo en cuenta que ambos pares opositivos no se ubican en el mismo plano. ¿Existen ciencias de lo normal y lo patológico? se pregunta Canguilhem y se aboca a analizar detalladamente las definiciones posibles para estas nociones y a demostrar la complejidad que conlleva la ardua tarea de zanjar el problema tanto respecto de la primera oposición como de la segunda. Pero nuestro interés por su lectura reside en que, la misma, resulta de utilidad para pensar cómo pueden intervenir los psicoanalistas en relación a una práctica multidisciplinaria como lo es la salud mental.

Es importante mencionar, en primer término, que lo señalado por Canguilhem respecto de la actividad del médico no puede ser extendido a la actividad del psicoanalista ya que para él carecer de aquellas definiciones no se convierte en un obstáculo para el ejercicio de su práctica. Los términos salud-enfermedad son términos médicos, y el Psicoanálisis no categoriza de ese modo a las estructuras inconscientes dado que no existe un inconsciente sano o enfermo, tampoco uno normal o patológico. Sin embargo, encontramos, teniendo en cuenta la relación médico-paciente, un punto de intersección interesante entre ambas disciplinas a partir del cual el médico y el psicoanalista pueden trabajar conjuntamente en cuanto a la asistencia del internado o el paciente ambulatorio.

Es necesario situar la ruptura que conlleva el advenimiento del Psicoanálisis, ruptura en el registro de la clínica y de la patología misma, ruptura en relación al contexto que a su vez condiciona la novedad de su intervención. Al respecto podemos recordar que el Psicoanálisis surge en un momento histórico en que se había afianzado la medicalización de los trastornos mentales, a partir de la solidaridad de la relación médico-enfermo, adquiriendo en este sentido la figura del médico importancia fundamental en la dimensión social, en tanto es el correlato de la demanda de la curación, dirigida en esta ocasión al representante de un saber orientado por la ciencia.

La clínica psiquiátrica que inaugura Pinel a partir de la redefinición de la dimensión de lo psíquico conduce asimismo a un uso peculiar de los conceptos “normal” y “patológico”, “salud” y “enfermedad”. El Psicoanálisis surge en este contexto pero llegando a establecer una nueva clínica que reformula los conceptos hasta tal

punto que permite trastocar las relaciones existentes entre patología, etiología y terapéutica, trastocamiento que es solidario de la modificación sustancial del lazo social médico-enfermo a partir de la creación del dispositivo analítico necesario para la implementación del método.

Es necesario mencionar que los psicoanalistas también intervienen en los programas de salud mental haciendo su aporte. En este punto cabe señalar que encontramos algunas limitaciones para ello. Siguiendo lo que dice Izaguirre entendemos, por un lado, que no se trataría de que el programa propuesto haya que subordinarlo al Psicoanálisis ya que éste, tal como lo expresó Freud, no es una weltanschauung (cosmovisión) y por lo tanto no autoriza a intervenir en el sentido de defender un ideal contra otro" (Izaguirre, 1999, p. 263). Es decir que no es posible que desde el Psicoanálisis se pretenda enfrentar concepciones o posiciones políticas, sociales, etcétera, con la intención de sostener algún ideal. Por otro lado, que los psicoanalistas podrán intervenir sólo en aquellos programas en los cuales la práctica psicoanalítica pueda ser claramente determinada y circunscripta para que la razón de dar cabida al Psicoanálisis posibilite un trabajo productivo y eficaz.

Al respecto el Psicoanálisis surge en un momento histórico en que se había afianzado la medicalización de los trastornos mentales, a partir de la solidaridad de la relación médico-paciente. El Psicoanálisis emerge en este contexto pero llegando a establecer una nueva clínica que reformula los conceptos hasta el punto que permite trastocar las relaciones existentes entre patología, etiología y terapéutica, trastocamiento que es solidario de la modificación del lazo social médico-enfermo a partir de la creación del dispositivo analítico necesario para la implementación del método. La clínica psicoanalítica, a partir de una nueva coherencia establecida entre método y objeto, modifica la noción de lo psíquico al descubrir que en el origen del síntoma opera una actividad de la que el sujeto nada sabe, pero que tiene efectos que pueden ser sometidos a un desciframiento a partir de cadenas asociativas que se producen "libremente", pero que se revelan obedeciendo a un determinismo secreto. (Napolitano, 2000)

Resulta necesario subrayar que la clínica psicoanalítica, es una clínica que sitúa su intervención en un campo patológico, en tanto el punto de partida es el síntoma, aquello que como malestar, desadaptación, desequilibrio, siempre está referido al discurso imperante, sus normas y valores. Desde esta perspectiva, el síntoma siempre se presenta en un principio en su vertiente patológica como “lo que no marcha” como lo plantea Lacan, o como una “interferencia” como lo planteaba Freud. En otras palabras, es lo que Freud denominaba “enfermedad en sentido práctico”, en tanto el sujeto que lo padece se queja de su impotencia para lograr que las cosas continúen como hasta entonces sin poder librarse de lo que entorpece el curso normal de su vida.

En esta dirección, debemos recordar que nociones tales como morfología clínica, síntoma, etiología y patología, son utilizadas por Freud en el curso de su obra. Nos interesa subrayar el nuevo sentido que estos términos adquieren en Psicoanálisis, términos que Freud utiliza para organizar las novedades que encuentra a partir de la originalidad de su práctica. Resulta de interés el sentido que adquiere la misma noción de “categoría clínica” en Psicoanálisis, solidaria de una ruptura de la oposición normal-patológico que se encuentra en el fundamento de las perspectivas psicopatológicas previas a Freud y que persiste hasta la actualidad. Violencia, adicciones, anorexias y bulimias, depresiones, son algunas de las patologías que se mencionan cuando se habla de las nuevas presentaciones en la clínica actual. Se habla también de nuevos síntomas, patologías del acto o del consumo, o también “patologías de la ética” o del objeto. Se coincide generalmente, en que la mayor parte de estos síntomas rechazan el inconsciente, por lo que resistirían al dispositivo clásico psicoanalítico, por lo menos en lo que a dicha presentación respecta, ya que no se consideran síntomas descifrables. Es decir que entre los psicoanalistas orientados en la enseñanza de Lacan, se acuerda generalmente, con que los llamados síntomas de la época si bien no objetan las estructuras clínicas, plantean problemas al diagnóstico y a la posibilidad de instalar el dispositivo analítico. Sin embargo, cabe preguntarse qué es aquello que se considera nuevo y cuáles serían las consecuencias de esta “novedad”.

En un comienzo podemos mencionar que el campo de las neurosis se compuso de la distinción neurosis actuales-neurosis de defensa. Freud comienza a establecer diferencias en el gran grupo de las neurosis a partir de reconocer las íntimas relaciones entre el factor etiológico, la sexualidad, y la forma de presentación de los síntomas. Junto con la histeria, la neurosis obsesiva, la psicosis alucinatoria y la paranoia, en las que de acuerdo a los hallazgos que se producen en el curso del tratamiento, descubre una causalidad psíquica que interviene en el proceso de formación de síntomas, distingue otro grupo en el que el factor etiológico se traduce directamente en manifestaciones somáticas. La separación de las neurosis actuales de las psiconeurosis conlleva diferencias en las indicaciones terapéuticas, dependiendo de si la etiología sexual obedece a causas actuales o pretéritas. En las primeras, se impone una suerte de profilaxis de las prácticas sexuales, mientras que tratamiento psicoanalítico es el indicado en las psiconeurosis. Freud mantendrá esta diferencia de dos grupos de neurosis en el curso de su obra, aportando nuevas precisiones a medida que avanza en su elaboración, como lo veremos más adelante.

La frase célebre que Freud escribe a Fliess: "Ya no creo más en mi neurótica" (Freud, 1897, p. 301) marca el comienzo de un nuevo período. Este real fáctico al cual se adhería hasta esa fecha no podía ser verificado, en términos de una exactitud que el recuerdo no podía alcanzar más que por "fragmentos de cosas escuchadas y vistas", tal como define la fantasía en ese momento. Freud reformula en este período la estructura de la fantasía y su función en el proceso de formación de síntomas neuróticos, "en el mundo de las neurosis la realidad que desempeña un papel predominante es la realidad psíquica" (Freud, 1916. pag .250).

Freud escribe en Esquema del Psicoanálisis (1910), diferenciando las denominadas "neurosis de transferencia" de las "neurosis narcisistas", estableciendo una clínica diferencial dentro de "la unidad y homogeneidad" del campo del Psicoanálisis. Las últimas, las neurosis narcisistas, a pesar del reconocimiento de que no se encuentran separadas de las primeras por límites precisos, como tampoco la salud y la neurosis, oponen para Freud sin embargo obstáculos fundamentales para la intervención analítica.

En "El Yo y el Ello", Freud presenta la eclosión de la neurosis y el desencadenamiento de la psicosis, como lo

había hecho años anteriores, a partir de una privación, “siempre de origen exterior aunque parezca provenir del Superyo.” (p. 49). Privación libidinal, que resulta insoportable para el sujeto, y lo obliga a procurarse otro tipo de satisfacciones. Neurosis y psicosis coinciden en el aspecto productivo que se opera al servicio de la satisfacción pulsional. Pero el orden de los procesos establece su diferencia: en la psicosis, la privación libidinal conduce a la negación de la realidad insoportable en provecho del Ello. Este primer paso se continúa en un segundo momento en que se presentan los intentos de reparación de la supresión operada: es la creación de una nueva realidad acorde con los deseos no satisfechos por la realidad anterior. Este avance reparatorio también se efectúa en la neurosis, ya que si el primer paso implica el fracaso de la represión, que se había producido por la demanda de la realidad en detrimento del Ello, el segundo paso es un intento de resolver el conflicto, dando nuevos poderes a la satisfacción de la pulsión. Es en este momento cuando Freud plantea que en la neurosis se evita la realidad, en una huida, un escaparse de la percepción de un trozo de la realidad. La neurosis no niega la realidad, “se limita a no querer saber nada de ella”, destaca Freud (1924, p. 195), y en el intento de sustituir el fragmento de la realidad indeseado por otro apela al recurso de la fantasía, que le provee elementos del pasado, cuando la realidad era más satisfactoria. La neurosis se apoya a partir de aquí en cierta realidad satisfactoria y en esto se diferencia de la psicosis, que busca sustituir la realidad, con la creación de un mundo exterior fantástico más tolerable. En la neurosis el “no querer saber nada de ella”, introduce el registro del saber, lo que supone un juicio de existencia previo que condiciona la negación. La realidad del fantasma neurótico adquiere una significación especial que permanece inconsciente, remitiendo a la ficción de una satisfacción posible. En la psicosis, tal ficción es en realidad el delirio mismo, en el que no hay otra apoyatura que permita la solución del conflicto iniciado con la realidad externa. (Napolitano, 2013)

Nos parece necesario subrayar la inclusión de la perspectiva freudiana en la que se borran las diferencias normalidad-patología que caracterizan las clasificaciones surgidas de otras prácticas. Freud cuestionaba en esta misma dirección la existencia de un yo “normal”, considerándolo como una ficción ideal (1937, pag. 237).

El término normalidad es equiparado a la media estadística, pero encuentra más puntos de coincidencia que diferencias cualitativas entre aspectos del yo del psicótico con las diferentes alteraciones del yo que pueden constatarse en una serie de sujetos no psicóticos. Alteraciones del yo que son el resultado de su lucha contra la angustia, el peligro y el displacer. Después de los primeros tiempos del Psicoanálisis, en los que buscaba establecer la causa específica de las neurosis y psicosis, Freud renuncia a esta pretensión, y junto con ella, a la posibilidad de marcar la oposición salud-enfermedad. Sin embargo, estas consideraciones le resultan muy generales, y no puede renunciar a establecer la especificidad de las neurosis. Encontramos aquí la subversión fundamental que inaugura el Psicoanálisis, subversión que invierte la misma oposición normal-patológico, cuando Freud sostiene: "Si es verdad que las neurosis no difieren en esencia de lo normal, su estudio promete valiosas contribuciones a nuestro conocimiento de la normalidad. Puede que aquí descubramos "los puntos débiles" de una organización normal." Estos "puntos débiles" se vinculan estrechamente con lo que en 1926, en "Inhibición, Síntoma y Angustia" nos presentaba como los factores causales universales de la neurosis, factores todos ellos vinculados a imperfecciones o disarmonías estructurales que afectan al sujeto humano. No es casual que Freud los introduce en íntima vinculación con lo que considera el problema central en el que convergen los diferentes tópicos vinculados con la dimensión del síntoma en Psicoanálisis: el problema de la angustia. Estos factores son tres: en primer lugar el factor que Freud llama "biológico", y que resulta de su comparación con el desarrollo natural de los animales, y que cuestiona su perspectiva evolucionista. Se trata de la larga invalidez de los años de infancia que condiciona la dependencia del Otro, lo que Freud llama "el objeto único", que sirve de protección contra los peligros y sustituye el paraíso perdido de la vida intrauterina. Se crea así "la necesidad de ser amado que ya no abandonará jamás al hombre". En segundo lugar, continuando con la enumeración de los factores, Freud otorga un papel esencial y específico al "estallido de la sexualidad" en el ser humano, y subraya: "Este segundo factor, filogenético ha sido solo inducido por nosotros, habiéndonos obligado a aceptar un hecho singularísimo del desarrollo de la libido." Por último, Freud nos presenta "el factor psicológico", o sea, aquel

que se refiere a las diferentes instancias en las que divide el aparato psíquico, división que considera también una imperfección. El Yo es puesto en cuestión en su función de dominio, ya que solo puede defenderse de las exigencias pulsionales huyendo del peligro que representan, limitando su organización, y “aceptando la formación de síntomas como sustitución de su influencia sobre el instinto” (p. 146) El síntoma como modo de satisfacción sustitutiva, es un arreglo con aquello que escapa al dominio del Yo, razón por la cual así como la idea de un Yo normal es una ficción ideal, según el texto freudiano, difícil resulta concebir un sujeto sin síntoma, como respuesta a la insuficiente “asimilación” psíquica de las exigencias de la pulsión.

Mientras que es a partir de la formulación de los 4 discursos que Lacan subraya y permite pensar en diferentes maneras en que la dimensión clínica y la cultural se superponen. Los síntomas circulan no sólo con sus efectos sobre el cuerpo y el pensamiento sino, además, perturban y se entranan en el lazo y el mundo social. En este sentido, la formulación del discurso capitalista permite pensar en estas presentaciones clínicas como determinadas por las modalidades de goce que caracterizan y surgen de dicha subversión del discurso del Amo en la posmodernidad. Lacan escribe la estructura del discurso capitalista invirtiendo el S1 y el sujeto tachado en el discurso del Amo. El sujeto puesto en el lugar del agente, no es un sujeto representado por el significante, sino que la falta, la división subjetiva, pareciera mandar o usar al lenguaje para la producción de los objetos plus de goce. Pero al mismo tiempo, la flecha que vuelve del objeto al sujeto, indica que este sujeto, que si bien parece mandar, es un sujeto mandado, instrumentado por los mismos objetos plus de goce. En una época donde la globalización y el avance de la tecnología, acentúan lo que algunos analistas dieron en llamar la “inexistencia del Otro”, es decir donde el Ideal ya no cumple una función reguladora, cuando los semblantes ya no son creíbles, pareciera que la única brújula que queda es el goce, que se engancha a los objetos (gadgets) que el mercado oferta. El superyó actual ya no sería un parásito que se alimenta de renuncias, sino que alimenta y promueve el goce autista. El stress, el ataque de pánico, la depresión, la corrosión del carácter, lo precario, lo líquido, etc., constituyen el medio en que el sujeto neoliberal ejerce su propio desconocimiento de sí, con respecto a los dispositivos que lo gobiernan.

E) El malestar en la cultura y las TCC

- **El malestar en la cultura: la versión freudiana y lacaniana.**

Cuando nos remitimos a hablar del malestar en la cultura, es inevitable la referencia a Freud, quien no dudó en situar una tensión que resulta fundante de la civilización humana: la irresoluble dialéctica entre Vida y Muerte. En el final de “El malestar en la cultura” (1930) afirmó: “Y ahora cabe esperar que el otro de los dos “poderes celestiales”, el Eros eterno, haga un esfuerzo para afianzarse en la lucha contra su enemigo igualmente inmortal. ¿Pero quién puede prever el desenlace?” (p. 140) De esta manera, Freud no sólo sostuvo que no habría ni síntesis ni integración para esta dialéctica entre “potencias eternas”, sino y por sobretodo, que la relación entre ambas pulsiones está caracterizada por la “lucha”. Para Freud, la cultura es una construcción del Eros en su intento por frenar el irremediable empuje de la Muerte. El malestar de la civilización no se produce por los frenos sociales a la sexualidad sino que se instauraría por la irresoluble tensión existente, en la lucha del Eros con la pulsión tanática. Para Freud entonces la relación entre unos y otros se inscribiría en las coordenadas de lucha a partir de la dialéctica pulsional, quedando como instancia necesaria de la cultura el imperativo del amor, como legalidad erótica que tiene a la continuidad de la vida.

Por el contrario, una pregunta se impone por su relevancia: ¿se trató para Lacan del mismo malestar en la cultura? Lacan podemos decir que realizó tres lecturas en su enseñanza, en la medida que construía Otra versión del malestar en la cultura y de sus respectivas implicancias en la estructura del sujeto.

a) En “El discurso a los católicos” de 1960, Lacan ubicó el mandamiento cultural (“amarás al prójimo como a ti mismo”) a partir del concepto de narcisismo en Freud. De esta manera, la intersubjetividad y el encuentro con la otredad se redujeron a la tensión especular de la imagen: “todo está en el sentido del “como a ti mismo”. Y designó esta fuerza con el nombre de narcisismo. No hay nada sorprende en que no sea más que yo mismo lo que amo en mi semejante. Me amo a mí mismo en la medida en que me desconozco esencialmente, sólo

amo a otro". (Lacan, 1960, p. 45-46) El punto central quedó situado en la segunda parte del mandamiento, en el "como a ti mismo", perdiendo entonces el amor su lugar de imperativo simbólico. La tensión establecida entre el yo y su semejante, no es ya de base pulsional tal cual lo planteó Freud, sino que está dado por los avatares agresivos de los circuitos imaginarios. Finalmente sitúa como resultados de tal tensión narcisista, al odio como sombra del amor y al efecto de desconocimiento real, donde el semejante se vuelve extranjería. Dijo al final de ese escrito: "la ambivalencia por la cual el odio sigue como su sombra todo amor por ese prójimo, que es también para nosotros lo más extranjero". (Lacan, 1960, p. 62)

b) En el Seminario XXI de 1973, Lacan presentó una lectura diferente del mandamiento. Ya no se trataría tan sólo de la relación narcisística entre el yo y la imagen, sino de la relación entre el uno y el otro como instancias del campo relacional. Dijo en la clase 4: "este precepto funda la abolición de la diferencia de los sexos. Cuando les digo que no hay relación sexual, no dije que los sexos se confundan, ¡muy lejos de eso!". (Lacan, 1973) De esta manera, lo que está en juego en el mandamiento es el intento de la cultura por borrar lo real de las diferencias sexuadas, a partir de la ilusión de igualdades. Lo que quedó excluido con el mandamiento es una sentencia cultural que sería inherente a lo humano: que sí hay la diferenciación sexual. Yal sentencia tendría pro lo menos dos destinos: o que habría que borrar la diferencia con un amor unificante, modalidad planteada por el mandamiento de la cultura; o que justamente por sostener lo real de la diferencia como un imposible de borrar se pueda escribir la lógica estructurante del no hay relación sexual.

c) Finalmente en El Seminario XXII, de 1974-1975 Lacan alcanzó una versión diferente del malestar en la cultura. En la clase 10 afirmó: "el amor es odioenamoramamiento, hainamoration. No se trata, ciertamente de que dado el caso el amor son se preocupe lo mínimo por el bien-estar del otro, pero está claro que no lo hace más que hasta un cierto límite para el que hasta hoy no he encontrado nada mejor que el nudo de borromeo para representarlo, a este límite". Es interesante situar que en este límite escrito en el nudo de borromeo, Lacan encontró que el RSI del amor real (ya no sólo imaginario o simbólico) se entrelazaría con el odio, pero por fuera de la tensión narcisista. No sólo amor-odio son el mismo real contorsionado en su devenir topológico

de Moebius, sino que y fundamentalmente, tendría un límite en el anclaje anudante del objeto a como plus-de-goce, que economiza la relación entre los goces y el sentido. Sería el a-mor en el lugar del objeto a como a -muro real, que presentifica la castración entre Uno y Otro. Un poco más adelante agregó: “hay que dar un paso más, sin el cual no se comprende nada en el lazo de esta castración con la interdicción del incesto: esto es ver que el lazo es lo que yo llamo la no-relación sexual”. (Lacan, 1975) De esta forma, Lacan pudo ubicar que la irresoluble diferenciación sexuada implícita en el no-hay relación sexual sería el lazo que articula castración con interdicción del incesto siempre que el odioenamoramamiento sea objeto a capaz de anudar goce fálico, con goce del Otro y sentido. Se trataría de una versión diferente del malestar en la cultura: lo real del amor como el límite que no borra la diferenciación sexuada de la relación sexual que no hay, y que entrelaza la castración con la interdicción como instancia fundante del malestar en la cultura.

- **El malestar en la cultura en la actualidad.**

Es posible partir de una pregunta importante: ¿Cómo pensar el malestar en la cultura en el siglo XXI? Una referencia orientadora es la que aportan Jacques-Alain Miller junto con Eric Laurent en el seminario titulado “El Otro que no existe y sus comités de ética” (2005), en el contexto de una reinterpretación de la civilización actual que ya no se definiría como “freudiana” sino como “lacaniana”. Civilización freudiana es para los autores aquella definida por Freud en su texto “El malestar en la cultura” en el año 1930, donde la renuncia a la satisfacción pulsional como imposición de la cultura lleva la marca del “nombre del padre”, es decir, la ley del incesto de “Totem y tabú” como símbolo del pasaje naturaleza/cultura, una ley de carácter universal (“para todos”), que tiene como corolario la prohibición bajo el peso del Ideal. La época lacaniana, en cambio, sería la que introduce Lacan a partir de su Seminario sobre “Los Nombres del Padre”, gracias al cambio de paradigma que impone la invención del objeto a y la orientación de la experiencia analítica por “lo real del goce”, donde la “pluralización de los Nombres del Padre” permite definir a la época ya no regida por un ideal único y universal

sino, más bien, por una serie de nombres indistintos que dan cuenta de la “inexistencia del Otro”. Este postulado quiere decir que el Otro de la Ley ya no es garantía última de lo simbólico, sino un semblante más entre otros, que se escribe con el matema S(

l). Como dice

verdaderamente lo que llamaremos la época lacaniana del Psicoanálisis (que es la nuestra) la época de los desengañados, la época de la errancia”. (p. 11) Para Miller la crisis de la civilización actual, su malestar, es “una crisis de lo real” en la medida que el hombre queda desorientado frente a la proliferación de los semblantes que no logran cubrir lo real y lo enfrentan irremediablemente a la angustia, bajo la cara de los síntomas paradigmáticos de la época: la depresión y la adicción generalizada.

Por ello podemos decir que tenemos un nuevo Otro en el campo, uno que no habíamos tenido antes, que pide tratamientos más rápidos, menos costosos, enteramente predecibles y cuya terminación y duración pueden ser anticipados. Con esto también estamos frente a un nuevo tipo de demandas. Es así de la manera que Miller (2005) plantea que “antes teníamos a un individuo solicitándonos tratamiento. Ahora tenemos un Otro colectivo, generalizado, que demanda”.

Es así como la civilización del siglo XXI, tecno-científica y capitalista, muestra una influencia totalitaria a partir de lo que conocemos como “globalización”, movimiento que promueve la hegemonía de “lo homogéneo”, donde existe un “todos iguales” pero al precio silencioso de una segregación masiva, donde existen “excepciones”. Sabemos que Freud anticipó algo de este cambio de época a partir de por ejemplo en “El malestar en la cultura”, al final del apartado V, con las sutiles referencias a la “intolerancia” religiosa (cristina y judía) e ideológica (comunismo/capitalismo). (Freud, 1930, p. 111)

Pero es Lacan quien sitúa este giro del malestar en un texto testigo de sus primeros pasos por el Psicoanálisis freudiano, La Familia (1938), donde ubica la “declinación de la imago paterna”. Dice Lacan: “Declinación condicionada por el retorno al individuo de efectos extremos del progreso social, declinación que se observa principalmente en la actualidad en las colectividades más alteradas por estos efectos: concentración económica, catástrofes políticas. Declinación más íntimamente ligada a la dialéctica de la

familia conyugal, ya que se opera a través del crecimiento relativo, muy sensible por ejemplo en la vida norteamericana, de las exigencias matrimoniales”. (Lacan, 1938, p. 93)

Para Lacan, en vísperas de la segunda guerra mundial, la neurosis dominantes al final del siglo XIX han evolucionado en una nueva neurosis caracterial, “la neurosis contemporánea”, cuyo resorte es la carencia de padre cuya personalidad “está ausente, humillada, dividida o postiza”. Notemos entonces, como lo recuerda Laurent, que más allá de la formalización lacaniana del Edipo freudiano en lo que ha sido la metáfora paterna y el significante del Nombre del Padre como razón del orden simbólico, Lacan extrae las consecuencias de la declinación del padre a mediados del siglo XX y demuestra su pluralización y su condición de semblante, a partir del estudio de la angustia freudiana, del establecimiento de los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis y de la circulación del goce en los cuatro discursos como modos posibles de lazo social. También Lacan anuncia las consecuencias de lo que en los años 70 da en llamar el “discurso capitalista” como variante del discurso del amo actual, en la Proposición del 9 de octubre de 1967, en oportunidad de establecer los fundamentos del psicoanalista de la Escuela: “Nuestro porvenir de mercados comunes será balanceado por la extensión cada vez más dura de los procesos de segregación.” (Lacan, 1967, p. 276)

Es posible decir que la gran neurosis contemporánea, la que corresponde al siglo XXI, está determinada íntimamente por “la inexistencia del Otro” y ello tiene como consecuencia para el sujeto la condena de la búsqueda frenética del objeto plus de gozar.

Cuando Miller se pregunta cómo definir a la civilización actual su respuesta apunta a demostrar que el “impasse lacaniano” ha reemplazado al “malestar de la cultura” freudiana: “Digamos que es un sistema de distribución de goce a partir de semblantes. En la perspectiva analítica, en la perspectiva del superyó, una civilización es un modo de goce, incluso un modo común de goce, una repartición sistematizada de los medios y las maneras de gozar” (Miller, 2005, p. 18). Es cierto que en la tesis freudiana del malestar ya estaba en germen la cuestión económica del malestar psíquico. Cuando Freud aborda en el apartado VIII “las vicisitudes del superyó en el neurótico”, enlaza la cultura al surgimiento de la “conciencia moral” pero de un

modo sumamente contradictorio. Dice Freud: “la renuncia de lo pulsional crea la conciencia moral, que después reclama más y más renuncia”. (Freud, 1930, p. 124) Es decir, lo que el sujeto integra como mandamientos de la conciencia moral no es sin un arreglo paradójico que se plasma en el sentimiento inconsciente de culpa y en la necesidad de castigo, pilares del “problema económico del masoquismo”. Pero Freud encuentra que dicho malestar en tanto renuncia a la satisfacción pulsional tiene salidas, tiene recursos, aquellos que enumera y amplía en el capítulo II, como “defensas frente al sufrimiento”: los tóxicos, la sublimación, la religión, el amor, la belleza y la neurosis misma.

Sin embargo, en la época lacaniana, las salidas se presentan en términos de impasse, es decir, de punto muerto o situación sin salida. Según Miller, la época lacaniana define al superyó de un modo diferente: “el superyó freudiano produjo cosas como lo prohibido, el deber, hasta la culpabilidad, que son términos que hacen existir al Otro, son los semblantes del Otro, suponen Otro. El superyó lacaniano, que Lacan despejó en el Seminario Aun, produce un imperativo distinto: ¡Goza! Este es el superyó de nuestra civilización”. (Miller, 2005, p. 19)

Es así como el nuevo régimen de la civilización contemporánea ya no lleva la marca de la represión, en tanto prohibición a la satisfacción pulsional, sino la “exigencia a gozar” aunque sea al precio mortífero de un “más allá del principio del placer”. Tal es la profecía enunciada por el propio Lacan en 1974, en Radiofonía: “Bastaría el ascenso al cenit social del objeto llamado por mí a minúscula, por el efecto de angustia que provoca el vaciamiento a partir del cual nuestro discurso lo produce, al fallar su producción. Se vuelve evidente para nosotros porque, cuando ya no se sabe a qué santo encomendarse, se compra cualquier cosa, un coche en particular, con el que hacer signo de inteligencia, si se puede decir, de su aburrimiento, es decir, del afecto del deseo de Otra-cosa”. (Lacan, 1974, p. 436) Ya no hay entonces un significante amo que ordene, que prohíba, que reglamente la satisfacción y las buenas costumbres; más bien, en el lugar dominante o “brújula de la civilización de hoy” tenemos el objeto a, en tanto “plus de goce”, objeto que taponar la pérdida y nos invita al consumo sin límites. Podemos decir entonces que la sociedad que se enmarca en el siglo XXI ya

es no es la sociedad de la prohibición, de la interdicción. Más bien, somos testigos de una sociedad que ha mutado en una "sociedad permisiva", la cual ha levantado la barrera de la represión para dejar entrever la verdad sin velos de la estructura agujerada del goce, del goce superyóico que instala el slogan de "puedes gozar como quieras" al precio de convertir el permiso en una exigencia.

En este contexto es que podemos decir que la salud mental diagnóstica: la depresión se generaliza, la ansiedad se apodera de todos, la adicción como un fenómeno sistémico, la angustia late en cada estallido, por lo cual se requiere cada vez más del uso cotidiano del fármaco y alternativas que estabilicen. Aquellos que proceden por medio de los manuales psiquiátricos y sus lineamientos entienden que a cada trastorno le cabe su correspondiente procedimiento terapéutico, en donde el remedio debe ser breve y rápido, fácilmente aplicable. La sociedad contemporánea presenta hoy una multiplicidad de ofertas terapéuticas que en nombre de una mayor eficacia y de menores costos, se ofrecen como alternativas al Psicoanálisis, prometiendo una rápida solución de problemas, al mismo tiempo que amenazan el espacio de la singularidad subjetiva. Las terapias de la TCC en sus distintas variantes se dicen más efectivas para trabajar en tiempos breves, o para resolver problemas sociales o vinculares. Los sistemas prepagos o de obras sociales rechazan cada vez más la práctica del Psicoanálisis en nombre de la reducción de tiempos y costos e imponen nuevas condiciones a la práctica. La "prisa norteamericana", como la llamaba Freud, se vuelve cada vez más, un imperativo de la época. Las terapias de la eficiencia en donde el protagonismo lo tienen las Terapias Cognitivo-Conductuales, hacen gala de una serie de técnicas con una clara mecánica conductual, con secuencias que combinan cuestionarios, indicaciones, patrones de comportamientos, tareas, todo "perfectamente" estandarizadas, regido por "protocolos" validados en los laboratorios, con la espera de resultados eficientes y eficaces, que responden al discurso imperante de la sociedad.

Así, desde el Psicoanálisis se tornaría necesario seguir los cambios y los nuevos nombres que surgen en las clasificaciones de la clínica psiquiátrica con sus técnicas psicoterapéuticas asociadas. Ante el avance de una clínica del trastorno y el funcionamiento, que excluye la dimensión subjetiva del síntoma, resulta imperioso

estar siempre dispuesto a dar una respuesta ante los nuevos nombres de las clínica psiquiátrica: Ataque de pánico, Trastorno por Estrés Post Traumático, TOC, Anorexia, Bulimia, etc. De esta forma, nos podemos ubicar ante estas problemáticas y brindar una alternativa a las ofertas que se hacen desde el consolidado mercado de la salud mental. En definitiva, se trataría de una propuesta diferente a la medicalización y a la estandarización de la clínica.

F) La ética del Psicoanálisis.

La época, tal como la venimos planteando, oferta una multiplicidad de terapéuticas ligadas a lo asistencial, cuyos ideales de científicidad eluden lo que para el Psicoanálisis de orientación lacaniana, resulta el meollo del asunto. El interés por los efectos terapéuticos del Psicoanálisis no es nuevo, pero en nuestra época ha renovado su actualidad frente a las exigencias, cada vez mayores, de dar cuenta de los resultados de la práctica y de responder a las críticas que desde algunos sectores cuestionan la eficacia terapéutica del Psicoanálisis sosteniendo que se trata de pura especulación. (Rubistein, 2012)

El Psicoanálisis ha extendido su campo de acción en diversas instituciones, donde hay requisitos predisponentes, criterios propios que corresponden al funcionamiento de las instituciones mismas. Uno de ellos tiene que ver con el factor “tiempo”, ya que el encuadre mismo de las instituciones donde se trabaja supone desde el inicio limitaciones temporales como podemos ver (cuatro o seis meses de tratamiento) y por lo general la gratuidad es la otra característica destacada, colisionando con aquellas recomendaciones hechas por Freud. Se presenta de esta manera otro problema: ¿Cómo hacer funcionar el Psicoanálisis y cómo entender qué sucede cuando el marco de aplicación impone una duración preestablecida para la atención? O, desde otro punto de vista, es posible preguntarnos ¿qué es lo terapéutico en Psicoanálisis?

Considerando que aquello que orienta la intervención sobre el padecimiento subjetivo resulta solidario de los efectos que se registran en la experiencia, los psicoanalistas han iniciado un movimiento que da cuenta de los

efectos terapéuticos que se suscitan en un tratamiento psicoanalítico. En este caso, lo terapéutico se decanta por añadidura a otro elemento que otorga especificidad a la intervención psicoanalítica. Se trata, en efecto, de la condición fundamental tanto de la interpretación como de la transferencia; lo que ha sido conceptualizado por Lacan como deseo del analista. Este concepto, que encuentra su antecedente en las indicaciones freudianas acerca de la neutralidad y la abstinencia, es indisociable de la ética propia del Psicoanálisis. El Psicoanálisis responde a las nuevas disposiciones históricas, con un retorno a la dignidad del sujeto y su verdad; apuntando que más acá de lo ficcional discurre un sujeto deseante; que el ruiseñor que canta en este árbol es uno y único, pero que también es el ruiseñor que expresa el canto de una categoría estallada. De las ficciones que estructuran la realidad y de la realidad relativizada en esa multiplicidad, se decanta lo real como dirección genuina en el encuentro del sujeto con su determinación. Cabe preguntarnos entonces acerca de cómo abordar desde el Psicoanálisis al síntoma, y qué articulaciones son posibles establecer entre el Psicoanálisis y la institución. Es decir, teniendo en cuenta se trata de la aplicación del Psicoanálisis, una práctica con una legalidad propia y principios en una institución que además de una regulación interna, se encuentra atravesada por las reglamentaciones externas vigentes en torno a políticas públicas en salud mental. A diferencia de las políticas en salud en general y salud mental en particular que atraviesa la institución y que busca reducir y suprimir el malestar, la práctica analítica en la época del "Otro que no existe" intenta reintroducir al sujeto en relación al Otro, apuntando a establecer una modificación en la posición subjetiva, en el sentido de la caída de ciertas identificaciones que comandan la vida del sujeto y en torno a la asunción de cierta responsabilidad en relación a su goce. En las entrevistas preliminares las transformaciones en la demanda se encuentran en la dirección de alcanzar la rectificación de las relaciones del sujeto con lo real, es decir, la rectificación subjetiva que apunta a cuestionar la posición del sujeto en tanto yo; la implicación del sujeto en su mensaje; suponiendo por ello el pasaje de la queja, a un mensaje que tiene valor para Otro y la implicación del sujeto en la causa del síntoma, en la que el analista desde su posición idéntica al objeto a, se presenta para el sujeto como causa de su deseo. (Napolitano, 1999) Entonces, el Psicoanálisis

encuentra su lugar en la institución, en donde hay un entrecruzamiento de éticas y discursos, a partir de la invención de un dispositivo que opere sin desconocer las reglamentaciones institucionales al mismo tiempo que sin dejarse atrapar en ellas, responde por la ética del acto analítico.

Tal como afirmara J-A Miller, “de modo que para ubicar de aquí en más el Psicoanálisis en su justo lugar, debemos desplazarlo a ese espacio de tensión, emoción y reflexión entre semblante y real. ¿Cómo entenderemos hoy la frase (o el witz), de Lacan "podemos prescindir del Nombre del Padre con la condición de servirnos de él", que hace algún tiempo subrayó Eric Laurent? Quizá de este modo: podemos prescindir del Nombre del Padre como real con la condición de servirnos de él como semblante. El Psicoanálisis mismo es eso, en la medida en que el psicoanalista entra en la operación que dirige en calidad (o en lugar de), semblante y se ofrece como la causa del deseo del analizante para permitirle producir los significantes que organizaron sus identificaciones”. (Miller, 2005, p. 12)

Como se mencionó previamente, en el presente trabajo se tuvo en cuenta la clínica novedosa que presenta la demanda no seleccionada y la necesidad de estudiar estrategias específicas de intervención orientadas desde el Psicoanálisis aplicado. De ello podría plantearse que, si como señala Miller el lugar como tal pre-interpretado, sería preciso considerar aquello que comporta el lugar en cuestión, en tanto se prescribe lo que allí se puede hacer y decir. Entonces, se podría comenzar la discusión partiendo de una interrogación que se abre de lo que se viene trabajando, acerca de la posibilidad de articulación entre Psicoanálisis e institución pública (y la posible manera de inserción del Psicoanálisis e intervención del mismo en el dispositivo) por un lado, y Psicoanálisis y Salud Mental, por el otro. Articulaciones que necesariamente nos posibilitan plantear ciertas preguntas: en primer lugar, ¿cómo pensar la posición del analista frente al entramado discursivo que atraviesa su práctica en una institución pública? Y en segundo lugar, ¿de qué manera pensar a la salud mental desde el Psicoanálisis? De igual modo añadiéndose a estos interrogantes, hay ciertas recurrencias en lo trabajado que permiten plantear puntos a tener en cuenta, a saber, como son ciertos temas importantes como la ética desde donde se lleva a cabo un tratamiento, la llamada “demanda de felicidad” y cómo actuar

ante este pedido en particular, la transferencia con la que se llega a la consulta y la que se puede establecer en otras coordenadas, los nuevos síntomas y las presentaciones de los mismos, entre otros.

Es cierto que quien llega a la consulta, cuando de una institución pública se trata, lo hace bajo cierta transferencia a la institución sobretodo como es posible ver en las consultas que se han presenciado. Nada sabe, en la mayoría de los casos, acerca de quién lo recibirá, quién lo atenderá. Sino que a lo sumo puede decir el sujeto que será atendido en el Servicio de Salud Mental. Desde nuestro lado, con la oferta de la escucha, se propiciaría que el sujeto hable. En este punto las preguntas que nos guían son: ¿qué dice?, ¿qué dice de lo que lo aqueja?, ¿qué dice de lo que lo lleva a consultar?, ¿por qué consulta?, ¿por qué dice lo que dice ahora y no ayer, hace días, meses, años o tal vez mañana?, ¿qué precipita su consulta en este momento en particular?, ¿de qué manera dice lo que dice? Sin embargo, cabe aclarar que resultan interrogantes que, por cierto, no serán, en muchos casos, asequibles a ser respondidos por el sujeto. Será nuestra tarea a quien nos tocará poder leer en lo que dice, algo de estas preguntas, aunque no siempre sea posible en una sola entrevista.

No obstante, cuando estamos hablando de la institución pública se podría decir que ésta se halla atravesada por el entrecruzamiento de diferentes discursos. Discurso médico y capitalista se puede ver como se entraman aquí. El discurso médico encarnaría el ideal de homeostasis “psico-físico-social”, es decir, cierta restitución del estado anterior de salud, perdido. Desde este lado, el sujeto resultaría ajeno a la responsabilidad subjetiva por su padecimiento. El saber queda por completo del lado del médico, obturando preguntas en relación al cuerpo que habla y goza en el síntoma. Por este entrecruzamiento discursivo se hallaría atravesada la institución, y de ahí lo subversivo que encarna el discurso analítico.

Es un hecho que la salud mental no es un concepto psicoanalítico, sino que se trata de un concepto y campo que conviene problematizar en el contexto actual. Para pensar acerca del campo de la salud mental, es de importancia tomar en este momento como punto de partida la definición positiva de salud que define la Organización Mundial de la Salud que hemos definido previamente como: “... un estado de completo

bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948). Rescatando el debate referido a la definición de salud de la OMS en el momento de su creación, debate ya sostenido durante el devenir de los años así como también desde diferentes perspectivas y autores, es posible decir que la salud mental es, entonces, inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psi-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo. Se podría suponer que puede leerse en esta definición lo que podría entenderse como salud mental, en tanto la salud entendida en estos términos propone un equilibrio que incluye como parte integradora a “lo mental”. De esta manera se puede ver cómo la definición de Salud Mental de la OMS en términos de promoción del bienestar y de prevención de los trastornos mentales extiende su acción a todos, sin distinción. Se podría suponer que la salud como fue anteriormente definida, funcionaría como un ideal, asociándose con la armonía que, como tal, no sólo es efímera y fugaz sino que no se corresponde con el funcionamiento del aparato psíquico según lo propone el Psicoanálisis, ya desde los tiempos de Freud.

Así como la salud se define, desde la salud pública, como bienestar posible y además completo, desde el Psicoanálisis, Lacan lo plantea al síntoma, en este punto “... como aquello que se pone en cruz para impedir que las cosas anden”. (Lacan, 1974, p. 84) Ahora bien, surge el interrogante de cómo operar con el síntoma. La posibilidad del pasaje del síntoma en sentido patológico (“la enfermedad en sentido práctico” como la llamaba Freud) al síntoma analítico, reinstala al sujeto en un discurso que intenta dejar atrás la demanda de restablecimiento de la homeostasis perdida. Pensar al Psicoanálisis como un nuevo lazo social inventado por Freud a comienzos del siglo XX, permite pensar un tratamiento distinto del síntoma: hacer pasar al síntoma por la palabra.

La referencia al “bienestar” del que se viene hablando en este recorrido, no sería más que una reducción de la virtud preconizada anteriormente a un higienismo que se pretende científico. Esto se puede ver a partir de algunas palabras extraídas del Primer Congreso Europeo de Psicoanálisis, que plantea la cuestión de si la

salud mental existe. Allí donde la mayor parte de la sociedad actual intentaría estandarizar el deseo para que el sujeto marche al paso de los ideales comunes, el Psicoanálisis sostiene una reivindicación del derecho al “no como todo el mundo” (Miller, 2011, p.36) En muchas situaciones el ideal de nuestra época se reduce a un ideal de funcionamiento eficaz. Las instituciones mantienen un discurso que apela a la norma, al orden, en un intento por acallar el malestar, por mantenerlo al filo de su expresión. Y, sin embargo, las normas fallan. Es lo que encontramos cuando Freud (1930) menciona que cuanto más se intenta poner un límite a ciertas satisfacciones, cuanto mayor es la opresión que ejerce una sociedad sobre los individuos que la integran, mayor es la transgresión que ella provoca. “El malestar en la cultura” como hemos visto es una conceptualización acuñada por Freud, mostrando que tal malestar corresponde a un problema de estructura atinente a la constitución humano, del ser hablante dirá Lacan. Es así que podríamos decir que toma diferentes vestiduras, velos o disfraces, pero a poco andar se descubre el retorno de lo mismo a pesar de la apariencia. Debemos considerar que el malestar persiste y hace de cualquier modo que se hable de él, que retorne, ya que el retorno está inscripto en la estructura. Sin embargo, lo que sí podemos encontrar son diferentes síntomas.

En Freud, uno de los modos en que aparece esta noción de bienestar es en relación a la idea de felicidad que aparece en el texto freudiano que tituló como “*El malestar en la cultura*” (1930), en donde se interroga: ¿qué es lo que los seres humanos mismos dejan discernir por su conducta, como fin y propósito de su vida? ¿Qué es lo que exigen de ella, lo que en ella quieren alcanzar? No es difícil acertar con la respuesta: quieren alcanzar la dicha, conseguir la felicidad y mantenerla (p. 76) Por lo tanto, la felicidad es lo que los hombres esperan y han esperado en todo momento encontrar en su vida. Pero he aquí otra cuestión ¿es posible que la felicidad perdure? Ya lo había dicho Freud en este texto, y pensamos que ésta sólo es posible por momentos, y la armonía creada en esos momentos de felicidad del sujeto se quiebra al encontrarse otra vez con su síntoma. Entonces, podríamos decir que el síntoma es el responsable de romper con la ilusión de una “salud mental completa”, en tanto quiebra con la ilusión de unidad de una salud alcanzable.

Entonces en esta posición subversiva que le atribuimos al Psicoanálisis, es que en este recorrido conceptual que se está realizando para poder plantear cómo el Psicoanálisis se posicionaría en las instituciones de salud, aclaramos, no obstante, la distinción ética que aleja al Psicoanálisis de una función de normalización o adaptación, en tanto y en cuanto apunta de manera radical a la dimensión subjetiva. Jacques Lacan (1959) ha afirmado que “promover en la ordenanza del análisis la normalización psicológica incluye lo que podemos llamar una moralización racionalizante” (p.360). En otro sentido, advierte acerca de los riesgos que supone “un error del analista, aunque solo fuese el de querer demasiado el bien del paciente, cuyo peligro ha denunciado muchas veces Freud mismo” (Lacan, 1951, p. 219). El Psicoanálisis, se puede decir que se sostiene en una ética del deseo, y al hablar de ello, se abandona el terreno antinómico del bien y del mal. El deseo como tal excede esta lógica desde la cual se sostendrían otras prácticas psicológicas. En el Seminario 8, Lacan se refiere a Alcibíades como el hombre del deseo diciendo: “Alcibíades no dice es por mi bien o por mi mal, por lo que quiero eso que no es comparable con nada y que se encuentra en ti agalma. Dice lo quiero porque lo quiero, sea mi bien o sea mi mal”. (Lacan, 1960, p.185)

Sin embargo, opuesto a esta lógica del deseo, otras corrientes psicológicas se sostienen en lo que se lo podría llamar como lógicas del bien. Mazzuca en *Psiquiatría y Psicoanálisis, encuentros y desencuentros* (2002), define a estas lógicas de la siguiente manera: “En estas éticas de bienes la cuestión de la felicidad, del bienestar, está siempre presente ya que funciona la hipótesis de que hay siempre una articulación entre el bien y el bienestar, suponiendo que el sujeto que procede en su conducta guiándose por esta ética, es decir orientándola hacia el bien, obtiene el bienestar, consigue la felicidad”. (Mazzuca, 2002, p. 17)

Por el contrario, en el Psicoanálisis no existe la promesa de la felicidad, no hay garantías de ella en aquellos sujetos que se ponen a andar por el camino del deseo. Es en este sentido que Lacan lo dice de la siguiente manera: “incluso para quien avanza hasta el extremo de su deseo, todo no es rosa”. (1959, p. 384) Sin embargo, sería necesario aclarar que la asunción de una ética subjetiva por la vía del deseo como es el caso del que plantea el Psicoanálisis, no impide la consideración del levantamiento de los síntomas del paciente.

III. LA EXTENSIÓN DEL PSICOANÁLISIS: INTERROGANTES DE INVESTIGACIÓN.

- **Psicoanálisis Aplicado en la Institución de Salud Pública.**

Como hemos ido mencionando hasta este momento, uno de los ejes que atraviesan la presente tesis doctoral tiene que ver con la inserción del Psicoanálisis en las instituciones de salud y su consecuente articulación con las estrategias terapéuticas. Podemos retomar que el Psicoanálisis en la institución pública es una cuestión que concierne al tema del Psicoanálisis aplicado a la terapéutica. Se trata como es sabido, de su diferencia con la psicoterapia, es decir con otras formas de tratamiento del síntoma por la palabra. Si bien el Psicoanálisis comparte con algunas psicoterapias el uso de la palabra como instrumento en la cura, la diferencia no reside en la duración del tratamiento o el tiempo de la sesión. Lo que marca la separación con otras terapias de la palabra es la dirección de la cura, es decir, la manera como, en nuestro caso, el analista dirige, no al paciente, sino el tratamiento, especialmente en relación a la transferencia, la interpretación y el deseo del psicoanalista. Se puede decir que las psicoterapias agrupan las prácticas más variadas; unas tienen como finalidad rectificar el yo consciente de los sujetos y devolverlos a las normas sociales; otras buscan dominar las emociones para evitar los desbordes y se dedican a enseñar habilidades sociales y de conducta. El discurso médico, por otro lado, promete la cura por medio del fármaco. En suma, existe un sinnúmero de técnicas terapéuticas y ofertas de tratamiento, que pasan por la sugestión, la educación, la gimnasia, la manipulación, técnicas de autoayuda, grupos de apoyo, políticas de laboratorios y otras, que en definitiva evidencian técnicas cada vez más variadas y numerosas ofertadas a los sujetos y demandadas con la esperanza de conseguir algún consuelo o remedio para cada padecimiento.

El Psicoanálisis aplicado a la terapéutica, nos conduce a la necesidad de especificar qué entendemos por terapéutica en Psicoanálisis. Si bien, tanto Freud como Lacan, se orientan más allá de la búsqueda de efectos terapéuticos, para ambos el Psicoanálisis es una terapéutica. Freud, a partir de su descubrimiento del

inconsciente, crea el Psicoanálisis como un método para tratar a sus pacientes, cuyos síntomas eran el resultado de sus determinaciones inconscientes. Mientras que para otras psicoterapias lo terapéutico sería devolverle al sujeto enfermo la salud mental, desde el Psicoanálisis se sabe que no hay tal salud mental, que el ser humano padece de “lo incurable”, de aquello que no marcha, de un goce que lo invade o lo mortifica, que Freud llamó “castración” y que Lacan llamó “no hay relación sexual”. Hay incurable. Para Freud “restos sintomáticos”, para Lacan “inadecuación radical”, por lo tanto, los efectos terapéuticos siempre serán relativos. Allí donde el paciente se presenta desde sus inhibiciones sus síntomas o sus angustias, sabemos que lo que se oculta es su modo singular de goce, que allí donde cree padecer, se oculta una satisfacción de la cual nada sabe ni quiere saber.

Desde las primeras entrevistas, orientamos la intervención a fin de conducir al sujeto a la obtención de algún grado de saber sobre su posición de goce, y, simultáneamente, al encuentro de su deseo, del deseo que mejor se articule a su modalidad de satisfacción pulsional, y que, al cabo de su recorrido, le permitirá obtener un “saber hacer”, y así transformar el “padecimiento neurótico en sufrimiento cotidiano”.

Ahora bien, las condiciones históricas abordadas nos han mostrado que se han abierto en los últimos tiempos una serie de interrogantes que atraviesan y movilizan al Psicoanálisis en su cuerpo teórico y en sus condiciones de aplicación. El desafío de constituirse como práctica social o recluirse en una suerte de práctica marginal, tal como ha sucedido en varios países en los que el consumo de psicofármacos (engranaje óptimo para las modalidades contemporáneas de goce) ha ocluido toda posibilidad de emergencia subjetiva. El encuadre mismo de algunas instituciones supone desde el inicio limitaciones temporales y por lo general la gratuidad es la otra característica destacada, colisionando con aquellas recomendaciones hechas por Freud. Se presenta entonces otro problema: ¿Cómo hacer funcionar el Psicoanálisis?, ¿Cómo entender qué sucede cuando el marco de aplicación impone una duración preestablecida para la atención? El punto de partida psicoanalítico al malestar contemporáneo remite entonces a una ética, a una posición, al sostenimiento de una escucha que se oponga a las soluciones mecanicistas o conductistas, o que contribuyen al aplacamiento

subjetivo, trasladando al sujeto la responsabilidad de elegir su destino. Como afirma Rubinstein (2005) “el Psicoanálisis enfrenta hoy, igual que en sus inicios, el desafío de tener que dar cuenta de sus resultados sin ceder en sus principios”.

En cuanto a las variaciones de la cura es posible determinar que hoy se enlazan a los distintos nombres de la época que inciden en la forma que toma la demanda actual al psicólogo, analista o médico. Esta demanda sugiere a aquel que sigue los principios del Psicoanálisis como hemos dicho previamente, cierta ductilidad, una docilidad para no retroceder ante el modo cada vez más solitario de la satisfacción humana. ¿Cual es la condición indispensable que debe mantener el Psicoanálisis más allá de las variaciones que pueda presentar su clínica hoy? En este sentido es que la experiencia que en él comporta además de sus efectos terapéuticos, es necesario que mantenga su dimensión ética, donde la acción del analista se corresponda con el estatuto ético del inconsciente. (Laurent, 2008) Esa acción se orienta al acto en tanto el analista dirige la cura sin prescribir y sin dar preceptos sino, más bien, ejerciendo un “decir silencioso” (Laurent, 2000, p. 115-118) para que el sujeto sea quien decida, pues en la experiencia es quien está “llamado a renacer para saber si quiere lo que desea”. (Lacan, 1960, p. 649)

No podemos dejar de reconocer que tanto Freud como Lacan no vacilaron en hablar de cura psicoanalítica, cura en la que entonces el efecto terapéutico se inscribe necesariamente en un horizonte más amplio. En este sentido, es que el Psicoanálisis, afirmó Lacan, “no es una terapia como las demás” (Lacan, 1955) y acentuó que la cura es un “beneficio por añadidura”. (Lacan, 1955) Se podría ver como a partir de esa declaración, Lacan, precisa, por un lado, que el Psicoanálisis tiene un valor terapéutico, dimensión abierta por Freud desde sus primeros casos de histeria; por otro lado, se diferencia de otras prácticas terapéuticas por el uso degradado de la experiencia y la falta de rigor en su práctica.

Por consiguiente, desde donde se propone una política de salud pública y salud mental como se ve en la actualidad, cabría decir, por un lado, como lo plantea desde el campo del Psicoanálisis de orientación lacaniana J-A. Miller, que no hay otra definición para la salud mental que la referencia al orden público, y en

función a esto, por otro lado, intentar responder a la pregunta que se plantea el autor (2005): ¿Cómo encontrar la brújula para situar la clínica analítica, el discurso del analista, su posición frente a nuestro Otro, la sociedad? En este camino es posible también formularse: ¿Qué es lo que cambia en el contexto socio-cultural actual? Considerando los trabajos psicoanalíticos sobre el tema, en los que cobra especial relevancia la inserción del Psicoanálisis en la oferta social, adquiere un valor significativo el análisis del contexto de la época en la que el Otro, como sistema de normas, referencias identificatorias, roles y garantías que ofrece la sociedad se ha ido progresivamente desvaneciendo y resultando en una fragmentación que da lugar a ficciones múltiples que sólo transitoriamente otorgan estabilidad al mantenimiento del lazo social. Este contexto adquiere especial relieve en la presentación de la demanda terapéutica, así como en su extensión condicionada por el valor que ha alcanzado el recurso a la palabra y la comunicación.

Por lo tanto, creemos pertinente la diferenciación entre efectos terapéuticos y las psicoterapias breves. Rubistein haciendo referencia a los efectos terapéuticos en las instituciones asistenciales nos dice: “Hay efectos analíticos, como la entrada en la transferencia o la puesta en forma de un síntoma, que sólo por trazar un camino de trabajo con una expectativa de reducción del padecimiento, constituye un alivio terapéutico. Otras veces se encuentran efectos terapéuticos rápidos articulados a alguna intervención del analista. Pero en todos los casos lo terapéutico del Psicoanálisis no responde de un modo simple a la sugestión o a la reeducación del paciente. Sus efectos son laterales, por añadidura.” (Rubistein, 2009. p. 152) Freud mismo no se conforma con la eliminación del síntoma sino que apunta a las causas de su producción. Así, nos dice: “para el profano son los síntomas los que constituyen la esencia de la enfermedad y por lo tanto la considerará curada en el momento en que los mismos desaparecen. En cambio, el médico establece una precisa distinción entre ambos conceptos y pretende que la desaparición de los síntomas no significa la curación de la enfermedad; más como lo que de ésta queda después de dicha desaparición está tan sólo la facultad de formar nuevos síntomas.” (Freud, 1916, p. 326)

La preocupación por los resultados del Psicoanálisis ha estado presente desde Freud, quien sostuvo la

dimensión terapéutica del Psicoanálisis a condición de no reducirlo a ésta. Lo expresa de la siguiente forma: "sólo quiero prevenir que la terapia mate a la ciencia". (Freud, 1926, p. 238) De este modo, Freud distinguía dos incumbencias del Psicoanálisis: la terapéutica, y las incumbencias teóricas y sociales para el conocimiento científico en general. Esto lleva a ver cómo a lo largo de la obra del padre del Psicoanálisis, la preocupación freudiana por los efectos terapéuticos cobra especial importancia porque conduce a nuevas hipótesis y tiene implicancias teóricas.

Entonces, el reconocimiento debe estar puesto en la cuestión ética, en tanto tal como la entiende Freud, soporta el lugar que el analista toma en la cura, e implica la exclusión del deseo de sanar. Sin embargo, la terapia psicoanalítica no excluye los efectos terapéuticos sino que los obtiene por una vía diferente: son efecto de la posición del analista y de cómo éste entiende la dirección de la cura.

Consideramos que los debates acerca del abordaje psicoanalítico en relación a los efectos, alcances, límites y condiciones de su posibilidad en Instituciones son intrínsecos al Psicoanálisis mismo. El Psicoanálisis es el nombre: 1º De un método para la investigación de procesos anímicos capaces inaccesibles de otro modo. 2º De un método terapéutico de perturbaciones neuróticas basado en tal investigación; y 3º De una serie de conocimientos, que van constituyendo paulatinamente una nueva disciplina científica". (Freud, 1923 p. 231)

No obstante, Freud no ha dejado de manifestar su preocupación por los fines de la terapia analítica. En 1918, en su Conferencia "Nuevos Caminos de la psicoterapia analítica" constatamos que no se conformaba con los efectos terapéuticos de la cura: "Por cruel que suene, debemos cuidar que el padecer del enfermo no termine prematuramente en una medida decisiva. Si la descompensación y la desvalorización de los síntomas lo han mitigado, debemos erigirlo en alguna otra parte bajo la forma de una privación sensible: de lo contrario corremos el riesgo de no conseguir nunca otra cosa que mejoras modestas y no duraderas". (p. 158-159) En este mismo escrito muestra su preocupación por aquellos sujetos que no pueden acceder al Psicoanálisis por no contar con los recursos económicos. Vislumbra que será en un futuro donde las Instituciones alojen a estos pacientes en donde la gratuidad de los tratamientos les permitiría acceder al Psicoanálisis.

En la práctica analítica en la institución, la demanda se significa en forma particular a partir de hacer cumplir la regla fundamental dando lugar a la palabra , no la del Otro social sino la del sujeto, permitiendo construir la cadena significante. Entonces, retomamos la consideración de que no nos planteamos sobre la existencia de nuevas formas de la transferencia, en todo caso en la época contemporánea nos encontramos con formaciones sintomáticas y con ofertas institucionales que instauran lo que Lacan denominó la forclusión del sujeto, producto del discurso de la ciencia en alianza con el discurso capitalista. Lo que nos ofrece este dilema, es que para los analistas, en todo caso, son nuevos desafíos para lo cual se requiere de su invención para crear los lugares en nuestra civilización que abran para el sujeto un espacio donde establecer aquello que lo causa y lo determina en un encuentro con un Otro que posibilite la transferencia y el amor que permita al goce condescender al deseo.

- **Los orígenes de la aplicación del Psicoanálisis: la clínica de Berlín.**

El tema de la gratuidad y la accesibilidad del Psicoanálisis, apareció en Freud alrededor de los años 20. Por otro lado, no podemos desconocer que es también en ese momento que Freud y sus discípulos se preguntan por la eficacia del Psicoanálisis así como su vigencia en la sociedad y la necesaria formación de los analistas. Es en este período de pos guerra en donde en el año 1920 aparece la Escuela de Berlín. Freud señalaba el deseo de que se establecieran clínicas psicoanalíticas en las cuales el tratamiento fuera gratuito, basado en la creencia, como él lo expresaba, de que un hombre pobre tiene el mismo derecho de asistencia para su mente como la tiene la cirugía que pueda salvar su vida. En este contexto da comienzo la Poliklinik que ofrecía tratamiento psicoanalítico completo y extenso, cualquiera que fuera el precio que los pacientes pudieran afrontar. La política de tratamiento era que a nadie debería negársele el mismo por el hecho de que no pudiera pagarlo.

Hacia fines de la Primera Guerra Mundial, al dirigirse al 5° Congreso Psicoanalítico Internacional, que se llevó

a cabo en Budapest, en 1918, Freud instó a sus colegas a reconocer que “el pobre” no tiene menos derecho al Psicoanálisis. A partir de ahí, el 16 de febrero de 1920, la Sociedad Psicoanalítica de Berlín inauguró la “Berlin Poliklinik fur Psychoanalytische Behandlung Nervoser Krankheiten”. Convirtiéndose así como el primer servicio psicoanalítico conocido expresamente como una clínica gratuita y con tiempo limitado. (Jones, 1997). Ha sido la primera Institución en donde se practicó por primera vez la formación psicoanalítica basada en un modelo de tres pilares (cursos teóricos, Psicoanálisis didáctico, y tratamiento de los primeros pacientes bajo supervisión, que más tarde se transformó en un estándar internacional). Entre los pioneros que adhirieron a la Poliklinik se encontraban Karl Abraham, Otto Fenichel, Franz Alexander, Paul Federn y Melaine Klein entre otros.

Los criterios establecidos para su atención eran variables. Aunque se trata de tratamientos gratuitos para muchos pacientes, también se había establecido una escala móvil de honorarios, y se suponía que los propios pacientes decidieran cuánto podían pagar. Los que no podían, como los estudiantes, los desocupados o los indigentes, eran atendidos sin cargo. Con el devenir del tiempo, y de acuerdo a lo manifestado, los problemas clínicos planteados por el tratamiento gratuito eran notables y complejos. Debemos subrayar además que la Poliklinik estaba estructurada como una institución privada de beneficencia, sin fines de lucro.

Las solicitudes de tratamiento eran clasificadas por sexo, edad, ocupación y diagnóstico. Se realizaba una primera entrevista llevada a cabo por los directores, llamada admisión, en donde se evaluaba el inicio del tratamiento o la derivación del paciente. Los primeros pacientes fueron aquellos que presentaban problemas crónicos. Al poco tiempo de su apertura, los tratamientos se limitaron a neuróticos. El principal factor para admitir a un paciente era el diagnóstico. Otro dato relevante respecto a la metodología utilizada consistía en que los argumentos teóricos-clínicos sobre la duración del tratamiento eran apoyados por datos cuantitativos (cuestionarios, protocolos y estadísticas).

El entusiasmo freudiano por este nuevo emprendimiento que posibilitaba la difusión y enseñanza en

Psicoanálisis podemos leerlo en su escrito, "Breve informe sobre el Psicoanálisis": "Por eso, la fundación de la primera policlínica significó un primer paso de gran importancia práctica. Este Instituto se empeña, por un lado, en poner la terapia analítica al alcance de vastos círculos populares; por el otro, toma a su cargo la formación de médicos como analistas prácticos, en un curso didáctico que incluye la condición de que el alumno se someta él mismo a un Psicoanálisis" (1923, p.214-215).

- **Los Centros Psicoanalíticos de Consulta y tratamiento: un intento de respuesta a las exigencias actuales.**

En la actualidad, la presencia de los nuevos dispositivos asistenciales y clínicos como es el caso de la creación del Centro Psicoanalítico de Consulta y Tratamiento, es el resultado de la visible apertura de la práctica lacaniana a las innumerables variaciones que se imponen ante las nuevas configuraciones psicopatológicas. El surgimiento de esos dispositivos hace posible que el analista se enfrente a la dinámica particular de cada demanda, de esta multiplicidad de nuevas formas del síntoma y del malestar contemporáneo.

Creados por la Escuela de la Causa Freudiana en 2003, los CPCT tienen como objetivos principales proponer al público en general la oportunidad de conocer a un psicoanalista, promover en la ciudad el lugar del Psicoanálisis con la ayuda de Instituciones de salud y también sociales, y por último, asegurar la formación de los profesionales que operan en la red psicosocial de París.

El CPCT es un centro de atención pública que busca dar asistencia, de forma inmediata, a la diversidad de manifestaciones que toma el malestar y el sufrimiento en la actualidad, tales como depresión, ataques de pánico, adicciones, problemas de pareja e intrafamiliares, entre otros. La gratuidad y los tratamientos limitados en el tiempo son los dos principios sobre los que se fundan la oferta de estos dispositivos. Estos principios son suficientemente sólidos como para permitir una flexibilidad y una atención de las demandas

caso por caso.

Dichos Centros se encuentran constituidos según clases de edad: CPCT infantil, adolescentes, adultos y también una clasificación que obedece a criterios sintomatológicos que se cristalizaron en torno a malestares en la civilización, estas formas modernas de precariedad como la desinserción, las formas discretas de psicosis, la fobia social y la soledad que constituyen el origen del sufrimiento de los sujetos que nos consultan. (Cottet, 2009) El Psicoanálisis aplicado no tiene una sola forma de aplicación: la atención en el CPCT introduce rasgos que lo hacen particular. La duración estricta de cuatro meses de tratamiento, el manejo de la transferencia, el activismo del analista, la presencia del analista como objeto, el cara a cara, están al servicio de la búsqueda de efectos terapéuticos rápidos. La presencia de nuevas formas de la demanda, la variabilidad de los síntomas que se presentan, dan lugar a un tratamiento singular. (Cottet, 2006) A partir de la Enmienda que el legislador francés, Bernard Accoyer promueve en Francia en el 2003 surge un intento por parte del Estado de fijar por decreto las diferentes categorías de psicoterapia y las condiciones del ejercicio profesional. Implícitamente conlleva un intento de evaluación de los efectos terapéuticos de las distintas psicoterapias. Eric Laurent (2007) dirá al respecto: “El Psicoanálisis, en tanto está situado por el Estado en el grupo de las psicoterapias que pueden concurrir en la Salud Pública, no escapa a una tentativa de evaluación. Las consecuencias para el psicoanálisis pueden ser contradictorias y esto es lo que nos interesa” (p. 96).

De esta manera, miembros de la comunidad analítica pertenecientes a la Escuela de la Causa Freudiana alertan sobre la posibilidad de que esta enmienda posea un mayor alcance: imponer la regulación estatal del Psicoanálisis. Surgen de este modo debates internos dentro de esta comunidad quienes predicen que la práctica psicoanalítica de orientación lacaniana sitúa efectos que la distinguen de cualquier otro Psicoanálisis o psicoterapia.

Como respuesta a esta coyuntura política, Jacques-Alain Miller funda los Centros psicoanalítico de consulta y tratamiento a modo de “demostrar” que el tratamiento psicoanalítico, al igual que las psicoterapias, arrojan

efectos terapéuticos en un corto plazo de tiempo. La puesta en marcha de los CPCT y la ampliación de la asistencia psicoanalítica en los hospitales y centros de salud, en los que el número de consultas es limitado, nos sugiere realizarnos la pregunta de si lo que se realiza allí continúa siendo psicoanálisis. Dominique Laurent señalaba que en los CPCT se trata de ir directamente a lo real en juego y hacer aparecer el goce en un ciclo donde podría ser tratado. (Laurent, 2007) En efecto, la teoría de los ciclos que Jacques-Alain Miller introduce en la conversación de Barcelona, posibilita pensar y orientar la práctica analítica que se realiza en los CPCT. (Miller, 2005) Tomará el concepto que Lacan brinda al respecto haciendo referencia que en el recorrido de un análisis, lejos de una línea evolutiva o de desarrollo, hay momentos, ciclos que se abren y que pueden producir puntos de repetición en el sujeto. Lacan dirá que no es de una sola vez que se hace el trayecto, sino que en el mismo existen ciclos (Lacan, 1964). Al respecto Bassols apoya este argumento a partir de la experiencia en Barcelona: “La experiencia que elaboramos en los Centros Psicoanalíticos de Consulta y Tratamiento nos presenta un formato muy preciso de esta temporalidad de la causa que no es la de la línea recta infinita sino la del ciclo. Se trata de un ciclo que no es el retorno al mismo punto, sino más bien el retorno de lo mismo bajo otra forma”. (Bassols, 2005, p.96)

La idea central que Miller viene a plantearnos es que el encuentro de un sujeto que acude al CPCT en búsqueda de un psicoanalista constituye el primer ciclo, “hay siempre un primer ciclo” en palabras del autor: éste puede ser breve y solo es calculable retroactivamente.

Cabe abordar en este punto la pregunta que se realiza Manuel Fernández Blanco (2005): ¿Por qué esta política de promoción de Centros de Psicoanálisis Aplicado? Esta iniciativa supone defender, en acto, el Psicoanálisis como un derecho ciudadano, como una alternativa frente al sufrimiento más íntimo de cada uno. El autor considera que el encuentro con un psicoanalista es algo demasiado valioso como para que sólo sea posible para algunos. La creación de instituciones de Psicoanálisis Aplicado es una de nuestras prioridades, con el objetivo de hacer valer la utilidad social de Psicoanálisis. Este objetivo anima al Campo Freudiano en todo el mundo a sostener dispositivos asistenciales de vocación pública. En todos estos casos, los

psicoanalistas no nos encerramos en nuestras consultas y abrimos espacios públicos para la escucha del sujeto del trauma o del malestar.

Pierre-Gilles Guéguen plantea que en estos Centros, se trata de casos de Psicoanálisis aplicado a cuestiones terapéuticas, "...se trata de aplicar todos los recursos del Psicoanálisis, a diferencia de terapias hechas de modo más cómodo, que usan un método "simplificado" o degradado del Psicoanálisis..." (Miller, 2005, p. 14).

Lucía D' Angelo los diferencia a los CPCT de las Psicoterapias Breves utilizando los conceptos de transferencia e interpretación; puntualiza que "...el instrumento terapéutico específico y esencial en el marco del Psicoanálisis, y no compartido con la terapia breve, es la particularidad estratégica de la interpretación de la transferencia." (Miller, 2005, p. 36) Esencialmente, remarca dos diferencias, por un lado, dirá que en el Psicoanálisis, el análisis de la transferencia constituye el eje de la estrategia terapéutica, mientras que en las Terapias Breves sería solamente un recurso táctico dentro de otros. Por otro lado, resalta la diferencia entre las Terapias Breves, que da lugar a modificación o eventualmente la desaparición del síntoma de lo que es un efecto terapéutico rápido, que reduciría el goce implicado en el síntoma del sujeto y que relanza un nuevo ciclo en la dirección de la cura. Concluye mencionando que la transferencia y la interpretación no son recursos técnicos sino la condición de posibilidad de la puesta en forma del síntoma.

Resulta de interés la posición de Cottet (2009) respecto de los CPCT. Este autor es quién ha puesto en duda e interrogado el modo en que el Psicoanálisis se aplica en estos Centros. La duración estricta de cuatro meses de extensión del tratamiento, el manejo de la transferencia, el activismo del analista, la presencia del analista como objeto, el cara a cara son los atributos que caracterizan estos Centros, estando al servicio al mismo tiempo de un resultado breve, es decir, se encuentran al servicio de la búsqueda de los efectos terapéuticos.

El autor plantea que el término consulta que conlleva su nombre mantiene una fuerte connotación médica por lo que se esperaría entonces de aquel que consulta una opinión, un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento. Afirma que la consulta es en sí misma el tratamiento: "decimos que la consulta es en sí misma el

tratamiento porque el sujeto es invitado a decir que medios tiene para tratar el mismo la pregunta” (Miller, 2005, p. 101). Opone a la consulta a las entrevista preliminares que preceden a la puesta en marcha de la transferencia, es decir a la apertura del inconsciente y a la extensión del discurso.

Cottet (2006) plantea que lo que prevalece en los CPCT es una negligencia selectiva que implica un activismo del terapeuta que no espera los signos de la transferencia para interpretar. Enuncia además, la focalización del síntoma dejando al paciente la tarea de elaborar su causa y plantea que la terminación fijada de antemano provoca la aceleración del tiempo de comprender. De acuerdo a la bibliografía analizada, todo indicaría que la cuestión, en estos Centros, no es tanto saber si el sujeto es analizable sino responder a una demanda aun problemática con respecto al discurso analítico.

Años posteriores (2009) el autor nos presenta a los CPCT como un dispositivo paradójico, híbrido en donde el analista se debate entre el terapeuta que se rehúsa a ser y el hecho que no puede considerar el encuentro con el paciente como preliminar a un análisis. Al respecto, nos dice: “No son entrevistas preliminares o en caso de serlo, se determinará más adelante. Al final de las dieciséis sesiones, sabremos que, con tal individuo, el tratamiento debe continuar fuera del CPCT: en el futuro anterior, habrá sido preliminar” (2009, p.7). En este mismo artículo, en cuanto a la función del analista nos dirá que funciona más bien del lado del sujeto, como Otro de la Institución, pero sujeto antes que objeto “a”. Recordamos que Lacan ubica al analista como objeto “a” causa de deseo en el matema del discurso analítico. Es por este motivo que Cottet dirá que las condiciones de este encuentro hacen la transferencia contingente y que no favorece todo lo que en la práctica clásica del Psicoanálisis es en función de la instalación del sujeto supuesto saber.

Un dato que no podemos dejar de enunciar y que a la vez nos resulta sumamente significativo es la población que consulta en los CPCT. El autor citado en el año 2009 nos plantea que entre el 70 y 90 por ciento de los pacientes que consultan son sujetos psicóticos. Nos dice además que son raros los pacientes que acuden a los Centros que jamás hayan consultado a un psiquiatra, un psicólogo o algún otro Profesional de la salud. Si tomamos este dato, nos permite retomar lo anteriormente interrogado acerca de cuáles son las

particularidades del lazo social que llega a producirse en estos casos, y cuáles son los resortes de la eficacia de la intervención analítica.

En cambio, desde otra mirada por ejemplo Jean-Pierre Deffieux (2007) afirma que el CPCT es uno de los lugares donde la práctica tan particular puede enseñar al analista o el analista en devenir, por el hecho de que esta formalización tan novedosa en nuestro campo desplaza los fundamentos tales como la gratuidad y la duración del tratamiento. Plantea que el uso de la palabra en el CPCT es muy distinto, y que está orientado o influenciado por la teoría y por la clínica psicoanalítica. Se propone al sujeto que consulta en el CPCT desarrollar a través de la palabra las modalidades singulares de su sufrimiento o liberar una palabra reprimida, establecer el lazo entre lo que lo impide vivir hoy y los traumas de existencia o vida pasada que frecuentemente no se verbalizaron nunca. Relata que los adolescentes que acuden a los Centros no vienen por su propia voluntad, llegan al CPCT a través de un interventor institucional o social por una problemática que por lo menos al principio tiende a molestar al Otro: a la familia, la escuela, la sociedad. Lo que está presente suele ser un síntoma que pertenece al repertorio social de los adolescentes de hoy: las dificultades escolares, las fobias sociales, las fugas, los pasajes al acto, violencia, conflictos familiares, adicciones, etc., en definitiva Eric Laurent (2009) nos cuenta que Lacan al fundar su Escuela propuso una “inflexión decisiva”, planteando la existencia de tres Secciones:

- la sección de Psicoanálisis Puro la cual a partir de explorar lo que eran los resultados efectivos de un análisis, hacía explícitos sus resultados a través del dispositivo del pase.
- la sección de Psicoanálisis Aplicado a partir de la cual, implicando la terapéutica y control, se halla su prueba en la puesta en serie de los resultados del Psicoanálisis con los de las disciplinas clínicas.
- la sección de comentarios con ciencias afines que tiene por tarea hacer explícita la relación con las ciencias sociales estableciendo resonancias con ellas. El autor plantea que en la década del 80 las ciencias sociales han “perdido las certezas” de tal manera, nos dice que Lacan prosigue esta pérdida de certezas de las ciencias sociales precisando las modalidades de certeza propias del Psicoanálisis.

Por lo que estas nuevas modalidades de la no relación del Psicoanálisis con estas ciencias lo han vuelto “huérfano” de ciencias afines. Por lo que nos viene a plantear es que para acompañar este movimiento, la Escuela se ha dotado de un instrumento nuevo en la aplicación del psicoanálisis, los CPCT: “La comparación de la eficacia donde los tratamientos de psicoanálisis aplicado con otros, puede hacerse en nuestro dispositivo, en términos que son nuestros”. (2009, p. 98)

A partir de lo que se viene exponiendo es posible resaltar la importancia que presenta el efecto rápido, el cual es precisamente la demanda del sujeto en una civilización donde el tiempo para comprender tiende a esfumarse para hacer prevalecer lo inmediato del goce, de la satisfacción pulsional en una inercia que busca la identidad entre el efecto y la causa. Lo único que se espera entonces es la reducción al mínimo de la abertura que siempre existe entre la causa y el efecto. (Bassols, 2005) El sujeto de nuestro tiempo demanda el efecto terapéutico rápido, es decir que no haya espera entre la causa y el efecto: es lo que recibimos generalmente como urgencia subjetiva. Desde Lacan sabemos que el efecto del lenguaje introduce una causa en el sujeto que no es causa de sí mismo, en la hiancia, en la división subjetiva. Por lo tanto, si la causa es del inconsciente, demandar la no espera es imposible, lo cual permite entender de otro modo por qué Freud planteaba que el efecto terapéutico es por añadidura.

IV. LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA EN LA ACTUALIDAD.

Desde los comienzos del Psicoanálisis, Freud se ocupó de organizar el campo de su clínica a partir de la histeria, considerando la forma de presentación del síntoma y su relación con aquello que lo determina. Sin embargo, en la actualidad el campo de la Psicopatología incluye los llamados “nuevos síntomas”, aquellos que en estrecha relación con aspectos específicos de la cultura contemporánea, se presentarían para algunos autores (Miller, Laurent, Reccalcati, Trobas, etc.) frecuentemente con carácter epidémico. Estas manifestaciones, constituirían un verdadero desafío para los abordajes terapéuticos. Nos referimos a perturbaciones tales como la anorexia, la bulimia, las automutilaciones, las presentaciones de violencia y los diferentes tipos de adicciones, entre otras. De esta manera, es necesario tener en cuenta, las variadas modalidades de presentación, condicionadas por las características particulares de la cultura de la época, como es el caso de estos “nuevos síntomas”, que otorgan cualidades especiales a la demanda de asistencia en un momento dado y que se encontrarían inscriptas sin fijeza alguna, dentro de los tres grandes grupos diagnósticos que están delimitados en el campo freudiano.

La oferta del Psicoanálisis se puede ver partiendo de la forma en que Lacan (1964) define al Psicoanálisis mismo, como una praxis, es decir como una acción realizada por el hombre que permite tratar lo real por medio de lo simbólico. Como praxis, se trata de una clínica de bordes en tanto bordea las tres caras de la estructura: real, simbólico e imaginario. Un problema crucial del Psicoanálisis en la actualidad remite a cuando lo real o lo imaginario hacen signo y llevan a una consulta de emergencia: se trataría de pacientes con idealizaciones adictivas de ganar dinero fácil, de alcanzar el éxito, de anhelar un cuerpo perfecto que llevaría a comer poco o nada, o también pacientes prisioneros de las inhibiciones y limitaciones de la fobia bajo su forma exacerbada del ahora conocido como ataque de pánico. En concordancia con el discurso capitalista que busca taponar la falta estructural ofreciendo siempre renovados objetos de consumo, florecen alternativas terapéuticas mucho más afines con los aires fragmentarios de la postmodernidad.

Las demandas a las que asistimos derivan en la posibilidad de interrogarse acerca de la vestidura que el síntoma adquiere en la época contemporánea, y con él, las discusiones acerca del estatuto de los “nuevos síntomas”, es decir, ¿estas demandas se insertarían en las presentaciones de los llamados “nuevos síntomas”?, y de ser así, cabría la posibilidad de interrogarnos sobre si se trata de nuevas formas de síntomas, ¿qué aportarían como novedad al campo de la clínica?

Clásicamente el síntoma psicoanalítico, tal como es descripto por Freud y retomado por Lacan desde el inicio de su enseñanza, es una formación localizada en la vida psíquica de un sujeto. Es una fobia, una parálisis histérica, un pensamiento obsesivo, que algunas veces puede tomar una gran importancia, incluso invadir con sus consecuencias la vida del sujeto (recordemos por ejemplo las obsesiones del Hombre de las Ratas que lo acosan sin cesar). De todas formas, desde el punto de vista de la organización psíquica, es un fenómeno que podemos decir localizado, que por otro lado para nosotros tiene cierto sentido o por lo menos llama a una apertura de sentido, es decir que participa de una formación del inconsciente, que llama a ser interpretada para poder adquirir un sentido nuevo. En principio podemos reconocer que el síntoma, desde la perspectiva psicoanalítica, se expresa bajo la forma de un sufrimiento que se quiere cambiar, suprimir y rectificar, en tanto se constituye en un elemento perturbador. Sabemos también que es la consecuencia del concepto mismo de la represión y su correlato, el retorno de lo reprimido. Lacan, siguiendo las conceptualizaciones freudianas, en sus primeros tiempos de su enseñanza nos dirá que lo que está reprimido es la verdad y su retorno se hace bajo la forma de síntoma. Lo que aparece como reprimido es la verdad y su retorno se pone de manifiesto vía el síntoma. Ubicamos al síntoma, entonces, del lado del sujeto dividido, del sujeto que producto del significante es susceptible de retornar como síntoma perturbador. Síntoma como verdad, es el síntoma en tanto interpretable (descifable), perteneciendo al orden de lo simbólico, como aquello que perturba. Años posteriores, Lacan apoyado en los textos freudianos de los años '20, nos brinda una nueva conceptualización, la cual es complementaria a la realizada en los primeros años destacando un lado muy distinto del síntoma. Da cuenta de un lado del síntoma que parece mucho más rebelde a lo que sería su

articulación con el Otro. Da cuenta de que éste es una manera de gozar imponiéndose como un real por su repetición. Aquí es descrito como un medio de la pulsión traduciendo las exigencias insaciables de satisfacción de ésta.

Freud en "Inhibición, síntoma y angustia" (1926) realiza un desarrollo acerca del síntoma en donde el desciframiento no está en primer plano. Es más, el síntoma aparece en otra serie que la del sueño, del acto fallido y el lapsus. Considera aquí al síntoma como un modo de satisfacción que escapa al principio del placer ya que se manifiesta como displacer. Pone el centro en lo que aparece como displacer y que revela ser una satisfacción, entendiendo a dicha satisfacción como sufrimiento. Existe una resistencia al desciframiento, de ahí que brinda una serie de conceptos teóricos a modo de poder explicar este nuevo hallazgo. De esta manera podemos observar el espíritu freudiano al avanzar en su descubrimiento a partir de los obstáculos como en muchas otras partes y momentos de su obra. En esta vertiente, el síntoma no tiene solamente efectos de verdad; al mismo tiempo que se despliega la cadena significante, se despliega la cadena pulsional que también es cadena significante pero muda, tal como nos lo muestra J-A-Miller, siendo también susceptible de tener una significación. (Miller, 2008) No podemos de dejar de mencionar, lo que por muy bien conocemos por las enseñanzas de Freud y Lacan que en el síntoma hay una participación fundamental de la pulsión. Nos preguntamos entonces, ¿qué sucedería entonces con este elemento pulsional del síntoma que no pasaría por el Otro? De acuerdo a lo que Lacan nos ha enseñado en sus últimos seminarios podemos decir que si bien el goce es autístico en tanto introduce en el núcleo de la subjetividad algo de lo pulsional, el goce es también una alteridad para el sujeto, es un goce que el sujeto vive ajeno a él, como intruso. Desde esta perspectiva, suple la relación sexual que no existe. Como hemos dicho, estos nuevos conceptos están enmarcados dentro de la segunda clínica de Lacan, la llamada clínica del funcionamiento o clínica borromeana ¿Esta nueva clínica, es una anticipación de Lacan para dar cuenta de las nuevas y actuales formas de presentación del síntoma y para su tratamiento? Podemos apreciar y por qué no atisbar que la última enseñanza de Lacan y los desarrollos que se desprendieron a partir de allí adquieren hoy una

particular importancia dada la heterogeneidad de las presentaciones con las que nos encontramos en nuestra práctica.

- **El contexto actual y su incidencia en las presentaciones clínicas.**

Podemos decir que lo que evoluciona es la envoltura formal del síntoma, es decir, los semblantes, los significantes que evolucionan en el contexto cultural. Por el contrario la relación al goce, al objeto pulsional cambia mucho menos. Estamos familiarizados con la expresión "nuevos síntomas" y al escucharla evocamos: toxicomanía, anorexia, bulimia, depresión etc. Los asociamos con el estado actual de la cultura: con el consumo, el derecho al goce, la cultura del narcisismo, la declinación de la función paterna, crisis de la familia tipo. Al mismo tiempo sentimos que el abordaje de estos temas nos deslizan hacia una significación generalizada del síntoma que nos aleja del sentido estricto del síntoma en Psicoanálisis. Porque en el Psicoanálisis no hay síntoma que no sea nuevo, único e irrepetible en el nivel de la articulación singular que el sujeto hace entre significante y goce. Cabe aclarar que desde hace tiempo podemos vislumbrar que en la juntura del sujeto con el goce, se han ido produciendo cambios importantes en las relaciones con nuevos objetos de consumo y las ofertas que la cultura propicia, así como colectividades organizadas por los modos de gozar. Entonces, es la parte del síntoma que tiene que ver con la relación a la cultura la que se mueve junto con ella. Ahora bien, algunos de los nuevos síntomas aparecen mucho menos como fenómenos localizados porque están menos vestidos de la envoltura significativa y por el contrario parecerían extenderse a la vida entera del sujeto como una forma, un modo de goce organizado por el sujeto.

Estos síntomas contemporáneos no son ajenos al contexto socio-cultural en el que surgen, lo cual nos sitúa en la caracterización de la época propuesta por Lacan: "El Otro no existe", con sus consiguientes manifestaciones. Ahora bien, ¿qué ocurre entonces cuando el Otro no existe?, ¿qué ocurre con la declinación de los semblantes de autoridad, cuando el ideal ya no orienta al sujeto con respecto a su ingreso al discurso,

al lazo social? En consecuencia con esto es que los sujetos postmodernos andan desorientados, desamparados, sin brújula. En su lugar hay una proliferación de objetos plus de goce. Hay entonces la disyunción entre el ideal y el goce, el ideal no regula el goce, quedando éste al servicio de la voz tiránica del superyó que ordena siempre gozar más. El superyó postmoderno, ya no como heredero del complejo de Edipo sino como residuo pulsional de la inconsistencia del Otro, ordena la búsqueda de objetos que prometen goce. Y a su vez, esto estaría condicionado por la democratización y apertura que se ha producido en la oferta y la demanda terapéutica de nuestra época, que conduce a sujetos aquejados de malestares diversos, alejados de las manifestaciones neuróticas o psicóticas típicas. En la actualidad, en la que el discurso capitalista no encuentra tope, surgen una proliferación de ofertas “psi” en todos los ambientes de la sociedad que pretenden lograr una rápida y eficaz respuesta al síntoma, entendiendo por ésta la supresión del mismo. Nos preguntamos cuál es la respuesta del Psicoanálisis ante una demanda que exige inmediatez de aquello que “no anda”. Para algunos autores, como Stevens (2001), los llamados nuevos síntomas pueden considerarse desnudos, por la ausencia de envoltura formal, y la predominancia de manifestaciones de puro goce. Estas manifestaciones de puro goce, se caracterizan por la ausencia de implicación subjetiva así como también por las dificultades en el establecimiento de la transferencia, lo cual dificultaría la intervención analítica.

Como hemos planteado previamente, a partir del malestar actual que nuestra época nos denota, vislumbramos en la clínica actual algunas presentaciones sintomáticas que en nada se caracterizan por el retorno de lo reprimido, que se diferencian de la neurosis de la época de Freud, la cual se basaba en que el padre enmarcaba la prohibición. Por otro lado también estos nuevos síntomas, en algunos casos, tendrían una función de nominación, en tanto muchas de las personas que consultan se sostienen en un discurso que lo identifica a una clase: “soy fóbico”, “soy depresivo”, “soy anoréxico”. Así vemos desfilar un sin número de términos que intentan fijar una verdad que procure una satisfacción al sujeto. Marco Focchi (2010) se refiere a estos síntomas como productos del discurso capitalista y de la ciencia, meros efectos de la expulsión del

sujeto del inconsciente, en los cuales la represión opera de un modo distinto. Estas modalidades de síntoma plantean una dificultad adicional para el Psicoanálisis que como lazo social, formalizado por Lacan como discurso analítico apunta a la producción y conmovición de los significantes amo que organizan la experiencia de un sujeto. En contraposición a esto, los nuevos síntomas se resisten al lazo, como S1 que no remite a otro significante que le de sentido. En eso muestran su homología con lo que Lacan llamaba la función radical del Nombre-del-Padre: que es la función de dar nombre a las cosas, hasta dar nombre al gozar. Los significantes amos que regían en aquella época están lejos de los que hoy podemos apreciar, lo cual abre la pregunta de cómo asegurarse de si estos síntomas son nuevos; y ¿de dónde viene lo que nos autoriza a pensar que son cosas nuevas? Sabemos que el síntoma se articula, vía la identificación, con toda una serie de discursos provenientes del Otro, provenientes a su vez de los discursos que marcan una época. Estos discursos, en definitiva definen el material mismo a partir del cual el sujeto lo construye. Por lo que el síntoma en su realidad concreta obedece también a variables históricas y culturales.

Podríamos preguntarnos ¿qué es lo que cambia en el contexto socio-cultural actual? El Otro social de los tiempos de Freud es un Otro que aparentemente existía y se sostenía, y en donde los ideales eran muy potentes. En cambio, en la época actual, prima la inconsistencia y la poca solidez de las instituciones y los vínculos en general. Es así que Bauman, propone la metáfora de la liquidez para intentar dar cuenta de la precariedad de los vínculos humanos en una sociedad individualista y privatizada, marcada por el carácter transitorio y volátil de sus relaciones socio-familiares. (Bauman, 2009) Utiliza la expresión “los vínculos líquidos” para dar cuenta de un estatuto distinto en las relaciones contemporáneas en tanto son menos estables. Algunos autores, como Guy Trobas (2003), aluden al ocaso del Edipo para caracterizar la época actual, en tanto se evidencia una deflación de la función paterna, más precisamente en el papel que cumple la autoridad en dicha función. En el mismo sentido, Freud y Lacan han advertido en distintos momentos de sus enseñanzas que la degradación progresiva de la autoridad paterna, conllevaría un crecimiento del papel imperativo del superyo. A partir de la importante inserción del Psicoanálisis en la oferta social, podemos

marcar el análisis del contexto de la época en la que el Otro, se ha ido progresivamente desvaneciendo y resultando en una fragmentación que da lugar a ficciones múltiples que sólo transitoriamente otorgan estabilidad al mantenimiento del lazo social. Este contexto adquiere especial relieve en la presentación de la demanda terapéutica, así como en su extensión condicionada por el valor que ha alcanzado el recurso a la palabra y la comunicación. A diferencia de tiempos atrás en la que se creía en el Otro, hoy podemos vislumbrar que hay menos Padre en el contexto socio-cultural y por ende, la sociedad tiene tendencia a transformarse en una sociedad de hermanos, de hermanos incrédulos. Faltan los puntos de referencia al estar el padre en retirada. Donde aparecía la regulación por alguna modalidad de la prohibición, hoy se regula de otra manera, se ha pasado a otro esquema, siguiendo a Enric Berenguer (2009), en el que se podría decir ya no se trataría tanto de la represión sino de todo lo contrario, de una acción sobre el goce a nivel del cuerpo. Soluciones sintomáticas que algunas de éstas tienen un estatuto epidémico en donde las identificaciones no están soportadas por un ideal sino por una referencia a un síntoma que está incluido como tal en un discurso social. El mismo síntoma se colectiviza y a su vez, se propone como una forma de identidad.

Coincidiendo con Eric Laurent (2000) podemos afirmar que frente a la clínica psicoanalítica clásica, hoy tenemos la sensación de estar frente a una suerte de enciclopedia en relación a las nuevas clasificaciones de los síntomas en los diferentes manuales de psiquiatría como así también en el imaginario social. Es una época caracterizada por una yuxtaposición de clínicas diferentes. Vemos así una tendencia a una clasificación de las enfermedades mentales cada vez más extraña por su extensión y por la reducción extrema de la clínica a algunos simples rasgos sintomáticos. Todo nos indicaría que como tal el síntoma se encuentra invadiendo las formas del campo social, constituyendo aquello que desde el Psicoanálisis llamamos modos de gozar.

El criterio utilitarista de la clínica psiquiátrica se hace evidente: a tal síntoma, tal medicación. La medicación surge como un modo de suprimir el padecimiento de una manera rápida ante la exigencia de quien lo padece

en muchos casos, sin que se cuestione saber el porqué del advenimiento de tal síntoma. El tema de la causalidad parece no ser tenido en cuenta. Poco interesa ese fenómeno y a la estructura en la cual se inscribe. Lo que importa es que el medicamento sea eficaz.

En las variadas consultas, nos encontramos con pacientes que presentan su síntoma al modo del “soy anoréxica”, “soy adicto”, “soy depresivo”, etc. En muchos de estos casos la división subjetiva propia del síntoma no se pone en juego, la disfunción de éste no se evidencia, por el contrario podemos observar que determinados sujetos por un lado, se resisten a un trabajo propiamente analítico y por el otro podemos vislumbrar cierto afianzamiento al síntoma, se agarran de él. Alexandre Stevens (2001) le otorga a los monosíntomas la función de la nominación, en tanto nombran el malestar del sujeto, a favor del alivio sintomático.

A su vez, este hecho, casi clasificatorio, les presenta a los sujetos la posibilidad de adherirse a una comunidad específica en la cual aquellos que la integran presentan el mismo problema, y así el síntoma en ocasiones podría funcionar a modo de organizar un lazo social a partir de una particularidad. Tenemos entonces el hecho de que se podría adquirir mediante este proceso un nombre propio, (“soy anoréxica” por ejemplo), una inscripción social por vía de la identificación imaginaria y también podría dar lugar a un acceso al goce en tanto llamarse y nombrarse “anoréxica”, por lo general está en entera relación con el hecho de obtener un goce en el cuerpo.

Estos cambios los trae aparejados la postmodernidad, período que surge como cuestionamiento de los valores impuesto por la modernidad pero culmina con el arrasamiento de todo valor, con lo cual todo está permitido, todo vale, porque nada vale. Todo se cree poder decir, todo podría ser investigado, comprendido y solucionado; todo vale lo más rápidamente posible y a cualquier precio. Hoy se está consumando a gran escala lo que Nietzsche anunciaba hace 100 años como el destino inexorable: el nihilismo, es decir que los valores supremos pierden validez. Falta la meta; falta la respuesta al “por qué”. (Nietzsche, 1998) La expresión “ya no se puede creer en nada”, es la mejor y más precisa expresión que resume el estado en el

que vivimos. Y “Dios ha muerto” es la fórmula que se ha impuesto para expresar este nihilismo desrealizante. La subjetividad queda así abolida si se acepta que el sujeto se aloja en la hiancia que abre el no-todo. Imbriano (2006) al plantear lo efectos de la globalización sobre la civilización contemporánea, afirma que la forma en que el ser humano enfrenta los propios desasosiegos caracteriza a las diferentes épocas, siendo el sin límites la modalidad de nuestros tiempos, agregando que la globalización impone una igualación pero a partir del consumo por lo que toda organización social queda subsumida a las leyes del mercado, en el que los valores imperantes son el éxito, la eficacia y el utilitarismo.

Entonces, en la época actual como nos ha mostrado los trabajos de sociólogos y filósofos (Bauman, Ehrenberg, Lipovetsky) los cambios a nivel de la sociedad y su estructura económica, así como el avance de la ciencia han promovido cambios nodales en las relaciones sociales y los ideales que organizan las conductas. Siguiendo esta línea, Lipovetsky (2008) plantea que esta mutación social es una nueva fase de la historia del individuo moderno desde la segunda mitad del siglo XX. Si la modernidad promueve el asenso del individuo con sus metas racionales, la postmodernidad llevará hacia un nuevo estado individual, marcado por el hedonismo y el narcisismo, en un contexto de vacío interior. Este proceso de personalización, rompe con la fase inaugural de las sociedades modernas, llevando a un estado de vacío, apatía y desencanto en la subjetividad, sólo movilizado por intereses individuales. Es el “surgimiento del individuo puro, narciso en busca de sí mismo” (Lipovetsky, 2008, p. 47) Este individuo hedonista se despliega en un contexto social donde los grandes ideales, las instituciones, las exigencias y normas, el conflicto de clase y el conflicto psíquico, las ideologías y la religión, ceden; dando paso a un mundo desencantado, cool, individualista, pluralizado, con un consumo desmedido, en una debilidad de normas autoritarias, comenzando a configurar un nuevo individuo (Lipovetsky, 2008). Caracterizado como un individuo narcisista, hedonista que busca su propia realización desconectado del otro, o sólo conectado con fines utilitarios para su bienestar, es el prototipo de la postmodernidad; donde ya ni la tradición ni el futuro son importantes. Es el triunfo del aquí y ahora, la satisfacción inmediata, el logro personal, la deserción de los valores en una ética de bolsillo. El

contexto para este despliegue se configura a partir de una mutación social acontecida a partir de mediados del siglo XX, donde la prohibición cede su lugar a la iniciativa individual y se busca la responsabilidad de este individuo, existiendo como efecto una sensación de insuficiencia más que de falta, es el individuo soberano de sí mismo, pero incapaz de sostener sobre sus hombros tal desafío. Las referencias con que se encuentran las personas en la postmodernidad (Ehrenberg, 2000) como resultado de la caída de los grandes referentes, movilizan al sujeto hacia una búsqueda interior, referencia en sí mismo, teniendo como resultado este narcisismo hedonista que describe Lipovetsky (2008), pero que no logra el sustento último. El equilibrio posible entre lo permitido y lo prohibido, declina dice Ehrenberg (2000), como efecto de los cambios sociales postmodernos, poniendo la tensión de lo posible e imposible en primer lugar. Esta posición conlleva una serie de dificultades, ya que si la norma pierde su lugar y ya no funda la culpa que señalaba Freud (1913), ¿con qué nos encontramos en la subjetividad de fines del siglo pasado y comienzos de éste? Los cambios en la estructura de la familia, la permisividad con respecto a la dimensión de las satisfacciones, así como las nuevas versiones de las diferencias e igualdad en las políticas de género, conducen a lo que desde el Psicoanálisis, Lacan ha caracterizado por el surgimiento de un nuevo imperativo: el imperativo a gozar. Además se puede ver cómo el malestar en la cultura va acompañado del “exitismo”. El discurso capitalista supone una nueva distribución de goce, en la que la inexistencia del Otro condena al sujeto a la caza del plus de gozar. (Miller, 2005, p. 19) Conjuntamente con esto, los llamados síntomas sociales como expresión o efecto de una causalidad social conducen a la identificación del sujeto al lugar de víctima de una situación en la que no tiene participación alguna. Esto quiere decir que en muchas ocasiones el sujeto ya tiene una hipótesis de lo que le causa su malestar, fuera del campo de la responsabilidad subjetiva. Entonces cabría la posibilidad de preguntarse sobre la incidencia en la responsabilidad subjetiva en la ideología asistencialista que caracteriza a los Centros de Salud, y sobre cómo a partir de la palabra se puede llegar a modificar las respuestas que el sujeto ha inventado frente a lo real en juego.

En épocas donde la imagen predomina sobre la palabra, donde la principal dimensión del tiempo es la

inmediatez, donde el utilitarismo es el nuevo nombre de la virtud, donde la obscenidad del Otro prevalece sobre cualquier criterio ético, se impone la pregunta por el lugar del Psicoanálisis y sus posibles respuestas a los síntomas contemporáneos.

Este contexto nos impone ante todo una reflexión sobre el estatuto de la demanda. La época del discurso capitalista es en efecto la época en la cual domina la demanda imaginaria del objeto. J-A Miller ha definido esta declinación de la demanda contemporánea como una "demanda convulsiva". (Miller, 2005) La compulsión de la demanda indica cómo en la época del discurso capitalista la demanda aparece en un estado de continua solicitud, exasperación y acentuación. La demanda convulsiva es en realidad una demanda que se presenta como abolición de "la dialéctica del deseo", que como lo plantea Lacan, indica que el deseo tiene su raíz heteróclita, en el sentido que "viene del Otro" (Lacan, 1964, p. 811). La dialéctica del deseo indica ante todo cómo el deseo (en tanto implica estructuralmente al Otro) es constitutivamente "bajo transferencia". No está, en efecto, por una parte el sujeto y por otra el Otro. La noción lacaniana del deseo unifica al sujeto y al Otro en el sentido de que resulta impensable el uno sin el otro. En esta dialéctica el deseo está articulado, y al mismo tiempo resulta irreductible, a la demanda. Es precisamente el resto de la demanda, en el sentido de que toda satisfacción de la demanda porta consigo un núcleo de insatisfacción. Pues bien, este núcleo manifiesta el carácter infinito, sin medida, del deseo. La demanda convulsiva que habita el discurso capitalista no es una demanda que se mantiene en relación al deseo; la demanda convulsiva no responde al deseo como "resto". Ésta se muestra más bien magnetizada por el objeto de goce y su marca, que en el discurso capitalista contemporáneo es aquello que modera el poder causativo del objeto-fetiché más allá de su valor de cambio. No es el resto de la satisfacción de la demanda como índice del deseo lo que orienta la demanda sobre la base de la privación de ser del sujeto, es el discurso capitalista el que produce el vacío de objeto, siendo el objeto capaz (ilusoriamente) de completarlo. Es, en otros términos, el discurso capitalista que opera una disolución permanente del objeto de consumo propio, que lo configura como solución de todo mal creando el presupuesto estructural por un atosigamiento de la demanda sobre sí

misma. Es el paradigma suministrado por la bulimia: el deseo resulta "aplastado" por la demanda siguiendo un movimiento que subvierte la acción separadora introducida por la maniobra anoréxica (Recalcati, 2004); es el objeto que muestra paradójicamente aquello que priva al sujeto y no la privación del sujeto la que lo conduce hacia el objeto siguiendo la metonimia del deseo. Las leyes actuales del mercado (que Lacan de modo sorprendente anticipó en su formalización del discurso capitalista) no tienen en cuenta al sujeto, sólo la necesidad de producir nuevos objetos

En la nueva clínica y en la nueva configuración de la demanda en el campo social, la tríada clásica síntoma-demanda-transferencia, que caracteriza el tiempo preliminar en la conducción de la cura de las neurosis se complejiza hasta desarticularse. Esta desarticulación es generada por el hecho de que los nuevos síntomas no dan cuenta del sujeto dividido. Más específicamente, en la nueva clínica, el síntoma no está más del lado del sujeto barrado, pero parece colocarse sobre aquello que remite al S1, es decir, sobre el plano de una identificación no histérica, la cual hace difícilmente practicable ya sea la rectificación subjetiva, o la histerización del discurso del analizante.

PARTE II

V. LA CREACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD Y LA OFERTA DE PSICOTERAPIA.

- **Los Centros de Salud de Atención Primaria de La Plata: características y referencias.**

Al hablar de la salud pública necesariamente tenemos que referenciar a la Declaración de Alma-Ata (1978) que aconteció en una época en que la mayoría de los países de la región de América del Sur estaba gobernado por dictaduras militares. En el caso específico de Argentina, la Declaración coincide justamente con un momento crucial del desmantelamiento del sistema sanitario nacional y de la transferencia de servicios y responsabilidades a las provincias. Cuando se produjo la reunión del Alma-Ata, se decidió rebautizar a los programas sanitarios como programas de Atención Primaria de Salud (APS). La estrategia queda así asociada a un conjunto de acciones sanitarias programadas, de baja complejidad y conducidas por médicos, a partir de un hospital base que llegan a la población a través de centros periféricos y los agentes sanitarios, mediante rondas sanitarias. (OMS, 1978, p. 7)

A pesar de las contradicciones del período neoliberal y de la crisis que transitó en 2001-2002, o quizás por ellas, se verificó una expansión significativa del personal de salud que se desempeña en el primer nivel de atención. La descentralización política permitió que múltiples instancias provinciales, y sobre todo municipales, “se animaran” a abrir centros de salud, los cuales, en ausencia de una política rectora, impulsaron un verdadero “collage” de modelos de impacto cruzado, en la medida en que una proporción creciente de los presupuestos de las residencias médico-profesionales y otros programas de formación de posgrado fueron dedicadas a especialidades que utilizan el primer nivel como escenario de aprendizaje.

En este sentido, es que podemos plantear que la estructura de atención pública de la salud en la Argentina se

concentra principalmente en aquellos que no disponen de cobertura formal y que ingresan al sistema a través de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y los hospitales. En dichos Centros se brinda asistencia sanitaria esencial, basada en métodos, tecnologías y prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables puestas al alcance de todas las familias. El Centro de Salud es el primer contacto que toman las personas con el sistema de salud público y donde se efectúan las primeras acciones de asistencia sanitaria. Sus servicios están adaptados a las necesidades de la comunidad de cada barrio en particular. En él se realizan actividades de prevención, promoción y educación de la salud, como así también de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Desde estos Centros de Asistencia y el modelo que en ellos se rige, se llama atención primaria a la salud mental (APSM) a la aplicación del modelo médico de la “asistencia centrada en el paciente” para el trabajo interdisciplinario de atención a la salud mental en la comunidad, apoyándose en la atención primaria de salud (APS). Esa forma de atender (promocionar y tratar) los temas de salud y salud mental poseerá, esquemáticamente, una serie de características fundamentales.

1. Una vinculación teórica con la línea de APS
2. Una vinculación práctica en los dispositivos concretos de APS: esa línea de trabajo implica que los problemas de salud mental, así como la prevención en ese campo, han de ser un ámbito compartido entre los equipos de atención primaria (EAP), de pediatría y de medicina de familia, por un lado, y los equipos de salud mental (ESM) comunitarios, por otro.
3. Ambos tipos de equipos, además, deberán encontrarse suficientemente interrelacionados con el resto de las redes asistenciales profesionalizadas de su medio: servicios sociales, servicios psicopedagógicos, servicios de justicia, servicios de bienestar comunitario.
4. Y habrán de poder compartir el trabajo con la red social no profesionalizada: grupos vivenciales naturales de la población, ONG, actividades recreativas y deportivas, etc. Los motivos para esa necesidad de “trabajo compartido” en la atención a la salud mental son también de dos tipos. En primer lugar, por la alta incidencia y

prevalencia de trastornos mentales en la población general: cerca del 30% en las poblaciones de adultos y un 15-20% de los niños. A nivel preventivo, el ingente y siempre creciente número de consultas realizadas en la APS hace pensar que resulta un lugar accesible para la realización de pequeñas actividades preventivas o asistenciales (en el campo de la salud mental y la asistencia psiquiátrica), siempre que no alteren de forma importante el encuadre básico de dichas consultas: un encuadre que ha de ser biopsicosocial, integral y no reducidamente psicologista. De la línea de APS, la APSM recogerá sus características fundamentales de intentar, una asistencia que incluya también la atención y la asistencia a la salud (mental), es decir, a los componentes psicológicos de la salud.

5. Intentará, por tanto, que esa alianza amplíe las características típicas de la APS en este ámbito. Que amplíe a los temas psicológicos y psicosociales los objetivos de una atención integral, integrada, continuada, permanente, activa, accesible, basada en equipos interdisciplinarios y biopsicosociales, comunitaria y participativa, programada-evaluable y con docencia e investigación en su propio nivel. Desde el punto de vista psicosocial, ello significa que las características de dicha asistencia serán las que se señalan en la tabla 2. Habrá de tratarse de una organización sanitaria que se proponga siempre acercar la asistencia a la población, integrándola en equipos territorializados e individualizados. Su perspectiva de asistencia será una perspectiva diacrónica: gran parte de las quejas y problemas no se solucionan en una consulta, con urgencia, sino a lo largo de una relación asistencial, en múltiples consultas a lo largo de las semanas, los meses e incluso los años. Su modelo teórico, técnico y práctico, por tanto, ha de ser biopsicosocial. Por último, encontramos llamativa el cambio en este marco de hablar de atención primaria y no de asistencia primaria porque ello implica el intento consciente, voluntariamente organizado, de integrar prevención-promoción y asistencia: a eso es a lo que se llama atención sanitaria.

Desde este modelo integrado que venimos hablando y desde el cual se inserta el ejercicio profesional del psicólogo en el campo de la salud mental, se proponen objetivos de la psicología en atención primaria:

a) Mejorar el reconocimiento de las necesidades de salud mental en dispositivos médicos.

- b) Mejorar la colaboración en la atención y el manejo de pacientes con problemas psicosociales en Atención Primaria.
- c) Incrementar la disponibilidad de recursos internos de Atención Primaria para ayudar a atender los problemas psicosociales o de salud mental de los pacientes y aportar un rápido feedback al profesional sanitario, sin derivar al paciente a un servicio especializado.
- d) Mejorar el encaje entre la búsqueda de atención por parte de los pacientes y los servicios que se les presta en Atención Primaria.
- e) Prevenir los más serios problemas de salud física y mental a través de la detección y la intervención temprana.
- f) Evaluar por parte del profesional de salud mental cuando resulta apropiado derivar a un paciente a servicios de salud mental especializados para que reciba un tratamiento más intensivo.

Específicamente, ubicándonos, en el plano local y de recolección de la información para la casuística, es necesario mencionar que en la ciudad de La Plata, según el plan de salud que presenta la Municipalidad dentro del marco de la Atención Primaria en la Salud (APS), hay 45 unidades sanitarias municipales, cada una de las cuales cuenta con equipamiento y personal profesional las 24 horas, los 365 días del año. Con el objetivo de mejorar la accesibilidad a los servicios de los grupos sociales más vulnerables y asegurar la calidad de la atención, la política general de la dependencia municipal apunta a aumentar las actividades preventivas en consultorios y en terreno. El nuevo modelo de gestión en salud que se impulsa es el de organizar la asistencia sanitaria desde los CAPS. Así fueron delineadas las áreas de responsabilidad geográfica de los CAPS, en los que se cuenta con información acabada de las características sociosanitarias de los habitantes de la misma.

Desde la Secretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata, se promueven diferentes programas y planes promocionales, como el Plan Materno Infantil; Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable; Programa de Fortalecimiento de la Atención de la Violencia Intrafamiliar en APS; Programa de HIV; y también

y el nos atañe en cuanto al presente trabajo, el Programa de Salud Mental.

Desde el programa municipal de salud mental desde la Secretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata, se promueve un modelo de atención en salud mental que contempla el establecimiento de estrategias que consideren la participación de la comunidad en el proceso de salud-enfermedad-atención. Se apuesta a la articulación y construcción de redes entre los diferentes actores y escenarios institucionales para orientar las prácticas desde una mirada intersectorial en la problemática de la salud mental, buscando como impacto cambios en el sistema de salud, en la comunidad en general y en los sujetos en particular. De esta forma, se puede ver que tanto desde el programa de salud mental como de lo que se ofrece desde la Secretaría de Salud del municipio, hay una oferta de psicoterapia, de atención psicológica como un servicio gratuito a la población.

Como ya se ha expuesto anteriormente, la atención en el primer nivel prioriza la accesibilidad del paciente a la consulta y la menor complejidad de las patologías, entendiendo por patologías de mayor complejidad a las psicosis, adicciones, patologías con compromiso neurológico severo, HIV/SIDA, etc. que requieran de dispositivos específicos de atención propios del segundo y tercer nivel. Respecto de las patologías del consumo, a partir del año 2010, el municipio ha implementado un Programa de Atención Primaria en Adicciones, en el marco del cual se ha establecido que las primeras consultas por problemática de adicciones podrán realizarse en los CAPS. En virtud de la escucha del profesional de salud mental interviniente, se despejará en cada caso la particularidad de la relación de quien consulta con el tóxico, a fin de determinar el ámbito adecuado para un tratamiento posible: Centro de salud, Centro u hospital especializado (CPA, Hospital Reencuentro), comunidad terapéutica, etc. Los casos de psicosis que requieran de un dispositivo hospitalario para su atención según el criterio del profesional interviniente, se derivarán al Hospital Neuropsiquiátrico "Alejandro Korn" o al Hospital General de referencia según cada área programática. Los casos de HIV/SIDA son derivados al Centro de Salud Especializado N°13. Y lo casos que requieran tratamientos con niños podrán ser derivados según criterio del profesional a psicólogos de otros centros de salud más cercanos al

área de referencia que ejerzan esta práctica o a instituciones correspondientes donde puedan recibir dicha asistencia.

Los Centros de Atención Primaria en la ciudad de La Plata existentes son los siguientes teniendo en consideración la dirección y la zona de la ciudad en que se encuentran. (Ver Cuadro a continuación)

Cuadro. Distribución de los Centro de Salud de la Ciudad de La Plata *

Centro de Salud	Zona de la Ciudad	Dirección
1	Los Hornos	Calle 145 entre 59 y 60
2	Los Hornos	Calle 66 y 143
3	San Carlos	Calle 45 entre 146 y 147
4	Villa Elisa	Centenario y Arana
5	City Bell	Calle 12 y 19
6	Villa Elvira	Calle 122 entre 80 y 81
7	Villa Elvira	Calle 7 y 82
8		
9	Tolosa	Calle 528 bis y 2 bis
10	Abasto	Calle 208 y 516
11	Arturo Seguí	Calle 143 y 414 bis
12	Gorina	Calle 138 y 481
13	La Plata	Calle 41 entre 10 y 11
14	Tolosa	Calle 16 entre 529 y 530
15	Tolosa	Calle 520 y 118
16	Los Hornos	Calle 66 entre 173 y 174
17	City Bell	Calle 27 y 449
18	Lisandro Olmos	Calle 45 entre 187 y 187 bis
19	Villa Elvira	Calle 4 y 611
20	San Carlos	Calle 139 entre 33 y 34
21		Calle 131 entre 639 y 640
22	Villa Elvira	Correa
23	Etcheverry	Calle 53 y 228
24	El Peligro	Ruta 2 KM. 44,500
25	Ringuelet	Calle 514 y 12

26	Villa Elvira	Calle 126 y 605
27	Tolosa	Calle 526 entre 24 y 25
28	Gonnet	Calle 10 y 491
29	Gonnet	Rep. De los Niños
30	La Plata	Calle 20 y 50
31	Romero	Calle 186 y 492
32	Hernández	Calle 131 y 510
33	San Carlos	Calle 142 y 520
34	Romero	Calle 156 entre 528 y 529
35	Villa Elvira	Calle 121 entre 99 y 600
36	Villa Elisa	Calle 412 y 29
37	Los Hornos	Calle 137 entre 78 y 79
38	City Bell	Calle 7 y 477
39	Villa Elisa	Calle 412 entre 116 y 117
40	La Plata	Calle 59 entre 7 y 8
41	Elizalde	Calle 84 entre 131 y 132
42	B° Malvinas	Calle 149 entre 35 y 36
43		Calle 7 y 632
44	Los Hornos	Calle 59 y 154
C.I.C	El Retiro	Calle 46 y 158
46	Altos de San Lorenzo	Calle 16 y 608

*Información suministrada por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata.

Sin embargo, se puede situar un gran diferencia en relación por ejemplo a los dispositivos dependientes de la Secretaría de Salud de la ciudad de la Plata, y aquellos que funcionan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en donde los niveles de atención están organizados de diferente manera, presentando la existencia de dos Centros de Salud Mental, que en el caso de La Plata no existen. Los CAPS de la Plata, corresponden a los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de Capital Federal que están diseminados en los barrios de la ciudad y (bajo un concepto de Atención Primaria de la Salud) son la puerta de entrada al sistema público sanitario. El segundo y tercer nivel de salud mental se compone de: Hospitales Monovalentes, Hospitales Generales de Agudos con Servicios de Salud Mental, Hospitales Generales de Niños con Servicios de Salud

Mental, Hospitales Especializados en otras patologías con Servicios de Salud Mental (atienden solo la demanda interna del hospital). Centros de Salud Mental, Talleres de Rehabilitación en Salud Mental. En lo que atañe al presente trabajo, los Centros de Salud Mental son: el Centro de Salud Mental y Acción Comunitaria N°1 “Dr. Hugo Rosarios” y Centro de Salud Mental N°3 “Dr. Arturo Ameghino”, que son centros dependientes de la Ciudad de Buenos Aires. Podemos mencionar el caso del Centro N°3 que fue fundado en 1948, por la Secretaria de Salud Pública de la Nación inicialmente como “Instituto de Psicopatología Aplicada” con el fin de proveer atención a lo que por entonces constituía el emergente campo de la Salud Mental, que incluía a los denominados psicópatas, neuróticos y toxicómanos y, en general, distintos padecimientos psíquicos inasequibles a tratamientos de base médico-orgánicos ni intergrantes de la clase de los “alienados mentales”; así como de la promoción de la investigación y de la formación de profesionales que se desempeñen en estas disciplinas emergentes.

En el año 1963, como planteamos previamente, se crean en Argentina otros Centros de Salud Mental y Servicios de Psicopatología en hospitales generales, como alternativa a los hospitales psiquiátricos (como el Borda y el Moyano). En el año 1967, recibe el Centro la denominación actual: “Centro de Salud Mental “Dr. Arturo Ameghino”. Once años más tarde fue transferido a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, dependiendo como un servicio más del Hospital Ramos Mejía, para ser transferido a la Dirección de Atención Médica de la Municipalidad de Buenos Aires (actualmente Ciudad Autónoma de Buenos Aires). En el año 1983 se produjeron concursos de concurrencias y se corroboró un aumento en la demanda tanto de asistencia como de formación de profesionales. En 1985 comienza a dictarse en el Centro el Curso prolongado de posgrado en Psicoanálisis. Finalmente, en 2001, se aprobó la estructura organizativa de la institución que permitió entonces el nombramiento de un director. Actualmente el Centro cuenta con profesionales Médicos Psiquiatras, Neurólogos, Psicólogos, Médico Clínico, Fonoaudiólogos, Psicopedagogas, Asistentes sociales, Enfermeros, como así también personal administrativo que trabaja en

los diferentes Equipos y Servicios: Adultos y Gerontes; Alcoholismo; Bulimia y anorexia; Emergencias; Grupo; Hospital de día; Infante-Juvenil; Pareja y Familia; Prevención; Toxicomanías.

- **La problemática de la consulta al Servicio de Salud Mental de los CAPS: la admisión-derivación.**

Tal como se ha planteado, lo que sigue concierne con las condiciones institucionales de la práctica de los profesionales de la salud mental, y de aquellos analistas insertos en dichas instituciones.

La admisión en el servicio de Salud Mental, ya sea de un Hospital General en general o como es el caso de nuestra casuística en los Centros de Salud, constituye un dispositivo singular, de acuerdo al modo en que lo concebimos, bajo cuyas coordenadas se entrecruzan el discurso médico y el discurso psicoanalítico. Se lo puede considerar como un dispositivo en el que se prefiguran los ejes de posibilidad en el inicio o no de un tratamiento, a partir de lo cual, aquello que allí se despliegue será lo que genera la construcción de una derivación o intervención correspondiente.

Se trata de un proceso sometido a permanente interrogación, de modo tal que los efectos en él producidos, se verificarán o no en el interior de la dirección de la cura posterior. De allí que las cuestiones giran, precisamente, alrededor de ese cruce discursivo intrínseco al trabajo que promueven los significantes del saber médico y los ofrecidos por el Psicoanálisis desde el momento en que un sujeto consulta.

Hablamos de dispositivo porque está hecho de una espacialidad relativa y una temporalidad lógica que es necesario definir en cada caso. Es decir, una admisión no sólo comienza o se produce en el espacio del consultorio del Servicio. A veces se inicia en la guardia general, en un pasillo, en una sala de internación, en otra consulta con otra especialidad. Sin embargo, el tiempo que media entre apertura y cierre no resulta una variable de fácil acceso.

Con esto, es importante también, tener presente que los modos de llegada a una admisión en un Servicio de

Salud Mental son múltiples:

- Por demanda espontánea: entendemos por ello al pedido de turno para una admisión sin derivación previa de profesional médico u otro dispositivo.
- Por derivación de otras especialidad médicas, en muchos casos por fallas en lo simbólico que se traducen, por ejemplo, en síntomas corporales (clínica médica, dermatología, cardiología, obstetricia, etc) o porque el profesional escucha algo que se vuelve refractario al campo de su saber.
- Por derivación de otros dispositivos (internaciones en Hospitales Monovalentes, hospital de día, CAPS, otras instituciones públicas, etc).

Los criterios de admisión que en el Protocolo de Salud Mental en Atención Primaria (2011) de la ciudad de La Plata se señala algunas cuestiones: en el primer nivel de atención se realizan entrevistas, sin distinción etaria a niños, adolescentes, adultos y ancianos. En el dispositivo de admisión se realiza la evaluación del caso, diagnóstico, pronóstico y la pertinencia del tratamiento en el Centro de Salud o su derivación a un Centro especializado. En esta admisión se prioriza la atención a la población vulnerable o de escasos recursos económicos, que no tiene cobertura de obras sociales.

La admisión es un dispositivo, un proceso, un campo que abre la interrogación sobre el inicio de las entrevistas hacia un tratamiento, un análisis, un tratamiento psiquiátrico, una internación, una derivación a hospital de día, o bien, una “no admisión”. La jerarquización de ese espacio implica ubicar qué del motivo por el que consulta se desliza hacia la formalización de una demanda

Como nos señala Rubistein (2014), la consulta es un término que vale tanto para la institución como para el Psicoanálisis. En cambio, la admisión, es un término que viene más allá del campo semántico y discursivo de la salud pública y de las instituciones. Sin embargo, todo el tema de a quién se recibe, qué es lo que se recibe, si se deriva o no, son temas que afectan también a la práctica en otros ámbitos. En el marco institucional, como nos menciona la autora, la admisión, como término de la salud pública: “es la entrevista que se realiza a todo paciente que ingresa al servicio por primera vez, la que se utiliza para registrar datos de

filiación, motivo de consulta y elaborar un diagnóstico presuntivo, a fin de establecer si corresponde: 1) su ingreso y posterior derivación al tratamiento adecuado; 2) su derivación a otros servicios hospitalarios; 3) no requiere tratamiento alguno.” (Rubistein, 2014, p.7) Es decir, los resultados de la admisión son 3: se lo acepta, se lo deriva, se lo rechaza. La necesidad de realizar una entrevista de admisión radica en responder a la demanda de tratamiento de cada sujeto que consulta y al mismo tiempo regula la derivación interna evaluando el nivel de urgencia del consultante, por un lado, o la derivación externa a otra institución en caso de que el tratamiento a ofrecer no se adecue a la situación del paciente.

Cuando hablamos de admisión, estamos ubicados en el marco hospitalario y de la salud pública y con ese término se piensa la entrada a la institución. Pero como dijimos el término admisión no forma parte del discurso del Psicoanálisis. La admisión en el terreno de la salud pública pone en relación los recursos y la oferta que se hace por parte del servicio, con la demanda en juego. Entonces el servicio define su oferta y pone restricciones, tratándose de ver si quien demanda puede ser atendido, si los recursos de los que se dispone permiten recibir esa demanda. La admisión se desarrolla en un tiempo breve pero suficiente, como para poder recibir al aquel que consulta, enunciar las normas institucionales y tomar decisiones respecto de si el profesional a cargo del centro de salud (en los CAPS de La Plata encontramos 1 profesional de psicología y ninguno de psiquiatría para responder todas las demandas) seguirá entrevistando al sujeto o si es necesaria una derivación. Entonces, efectuar una derivación puede resultar necesaria por varios motivos, por ejemplo psiquiátricos.

Si bien en la admisión, hay datos formales y normas institucionales que se intentan ubicar y seguir, lo que intentamos captar, fundamentalmente, es la singularidad de cada paciente. Se entiende por normas institucionales a ciertos criterios generales y objetivos a tener en cuenta en toda admisión: edad del paciente, diagnóstico, tratamientos anteriores, antecedentes de internación, derivación, entre otras. Aunque contamos con estos criterios generales y objetivos, podemos decir que la admisión es un espacio en el cual desde el primer momento se oferta una escucha. En nuestro caso en particular, el del Psicoanálisis, lo que se admite

esencialmente, es la posibilidad de apertura de esta dimensión subjetiva desde y sobre la cual opera la práctica analítica. En esa forma que demanda el paciente, ya escuchamos esa singularidad propia de cada sujeto. Entonces, del lado del que consulta, hay que ubicar un sujeto o alguien como dice Miller (1999), que pide ser atendido, que habrá que ver si se convierte o no en paciente, y si se convierte o no en analizante. Además hay que ubicar el momento subjetivo de alguien que por alguna razón pide una ayuda. Resulta necesario aquí como mencionamos previamente, la diferenciación de lo que es la demanda de ayuda de lo que es la demanda de análisis. Sin embargo, ante ese pedido de ayuda, es necesario discernir que el momento de la consulta no siempre coincide con el desencadenamiento de lo que puede ser la producción sintomática. Por lo tanto, parte del trabajo de admisión es ubicar por qué consulta ahora, qué se le ha vuelto insoportable, ¿un síntoma? ¿una vacilación fantasmática? ¿un encuentro contingente con algo traumático? Entonces vemos que resulta importante precisar cuál fue el momento en el cual apareció aquello que lo llevó a la consulta. Así como también se trata de encontrar cuál es la demanda del sujeto si la hubiera, aún cuando no se presente claramente, y cuál es el punto de su demanda que puede causar y justificar la iniciación de un tratamiento. Es en este sentido, que el espacio de admisión es una puesta en forma de la demanda, no necesariamente del síntoma porque el síntoma hay que ponerlo en forma para la entrada en análisis. Pero para iniciar un tratamiento, algo de la demanda tiene que sostenerse de un modo tal que se justifique que alguien pueda consentir a la iniciación de un tratamiento. Esa es la función de la admisión para nosotros. En otras palabras, el trabajo con la demanda implica que hay alguien que tiene un hueco donde localizar algo de ese padecimiento, y forma parte del trabajo del oyente en la admisión poder encontrar ese punto de demanda y encauzarlo para un tratamiento posible. Hay casos en que es difícil encontrar ese punto de demanda que justifique que inicie un tratamiento, a veces cuesta producirlo. Y en la variedad de las consultas, de un extremo al otro, hay que encontrar un modo singular de situarse allí con lo que el paciente trae, en el punto donde está, con la subjetivación de su padecimiento, y si ese punto está muy oscuro tratar de clarificarlo.

(Rubistein, 2014)

VI. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

La investigación propone en primer termino una revisión teórica del problema delimitado, utilizando un método argumentativo crítico que se basará en la exégesis bibliográfica establecida en este plan contemplando los puntos de investigación formulados previamente como interrogantes.

A partir del análisis previo de la discusión en Psicoanálisis sobre su aplicación terapéutica en instituciones realizamos una exploración descriptiva empírica que apunta a establecer las las principales coordenadas que organizan los diferentes agrupamientos de las presentaciones de los síntomas en la demanda asistencial En un Centro de Salud de la ciudad.

Para obtener cierta información pertinente a fines de elaborar la casuística de la investigación empírica, se considerarán dos categorías de análisis:

- 1.- la presentación del síntoma, sus particularidades y las condiciones de su emergencia.
- 2.- su articulación con la demanda de tratamiento y sus relaciones con la institución.

El recurso de la entrevista de admisión, crucial para la entrada al dispositivo asistencial nos permite diferenciar los tipos de presentaciones y las modalidades de expresión de la queja. Por otro lado, la selección y el seguimiento de los casos para realizar el tratamiento nos permitirá analizar las intervenciones analíticas efectuadas y las condiciones que regulan su eficacia en el marco institucional. A fines de la elaboración de la casuística, la información será recogida en una ficha clínica elaborada específicamente para la recolección y sistematización de la información en la primera parte del recorrido de la investigación. (Ver Ficha Clínica) De esta manera, tanto las entrevistas de admisión como las fichas clínicas sirvieron para elaborar la casuística y delimitar las características generales de la población que concurre al Centro de Atención Primaria en Salud para su análisis. La ficha clínica elaborada en los primeros meses de trabajo de la investigación resume los principales aspectos que consideramos de importancia en las entrevistas de admisión. Dicha ficha es completada tras las admisiones con los datos recolectados durante las entrevistas ejecutadas. Esta ficha

clínica sirve además para la sistematización y análisis de la información que se ha extraído, determinando ciertas categorías importantes que permitan una aproximación de los principales motivos de consulta en este tipo de servicio de salud. En esta dirección tomaremos en cuenta el origen del que provienen, la posición subjetiva del consultante ante la demanda, la existencia de tratamientos previos sean psicológicos o psiquiátricos, así como las variadas modalidades de presentación, condicionadas por las características particulares de la cultura de la época, que otorgan cualidades especiales a la demanda de asistencia en un momento dado.

Los operadores conceptuales que orientarán el análisis de los textos estarán centrados en las diferentes nociones y conceptos de la atención psicológica en este espacio de atención considerado de prevención y asistencia. Asimismo nos han resultado fundamentales las diferentes nociones y conceptos del campo lacaniano del Psicoanálisis sobre el tema de la demanda, de la presentación del síntoma y de la inserción del Psicoanálisis en la oferta social actual. Nos resulta de importancia asimismo los problemas y críticas que tal práctica ha suscitado, problemas diagnósticos, y críticas al criterio de focalización y obtención de resultados terapéuticos.

Ficha Clínica

FICHA

Fecha de Admisión _____

Psicólogo _____

Apellido y Nombre _____

Fecha y Lugar de nacimiento _____

Ocupación _____

Estudios _____

Principales antecedentes del motivo de consulta:

Motivo de consulta:

- Inicial _____
 Derivado por _____

Tratamientos:

- Actuales _____
- Previos _____

Principales síntomas _____

Composición y situación familiar _____

Situación Actual de Residencia (lugar, condiciones, etc.) _____

Tratamiento Farmacológico _____

Hipótesis diagnóstica _____

Duración del tratamiento _____

Interrupciones _____

Particularidad del caso _____

Principales dificultades encontradas en el tratamiento _____

Comentarios _____

VII. CASUÍSTICA Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS: RESULTADOS.

- **La investigación clínica en los Centros de Salud de la Municipalidad de La Plata.**

1. Planteo General.

Nuestro trabajo ha partido del reconocimiento sobre la consideración y también la importancia en la actualidad de la salud mental tanto a nivel de política pública como de las diferentes orientaciones teórico-clínicas. Dicha temática, con el transcurrir del tiempo, se ha convertido en un campo de mucha reflexión y preocupación. Por este motivo, nos propusimos abordar un tema en que todavía no se cuentan hasta la fecha con estudios sistemáticos en la ciudad de La Plata, tomando como instituciones de relevamiento para la casuística a los Centros asistenciales de Salud Pública, y por lo tanto, apuntamos a evaluar tanto la presentación sintomática como la especificidad de la demanda de tratamiento psicoterapéutico en las consultas de los pacientes en los servicios de salud dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de la ciudad de La Plata.

Hemos tomado como referencias muy importantes las investigaciones tituladas: El Psicoanálisis Aplicado a la estadística: un estudio sobre 200 casos de urgencia”; “Proyectos terapéuticos bajo la clínica psicoanalítica en el hospital público”; “Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental”; “Análisis comparativo de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental en cuatro hospitales del MERCOSUR: Hospital de San Isidro (Buenos Aires), Hospital San Bernardo (Salta), Hospital Maciel (Uruguay) y Hospital Das Clínicas (Brasil). (Belaga, 2015)

En los Centros de Atención Primaria de la Salud que hemos realizado la experiencia clínica para nuestra investigación, se brinda asistencia sanitaria esencial, basada en métodos, tecnologías y prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables puestas al alcance de todas las familias, tal como se describe en los lineamientos de la Atención Primaria en Salud, modelo sobre el cual se asientan dichos

dispositivos. Sin embargo, una reconstrucción del campo de la salud en Argentina ha permitido verificar que, bajo la denominación genérica de la Atención Primaria de Salud, se han cobijado un conjunto de dispositivos de atención provenientes de diferentes tradiciones de la Salud Pública.

Los cambios en el enfoque de salud y la alta prevalencia de las consultas por los llamados trastornos mentales contribuyeron a introducir innovaciones en las políticas de salud mental y a la decisión de incorporar en los servicios de Atención Primaria de la Salud (APS) a profesionales no integrados con anterioridad, como los psicólogos. En consecuencia, de acuerdo con las normas ministeriales y según los diferentes planes de acción en torno a la salud mental existentes, los centros de salud de atención primaria deben poner en práctica acciones médicas y psicosociales orientadas a la atención de los problemas de salud mental. Estas acciones deben abarcar tanto actividades de psicoeducación, apoyo emocional y entrenamiento en habilidades, como de rehabilitación social y laboral, y deben estar orientadas a la prevención y el tratamiento de los problemas de salud mental. Estas acciones pueden estar a cargo de psicólogos o de otros profesionales del equipo de salud mental que trabajan en los servicios de APS. Siempre considerando que según la Ley de Salud Mental N°26657, el trabajo en este ámbito debe ser interdisciplinario. No podemos dejar de reconocer que la gran prevalencia de consultas en estos servicios de salud mental conforman una situación compleja en el nivel primario del sistema sanitario público. Esto se debe a que en ese contexto no es posible aplicar el modelo de atención clínica y asistencial-individual debido a la enorme cobertura que requeriría. Por este motivo es que cada planteo sostiene que este nivel primario de atención debe abocarse hacia la atención de los problemas de salud mental leves o moderados mediante estrategias propias de ese nivel de atención que permitan resolver una mayor proporción de esos problemas. Por ello, es que en ese escenario se necesitan acciones de prevención y promoción de la salud, basadas en estrategias esencialmente grupales y comunitarias. Este ha sido precisamente el enfoque con la creación de los servicios de salud mental en redes, en las que participen tanto el sector salud y otros sectores como las pacientes y sus familiares y en las que las organizaciones locales desempeñen un papel destacado en el desarrollo de los

servicios.

En la ciudad de La Plata, según el plan de salud que presenta la Municipalidad dentro del marco de la Atención Primaria en la Salud (APS), como hemos planteado previamente se ofrecen un gran cantidad de dispositivos de atención, para brindar un servicio a aquellos que entrarían en la categoría social de “vulnerables”. Para ello no solamente se brinda asistencia psicológica, sino también se promueven diferentes programas y planes promocionales, todo ello de manera gratuita.

Es en este sentido que se nos plantea la cuestión: ¿de qué manera se relaciona la inserción del Psicoanálisis en las Instituciones de Salud con requisitos, lineamientos y características específicas? El alcance terapéutico del Psicoanálisis trasciende hoy las fronteras del consultorio privado para tomar su lugar en el campo de la salud mental, en instituciones públicas, en diferentes dispositivos de atención, en una amplia variedad de casos que aún cuando se alejen de los términos puros que pueden dar lugar a una entrada en análisis, pueden beneficiarse con el encuentro con un psicoanalista. Se trataría para nosotros de preservar en el seno, de las instituciones y en diferentes espacios de intervención un espacio para la singularidad del sujeto. Llegados a este punto, la cuestión es la siguiente: ¿Cuál es el lugar del Psicoanálisis en este panorama que acabamos de esbozar? ¿Qué papel creemos que le corresponde al Psicoanálisis ante un problema social de actualidad como es el de la asistencia pública a la salud mental? Es así que se supone que el concepto mismo de “salud mental” se edifica sobre un conjunto multidisciplinario en el que el mismo Psicoanálisis tendría su lugar, junto a la psiquiatría, la psicología, la sociología, el trabajo social, la epidemiología y otras disciplinas.

Inmerso en esta época, el Psicoanálisis tiene que arreglárselas para sobrevivir como se plantea muchas veces desde el Psicoanálisis mismo de orientación lacaniana, y lo hace desde una posición que, inevitablemente, lo deja en los márgenes del paradigma, pues resiste y rechaza que su discurso vire hacia el de la ciencia, que como vimos excluye al sujeto. Sin embargo, debemos aclarar que ubicarse en los márgenes no equivale a ser marginal. También como hemos visto las instituciones de salud son lugares de

inserción en los que se demanda nuestra presencia pero, a su vez, se nos imponen condiciones que van a contrapelo de la ética del Psicoanálisis de orientación freudo-lacaniana.

2. Análisis y reflexiones en función a la casuística.

Asistimos en la actualidad a importantes cambios en las presentaciones clínicas, tal como venimos planteando, que convocan a una rigurosa reflexión acerca de si se trata de las clásicas estructuras psicopatológicas planteadas por Freud (neurosis, psicosis y perversión) que adoptan renovados modos de presentación acordes con el imaginario social de los tiempos (caracterizado por la promoción de los objetos de goce que reemplazan a los ideales en eclipse), o si por el contrario nos enfrentamos a las “nuevas formas de síntomas”, como lo piensa Massimo Recalcati, al referirse a “aquellas posiciones subjetivas (anorexia, bulimia, adicción a las drogas, etc) en las cuales falta o es deficitaria la articulación metafórica del síntoma”. (2003, p.11)

Vemos que la época en que vivimos busca producir un sujeto controlable y dúctil a la formas de dominio de los poderes actuales. Es así que la bio-política tiene necesidad de pasar a través de la medicalización de lo que en una época eran las conductas morales, opacando la elección que está en el fondo de cualquier posición humana. En realidad aseveramos que los nuevos síntomas no son tan nuevos, no más de lo que lo era la histeria en los tiempos de Freud y Charcot. Lo que es nuevo es la etiqueta con que son clasificados, y sobre todo la modalidad de demanda con la que son presentados. Esto tiene una correlación con las expectativas de la época, porque en los tiempos del Psicoanálisis de Freud, el sujeto se acercaba al tratamiento esperando una curación podemos decir por medio de la verdad, mientras que ahora se aproxima buscando una curación por medio de la norma. No podemos dejar de decir que pareciera que la norma se transformó en el canon de salud para la medicina científica en la cual la curación ratifica el retorno a la normalidad. Entonces encontramos que la norma contemporánea se simplifica en parámetros simples. No hay

grandes ideales ni designios de vasto alcance en juego. La vida se mueve frenéticamente en torno a la relación con el dinero, a la relación con el éxito social y a la relación con el sexo.

Desde aquí, creímos pertinente entonces interrogarnos por las coordenadas teóricas y clínicas que permitan el establecimiento de una caracterización de la presentación del síntoma a partir de una clínica diferencial en Psicoanálisis considerando la articulación entre la demanda y la oferta de la época en los dispositivos asistenciales. De esta manera, nos ha orientado el trabajo el interrogante acerca de las presentaciones sintomáticas, y la incidencia de lo social y lo cultural en la proliferación de las mismas en nuestra época. Sin embargo, nos encontramos en las consultas con sujetos que sufren, por diferentes motivos. Es ahí que buscamos la causa del malestar para establecer una dirección de la cura. Esta simple operación ubica nuestra práctica en el caso por caso, en el de la singularidad. Toma al sujeto en la división de su ser y toma en cuenta la demanda del paciente que dice “no sé lo que tengo”. En cambio como intentamos ir discerniendo, el discurso médico-científico excluye a la causa en su tratamiento del sufrimiento y establece una cura para todos iguales en base a pretender conocer y saber las razones del malestar. El Psicoanálisis, por el contrario, toma en cuenta la íntima relación que existe entre causa y cura. Se trata, entonces, de cernir la causa. Este sujeto con su síntoma es efecto de la causa. Efecto y causa están separados, hay una hiancia entre el sujeto y su causa. El sujeto no sabe lo que le ocurre pero al dirigir la pregunta al analista establece ya una suposición de saber. Establece la posibilidad de encontrar una respuesta a la pregunta por la causa del sufrimiento, respuesta que va a aparecer en los dichos del sujeto. El sujeto dividido por su no saber, vaciado de saber se dirige a quien supone saber. Uno de los pacientes de nuestra casuística presenta justamente esta cuestión en relación a su malestar y al saber: *“Arián de 16 años de edad consulta porque necesita alguien con quien hablar porque se angustia y se enoja mucho cuando por ejemplo no le alcanza el tiempo para tener sus cosas ordenadas. Confiesa que mejoró muchas cosas, pero quiere saber qué es lo que lo lleva a que siempre algo falte. El atribuye a que puede ser ambición pero lo desconoce, y por eso quiere saberlo”*.

Si la referencia a la clínica, también a través de la casuística, es aquí constante no es como una

ejemplificación de una teoría que se propondría a la vez como garantía suya sino como el lugar de la puesta en cuestión continuada del discurso del psicoanalista. Es un uso de la clínica que no sitúa el saber supuesto en el clínico como observador del fenómeno sino que parte del malestar de cada sujeto tomado como supuesto saber de su inconsciente y del deseo que lo habita. Y es así un uso de la clínica como respuesta a la clasificación actual de trastornos para los que tantas veces ya se ha diseñado previamente el tratamiento, en una falsa lógica de problema-solución propia de la época. Por el contrario, el síntoma tal como lo entiende el Psicoanálisis es él mismo un intento de solución que hay que descifrar para entender de qué pregunta singular se ha constituido como una respuesta.

Es en este sentido que en el curso de lo trabajado nos ha resultado de especial interés analizar diferentes perspectivas que han abordado el problema de la articulación psicopatología-clínica y condicionamientos socio-culturales. Todas estas perspectivas teóricas encuentran su fundamento en el reconocimiento de nuevas condiciones que caracterizan el malestar de la cultura, y buscan dar respuestas para establecer tal articulación, algunas de ellas planteando un relativismo extremo, otras matizado, atendiendo a la diferenciación de la forma y el contenido de los síntomas, así como su inserción en las diferentes estructuras subjetivas. Por consiguiente, las nuevas condiciones históricas y culturales no pueden ser desconocidas en su condicionamiento de la presentación de los síntomas y las estrategias necesarias para su transformación. La elaboración de la casuística permitió darnos algunas respuestas sobre los problemas planteados así como el surgimiento de nuevos interrogantes con intenciones de dilucidarlos, centrándonos en el análisis caso por caso, con la posibilidad de arribar a una elaboración de conclusiones generales. Es preciso situar la inscripción del motivo de consulta actual en la historia del sujeto, así como también las condiciones en que los fenómenos que determinaron la consulta pueden ser subjetivados a partir de la misma. El articulador conceptual con el que hemos trabajado es el concepto de "rectificación subjetiva", entendiendo como tal una inversión dialéctica que no apunta sólo a atender la queja yoica presente en la demanda manifiesta de consulta, sino a situar la posición subjetiva de cada consultante en relación al decir sobre el padecer que lo

trae a la consulta. Se trata de una rectificación que interviene en primer plano en el método freudiano, que parte de los dichos del sujeto para interrogar su posición respecto a ellos. En el tiempo de la consulta se actualizan aspectos de la historia del sujeto.

El objetivo de esta trabajo es el de desarrollar la problemática de la formalización de la demanda en la clínica lo que nos ha conducido a investigar para trazar un perfil de la población que acude a las consultas del servicio de salud mental en un Centro de Salud de Atención Primaria de la Ciudad de la Plata con la finalidad de establecer las características de la población consultante que permitieron pensar las estrategias de intervención desde el Psicoanálisis, siempre teniendo en cuenta la singularidad y la particularidad de los casos. También nos resulta necesario en este sentido conocer la particularidad de la época y su relación con las presentaciones clínicas actuales.

En el período abordado para el trabajo de elaboración de la casuística, que se llevó a cabo entre 2011-2015, se han asistido rotativamente a los Centros de Salud Municipal de La Plata N° 9, 25 y 27, en donde se han seleccionado un número de consultas en cuanto a las admisiones realizadas y al seguimiento de tratamientos.

El análisis del perfil epidemiológico de la población que llegó a consulta psicológica en los Centros de Salud y Acción Comunitaria de La Plata presenta características particulares que responden a condiciones demográficas, sociales, económica y poblacionales propias de la distribución geográfica en que se encuentran dichos Centros. Se pudieron extraer algunos números representativos a modo de presentación, en cuanto al sexo, edad, la existencia de tratamientos psiquiátricos/psicológicos previos, origen de la demanda, diagnósticos presuntivos, entre otra información que facilitó nuestro análisis. Nos centraremos entonces en el análisis de los motivos de consulta, de la presentación inicial del padecer. Es decir, que partimos, teniendo en cuenta los tiempos lógicos de Lacan, del instante de ver, de la queja, el malestar. Así la formalización del motivo de consulta constituye el punto de partida en el tratamiento en el que delimitaremos por qué consulta así como también la coyuntura de inicio del padecer. Si bien atendemos a la singularidad de

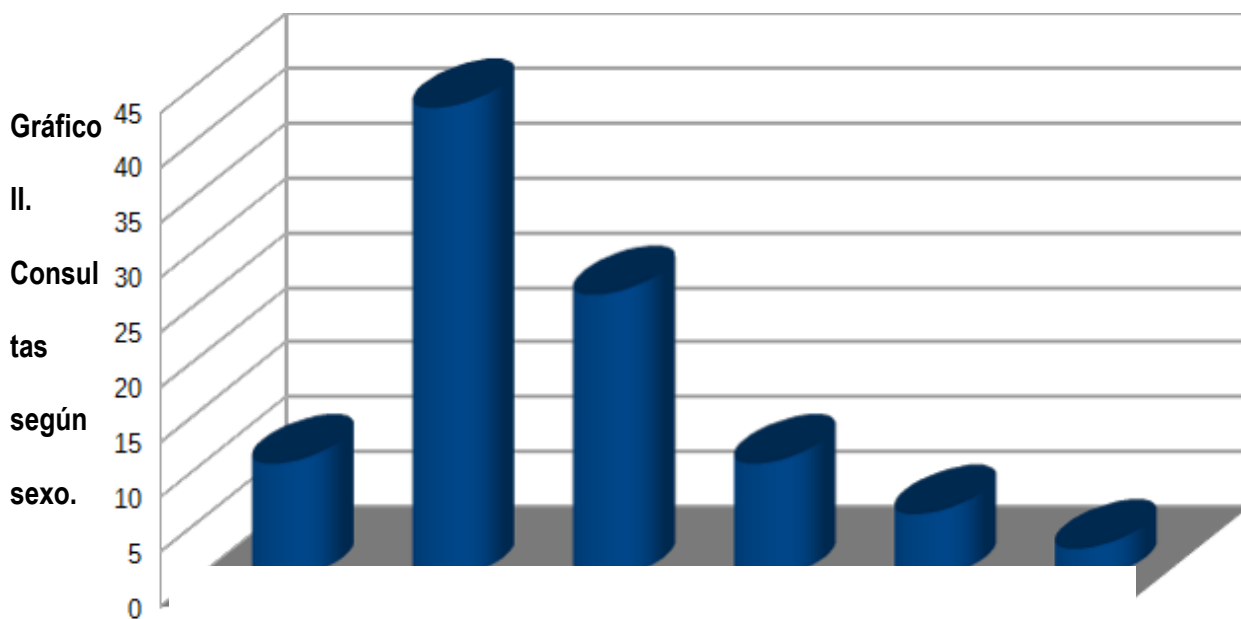
cada caso, razón por la cual desistimos de hacer clasificaciones generales, a fines expositivos de la presente tesis intentaremos presentar, en líneas generales, los principales motivos de consulta que reciben los dispositivos de atención pública.

Como hemos mencionado previamente, en el año 2011-2015 trabajamos con un número total de 65 consultas en el área de salud mental en la admisión de los diferentes Centros de Salud asistidos para realizar las tareas. El grupo poblacional que consultó con mayor frecuencia se encuentra entre los 21 y 30 años (43,18%), seguido del grupo que tiene entre 31 y 40 años (26,15%). La población infanto-juvenil menor a 14 años que consulta es siempre derivada a otros servicios de salud mental especializados en dicha atención, por no presentar ni las condiciones materiales (juguetes, recursos lúdicos, etc.) ni especialidad profesional para realizarla en los dispositivos que asistimos. **(Ver Gráfico I)**

Por otro lado, otro dato significativo del análisis de la población según sexo expresa que el conjunto de consultas que posee mayor frecuencia de concurrencia es el de las mujeres con el 77% respecto de los hombres con el 23% **(Ver Gráfico II)**, situación que era esperable dada la prevalencia de consultas de mujeres en los Servicios de Salud Mental como pudimos encontrar en las diferentes estadísticas públicas.

Por otro lado, entre los sujetos que utilizan los servicios de salud por problemáticas subjetivas, el 90% no cuenta con cobertura de Obras Sociales o Empresas de Medicina Privada, situación que se corresponde en cuanto al nivel ocupacional, del que surgen datos interesantes referidos a la vulnerabilidad económica, ya que del total de sujetos el 48% no trabaja. Del total de la muestra solamente el 30% tiene trabajo estable, y un 15% no trabaja desde hace más de un año, signos que se manifiestan sea por el lado de una melancolización de la vida, centrada en la angustia, la inhibición y el estancamiento, o por el lado compulsivo y agresivo de no saber qué hacer para cambiar su situación, buscando por todos los medios incesantemente y encontrando sin embargo diversas frustraciones. Entonces encontramos que muchos de los casos que hemos presenciado hay una estrecha asociación de problemáticas de Salud Mental con la pobreza y/o las condiciones socio-económicas que viven los sujetos que llegan a las consultas.

Gráfico I: Consultas según la edad.



Desde la Secretaría de Salud de la Municipalidad, los profesionales que actúan en los dispositivos han desarrollado en el 2011, un Protocolo de acción en el campo de salud mental en el primer nivel de atención. En dicho protocolo se especifican, entre otras cosas, las exigencias administrativas, y una de ellas es el armado estadístico de una hoja de ruta donde se registren los datos de todas las consultas realizadas: nombre y apellido, edad, sexo, dirección, documento nacional de identidad, nacionalidad, tratamientos previos, motivo de consulta, diagnóstico presuntivo, el cual es llevado a cabo según la clasificación del CIE-10. Los problemas que conducen a las consultas en salud mental, determina que en los Centros de Atención

Primaria de la Salud de la ciudad de La Plata, según la CIE-10, prevalecen los siguientes diagnósticos: **(Ver**

Gráfico III)

- Trastornos de la ansiedad o neuróticos (43%). Código: F40-48
- Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (12%)
- Trastornos del humor/afectivos o del estado de ánimo (10%). Código: F30-39
- Causas sociales y violencia (10%). Código: T73-74

Estas 4 categorías reúnen el 75% de las consultas, mientras que las demás no presentan valores francamente significativos en relación al total de consultas enmarcadas dentro de la casuística elaborada en el transcurso del trabajo.

Gráfico III. Principales diagnósticos a partir de las consultas. (CIE-10)

Los problemas de salud mental toman diferentes formas y características en diferentes circunstancias. Algunas personas se sienten deprimidas. Otras se sienten angustiadas y temerosas. A algunos les baja el apetito, otros comen demasiado. Algunos dependen del alcohol y las drogas para adormecer sus sentimientos dolorosos. Algunos piensan en el suicidio e incluso tratan de cometerlo. Algunos se sienten agresivos. Hay

personas que han quedado traumadas por algunos eventos, contingentes o no, que marcaron su existencia, como por ejemplo un accidente, la muerte de un familiar o como lo fue a nivel masivo, la inundación de la ciudad de La Plata hace unos años, que dejó secuelas en muchos sujetos que han consultado como hemos podido ver en diversas demandas. Generalmente en estos casos, los temores suelen extenderse en el tiempo, o aparecer muy posteriormente al episodio sufrido sin que el sujeto pueda otorgarle un sentido. Muchas personas no podemos dejar de decir que también tienen más de uno de estos problemas al mismo tiempo.

Una categorización de los motivos manifiestos de consulta más frecuentes, nos indica que existe una primera dimensión que se refiere a la exploración de variables que se inscriben en el motivo de consulta manifiesto. Es decir, la presentación por parte del paciente de su padecimiento, lo que el paciente “nos dice” y esto lo hemos retomado las siguientes variables, no excluyentes entre sí:

- Demanda referida a problemática social: problemáticas asociadas a la elección vocacional, a dificultades para rendir exámenes, a los vínculos con personas del ámbito laboral, amistades, dificultades para conseguir empleo, visualizadas por el sujeto como limitaciones ligadas a su personalidad. En definitiva, aquellas que tienen que ver con las exigencias que “lo social” le plantea al sujeto.
- Demanda referida a problemática familiar: problemáticas asociadas al vínculo con los padres, entre los padres, entre hermanos, hijos, etc. No se incluye aquí lo referido a los problemas de parejas.
- Demanda referida a problemática de pareja: dificultades para establecer o sostener vínculos de pareja, insatisfacción en la calidad del vínculo, decisiones en torno a la separación, dificultades por infidelidades o celos, etc.
- Demanda referida a problemática con la sexualidad: inhibiciones, disfunciones, que se relaciona con las derivaciones e interconsulta con otros profesionales a los que se ha consultado anteriormente por dicha cuestión. Problemáticas vinculadas a la elección de objeto que en algunos casos ha encerrado

la angustia y el miedo al qué dirán los demás y a la manera en el Otro lo percibirá.

- Síntomas somáticos: trastornos que se expresan en el cuerpo, afecciones físicas sin causalidad orgánica, que están implicado sea en aquellas derivaciones médicas así como también en aquellos que consultan espontáneamente.

Es importante señalar que los motivos de consulta no son excluyentes entre sí, es decir un consultante puede traer a la consulta una problemática vinculada a lo social, pero también referirse a problemas de pareja o con la sexualidad. A los efectos del presente análisis a través de la información de la casuística se ha tomado el motivo de consulta que el paciente ha señalado como el primordial que lo trajo a consultar. Si se observa la relación entre los cinco ejes que hemos señalado, nos llama la atención la diferencia que existe entre el número de sujetos cuya consulta está referida a los primeros 3 ejes (familiar, social y pareja) comparados con los otros dos ejes (sexualidad y síntomas somáticos). Se comprueba que el mayor motivo manifiesto de consulta es aquel que está vinculado al ámbito familiar en general. No obstante, no debemos olvidar que el motivo de consulta manifiesto es el que aparece en el discurso del consultante durante la entrevista de admisión, lo cual, no siempre coincide con el motivo latente de la problemática que lo lleva a la consulta y que además, puede relacionarse con las representaciones sociales que las poblaciones manejan acerca de cuáles son los conflictos que justifican y avalan una consulta psicológica.

Los síntomas del paciente suelen ser claramente identificables dentro de los cuadros descriptos por la psiquiatría clásica o por los manuales diagnósticos. Se manifiestan como dolor, sufrimiento insoportable, como una señal de aquello que no anda en la vida. Habitualmente se presenta como una ruptura aguda, Freud lo llamaba quiebre de la homeostasis con que la vida transcurría, algo ha roto el equilibrio en que se sostenía la vida, las relaciones con los otros, con el propio cuerpo, con el trabajo, con los lazos amorosos y familiares. La inhibición, mutismo y aislamiento o la impulsividad que puede conducirlo a actos desesperados suelen ser las modalidades de respuesta de algunos de los sujetos. En las modalidades actuales, el sufrimiento subjetivo se encuentra en correspondencia con un nuevo régimen social, producto de un mundo

transformado por la ciencia y la globalización económica. A estos síntomas debemos agregar los informes sanitarios así como la experiencia cotidiana que demuestra que las patologías de consumo, las impulsiones, los trastornos de la alimentación se han convertido también en nuevas epidemias. Los sistemas de salud ya sean públicos y/o privados, y específicamente los centros responsables de la salud mental deberían, en nuestro criterio, evaluar si su organización y modos de prestación de la asistencia y de prevención, responden a las formas actuales de presentación clínica. Debemos resaltar algo importante aquí en relación a los modos actuales de presentaciones clínicas en las instituciones asistenciales, los cuales coinciden con la caracterización de la “Civilización del trauma”, tiempos de “la urgencia generalizada” o tiempos “del Otro que no existe” tal como Leonardo Gorostiza en el prólogo del libro *Clínica de la Urgencia* (2007), lo que nos recuerda el nombre con el que J-A Miller llama a la época actual. Se trata de tiempos que muestran las consecuencias de la caída de los grandes relatos, de los ideales y de las tradiciones que antes daban cobijo a los sujetos; época de los sujetos desorientados, sin brújula también podemos agregar. Coincidimos con Sotelo (2008) cuando menciona que esto se manifiesta en una clínica muy precisa (hecha del trauma y de su correlato, la angustia) que bien podríamos llamar una “clínica del desamparo”.

Los diferentes fenómenos que caracterizan nuestra época, evidencian la inestabilidad, la rapidez de las mutaciones, la flexibilidad imprescindible para estar al paso con las nuevas formas de producción. En el ámbito sobre los llamados nuevos síntomas, a través de la casuística se presenta cada vez más con frecuencia un trastorno conocido en la clasificación psiquiátrica contemporánea como *Disturbio de Ataque de Pánico*. Aunque se podría decir que esta manifestación patológica no es nueva, ya que la descripción de Freud sobre las neurosis de angustia, incluía mucho de los rasgos diagnósticos destacados en la actual versión del DSM. En el pánico el velo se cae, produciendo la explosión repentina e incontenible de pánico que deja al sujeto preso de unos fenómenos corporales que en el DSM podemos encontrar claramente, y que nuestros pacientes en la casuística cuentan al pie de la letra: disnea, palpitaciones, taquicardia, temblores, sudores, sensación de ahogo, náusea, dolores abdominales, miedo a enloquecer, miedo a morir. “*Eduardo*

desde hace un año comenzó con un dolor en el pecho. Lo describe como moviéndose por todo el pecho, de arriba a abajo, y hacia los costados. Se acompañó de sudoración, que antes no tenía, en las axilas y en las manos, además de temblores en situaciones particulares. Ante este dolor, él intenta relajarse sacándose las cadenitas del cuello, desabrochándose la camisa, aflojando todo lo que hace presión en el pecho...esto que le sucede hoy, responde a sintomatologías psicológicas pero a la vez afirma que es real como si tuviera una piedra en el pecho, una pelotita de ping pong en la garganta”.

Se puede observar en la mayoría de las consultas una caída de ideales. Las problemáticas de pareja, es decir angustias, depresiones, etc, que se fechan o se relacionan con cambios en la situación de pareja, siendo una problemática que desde siempre ha llevado a consulta, la llamativa frecuencia con que tanto hombres y mujeres refieren a ella en las admisiones (aproximadamente un 60 %) nos lleva a interrogarla desde la perspectiva del síntoma, en la relación con la época. Se trata de problemas en la formación de pareja, malestar en la relación, dolor por la separación, decisiones imposibilitadas de tomarse entorno a la relación. Es así que por medio de la casuística hemos encontrado que la ruptura amorosa cuenta en muchas consultas en los CAPS, enmarcadas en problemas de decisión en cuanto a la pareja, violencias dentro de la pareja, celos desmedidos, problemas que generan otras dificultades en el lazo social. A partir de las evidencias en el discurso actual de la caída de los ideales de fidelidad, matrimonio, maternidad dentro del lazo conyugal; del binario masculinidad-feminidad, resultaría esperable encontrar las marcas de la época en estas formas de demanda. Sin embargo, la casuística que trabajamos indica que sigue haciendo síntoma con relación a esos “viejos” ideales.

Los casos testimonian sobre los diferentes modos en que el discurso de la época deja de cubrir la hiancia de la proporción sexual. Si bien en alguno de ellos, las modalidades de acoplamiento del sujeto con su goce emergen como síntomas en el pensamiento o en el cuerpo, lo que se interroga, debemos decir, prioritariamente es una opacidad que se manifiesta como síntoma en el amor, “síntomas intersubjetivos” (Miller, 2003) que se manifiestan en el lazo social con el semejante en sentido amplio.

Debemos resaltar que en el análisis y en los resultados de la casuística, ya sea en la familia, en la pareja, en las relaciones de amistad, en el ámbito laboral o en cualquier otro, la violencia la encontramos como una de las principales problemáticas emergentes en salud mental. Las estadísticas municipales nos dicen que entre los problemas más frecuentemente atendidos se destacaron los trastornos afectivos y ansiosos, principalmente en mujeres, y las consultas a víctimas de la violencia intrafamiliar. Los problemas menos frecuentes fueron los agresores de violencia intrafamiliar (1,8%), los casos que requerían atención especializada en otro nivel de salud (como la esquizofrenia) (2,5%), las víctimas de abuso sexual (4,4%) y las personas con problemas asociados con el consumo de alcohol sin dependencia (7,4%).

Por otro lado, encontramos que en las hipótesis de aquello que resulta intolerable o molesto en la vida de aquel que consulta al servicio de salud mental, los sujetos ya arriban en muchas ocasiones con rasgos que definen su malestar y por lo tanto su presentación: tienen trastorno obsesivo compulsivo; tienen ataques de pánico; sufrieron un trauma en la infancia; lo que le sucede corresponde a la herencia familiar. Es decir llegan a la consulta con una pre interpretación de su malestar, sea otorgado por consultas o tratamientos previos, lo que han dicho personas de su entorno, o simplemente ideas que se han construido ellos mismos acerca de dónde viene eso que resulta disruptivo en este momento de su vida.

Sin embargo, sin importar la pre interpretación o la idea sobre su malestar en aquellos sujetos que decidieron consultar, encontramos que se trata porque se quebró algo que al sujeto le funcionaba hasta ese momento. muchas veces es un momento de quiebre narcisista, de ruptura de la unidad, de conmoción de los ideales, momento donde se puede producir una vacilación referida a su fantasma, una división subjetiva. Hasta ese momento hubo algo que lo mantuvo con una realidad con la cual se manejaba, pero en algún momento por alguna contingencia se quiebran las soluciones subjetivas que funcionaron hasta aquel momento, y ahí es donde llegó a la consulta. Es el momento donde encontramos en el sujeto que llega al límite de decir “no puedo solo”, lo que nos resulta importante porque de esta manera articula una demanda al Otro. Si bien encontramos muchos casos en donde es mandado por Otro, sea el juzgado, el colegio, etc., y llegan a buscar

el certificado o constancia que les requieren, el espacio ofrecido resulta como una oportunidad de involucrarlo de otra manera.

Desde otro ángulo podemos ver que los problemas que conducen a las consultas en salud mental, determina que en los Centros de Salud se puede plantear una clasificación que obedece a criterios sintomatológicos que se cristalizan en torno a malestares en la civilización, es decir, a ciertas formas modernas de precariedad como la desinserción, la fobia social y la soledad que constituyen el origen del sufrimiento de los sujetos que consultan. Realizando un corte transversal en la variedad de los casos se pueden rescatar dos categorías de síntomas: los que revelan cierta inhibición, impedimento, incluyendo la angustia de los sujetos trabados que sufren de fobias sociales, que no pueden ir a trabajar, sujetos aislados o pegados a su familia. Mientras que por otro lado, la tendencia inversa le corresponde a sujetos desinhibidos, desbordados y aparentemente sin trabas. Distinción efectuada por Ehrenberg (2010) con respecto a los nuevos síntomas en relación al ideal de autonomía que se privilegia en la sociedad actual.

Sea del costado de las inhibiciones o del lado de los sujetos desbordados, encontramos constantemente en la casuística aquello que aparece bajo el sintagma de “desarraigo social”, que Miller (2016) planteó, como aquella noción clínica que reúne rasgos esenciales del síntoma contemporáneo: empuje al goce sin límites, caos identificadorio, ausencia del padre (tanto real como simbólico), rechazo de la autoridad, dificultad extrema para establecer un lazo, una transferencia con un sujeto supuesto saber. Si la dificultad de establecer un lazo social se encuentra más en evidencia en los casos de psicosis, no se limita sólo a estos. En efecto, la instauración con carácter dominante del discurso capitalista en la actualidad implica una ruptura de los lazos sociales así como la caída de los grandes ideales cohesionantes y de los modelos identificadorios como hemos planteado en otro momento del trabajo. Este sintagma de “desarraigo social”, nos resultó patente para construir, pensar e interpretar los casos presentados más abajo.

Lo que venimos diciendo nos lleva a interrogarnos por las nuevas modalidades del lazo, ya que sabemos cual es el estatuto del Otro en nuestra época y conocemos los estragos que por su inexistencia dejaron marca en

los sujetos y en la sociedad. La sociedad de consumo actual lleva a un empuje al aislamiento, cada uno con su gadget, que como hemos visto, encontramos sujetos en la casuística en donde su vida transcurre delante de una computadora, tienen un núcleo pequeño de amigos cibernéticos, se aíslan, y su problema es la inseguridad que padecen al momento de tener que mantener un lazo real con sus pares. Entonces, nos preguntamos qué posición tomar frente al empuje del uso de internet para generar lazos, los mensajes de texto para conocer amigos, parejas. Cada vez estamos ante la presencia que hay más gente que prefiere que todo quede pantalla a pantalla. Entonces, Aun cuando no sea un motivo explícito de consulta, la soledad del sujeto contemporáneo se hace escuchar desde el primer momento en la consulta. ¿Las consultas en el siglo XXI son por padecer la soledad? ¿Cómo son las soledades actuales? Hay, pues, soledades muy distintas, en plural, diversas y singulares a la vez porque no se escucha a un sujeto que hable de su soledad igual a la de otro. En todo caso, podemos distinguir de entrada dos soledades. Hay una soledad con el Otro, de la que por ejemplo hablaba ya Winnicott en su clásico artículo "La capacidad para estar solo" (1958). Es una soledad con un Otro que él igualaba a la madre. Es incluso una soledad para el Otro. Y hay una soledad sin Otro, una soledad más radical de hecho, sin representación posible en el lugar del Otro. Es esta soledad la que encontramos especialmente cuando el sujeto se confronta con el goce femenino, ese goce sin representación significativa, más allá del falo. Es la soledad a la que se refiere Lacan , por ejemplo en su Seminario Aún, como una soledad de la que nada sabemos, una soledad que es "ruptura del saber". (Lacan, 1973, p. 145) Llega a decir incluso algo más enigmático todavía: es la soledad "que de una ruptura del ser deja huella". (Lacan, 1973, p. 145)

En este sentido, se puede mencionar la manera en que Anthony Giddens, desde otro campo diferente al del Psicoanálisis, se acerca diciendo que el nuevo orden social dominado por la tecnocultura o tecnoestructura produce dos efectos: el primero, es que vivimos en un mundo de "incertidumbre fabricada", que penetra todos los ámbitos de la vida; y el segundo, coincidiendo con el anterior, es que como consecuencia del fin del orden tradicional patriarcal se da un fenómeno de expansión, que consiste en que las personas exigen más

autonomía que en ninguna época anterior. (Belaga, 2006, p. 14-15) Asimismo, se puede ver que ambos fenómenos se pueden constatar en la clínica. Entonces, ¿cómo se manifiestan en las consultas comprendidas en la casuística? La incertidumbre fabricada la podríamos encontrar en el relato en los pedidos de atención ligados a lo contingente, al acontecimiento, a la urgencia. Mientras que el otro hecho, se expresaría bajo las nominaciones identificatorias: “yo soy anoréxico”, “yo soy adicto”, etc., que aprovechan los significantes de la época para fijar al sujeto en un lugar establecido. En ambas situaciones, el que consulta se ve forzado necesariamente a pasar por el Otro en el recorrido de la cura, para llegar luego a su posición de goce, a una nueva identidad ligada a un modo-de-gozar enlazado a los valores del Otro social. Como hemos mencionado previamente, nos encontramos transitando la época caracterizada por el progresivo desvanecimiento del Otro. Esta falta de referencia del Otro Social se la puede ver en el relato de una de las pacientes que llegó al CAPS de la ciudad de La Plata: *“Alejandra de 37 años, llega buscando “ayuda”. Se trata de una mujer que se separó hace 6 años, y que tiene 5 hijos. De esta manera solicita ayuda asistencial porque no tiene para comer ni para vivir. Se encuentra bajo el discurso de que “no hay justicia”, lo cual la angustia. Vemos entonces que se inscribe en una situación de desamparo psíquico y físico, y en donde reclama justicia. Su relato se vincula con una demanda de ayuda económica y asistencial. Enfatizando los abandono que ha tenido desde su infancia. a en la que se encuentra”*. Lo que se puede ver a partir de este fragmento es la posición de “alma bella” de la paciente, donde todo le ocurre a ella pero sin embargo la posición en este caso se encuentra favorecida por los distintos tipos de asistencia que brinda el Centro de Salud (ayuda alimentaria, sanitaria, social). Habría una solidaridad de la queja y de la oferta del Centro. Entonces la cuestión que nos surge aquí resulta sobre la forma de intervenir en una posición donde el Centro de salud la refuerza por la asistencia social que brinda. Se puede plantear que cualquier consuelo la fijaría en una reivindicación de las circunstancias que le tocaron vivir. La inexistencia del Otro como mencionamos inaugura la época de los engaños y la errancia, en donde parecería que el Otro ha pasado a ser solamente un semblante. En su vida errante esta mujer se puede ver cómo busca un Otro que la engañe, así como el sujeto neurótico busca una manera estable de

reinvidicación y reafirmación de su posición de víctima.

Es así que quien consulta porta la respuesta frente a preguntas que ni siquiera se ha formulado, como por ejemplo: “tengo ataque de pánico”, “vengo porque estoy descompensado”, “soy bipolar”, etc. Ya sabemos que el trabajo nuestro es destronar estos significantes amos que desalojan al sujeto del lugar que le corresponde en la interrogación que tiene que construir, porque justamente estos significantes no nos dicen nada de la singularidad, sino que ubican a quien habla dentro de las clasificaciones masivas propias de las categorías clínicas de los manuales psiquiátricos como el DSM y el CIE-10, que como plantea Miller en sutilezas analíticas, buscan alienar a los practicantes en una clínica de significantes amos. (Aksman, 2013)

Por otro lado, las características de las trayectorias previas de la población en la búsqueda de atención, dan cuenta que más de la mitad de las personas (66%) que solicitan una consulta en el Servicio de Salud Mental nunca habían realizado un tratamiento previo en este tipo de servicio, tanto a nivel privado como público. Entre aquellos que habiendo consultado con anterioridad, el 22% del total realizó un tratamiento en privado, mientras que el 12% en algún servicio a nivel público.

La gran mayoría de los pacientes concurrió a los CAPS por confianza en la institución y/o en los profesionales, así como por la cercanía de los dispositivos de atención con respecto a su domicilio. De ahí que nos resulta de interés resaltar la categoría que denominamos “origen de la demanda”, o sea la diferenciación de la demanda ya sea espontánea, de interconsulta, derivaciones médicas o indicación judicial. **(Ver Gráfico IV)** Sin embargo, es necesario precisar que el lugar al que se dirige la demanda no es ajeno a la forma y al contenido al que esta se presenta. Centrarnos en este condicionamiento y en las transformaciones que se pueden operar fue uno de los objetivos de la investigación. Además resulta importante subrayar (teniendo en cuenta que se trata de una demanda no seleccionada como se ha planteado y que el Centro de Salud pertenece al campo asistencial), los tipos de síntomas que llegan a la consulta, y su articulación con la demanda; la posibilidad del establecimiento de la transferencia analítica, y las posibles transformaciones del síntoma en el transcurso del tratamiento. Entonces hablamos del origen de

la demanda en dos dimensiones:

1. Consulta espontánea: en esta categoría se ubican el tipo de consultas que llegan a la institución por decisión ya sea propia de los sujetos o aconsejados por familiares o amigos. Constatamos que sobre el total de las entrevistas realizadas, el porcentaje fue el 70,76% (46 casos). Lo que está en juego en este tipo de demandas es la búsqueda de una asistencia terapéutica que puede formularse en ocasiones con claridad como un pedido de psicoterapia, en otros como de consejos u orientación, o finalmente como un tratamiento farmacológico. Nos resultó interesante detenernos especialmente aquí en el problema de la implicación subjetiva que acompaña la presentación del síntoma, así como de las respuestas a las intervenciones que pueden realizarse en el curso de la primera entrevista.

2. Consultas por Derivación: esta categoría a su vez se puede dividir en dos sub-categorías para mostrar la pertinencia de la unidad de análisis:

- **Derivación Interna o Interconsulta:** este tipo de derivación consiste en el pedido de los profesionales de salud del Centro, ya sea el médico clínico, trabajadora social, ginecóloga, pediatra u obstetricia, quienes son los principales derivadores en los CAPS que se intervino. La derivación interna muestra un 21,53% (14 casos) con respecto al origen de la demanda que llega a consultar a los dispositivos asistenciales.
- **Derivación Externa:** (7,69 % - 5 casos) esta derivación se caracteriza por provenir de diferentes instituciones:

A) Otras Instituciones de salud, como son hospitales de la zona u otros Centros de Salud que no cuentan con servicio de Psicología o en ciertas ocasiones derivados de esos dispositivos por no poseer disponibilidad en la agenda del profesional interviniente;

B) Secretaria de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de La Plata, que manifestó el criterio de derivación menos visto en la casuística, dado que no se atendía consultas infantiles donde se desarrolló la recolección de información para la misma.

C) Juzgado de familia, sub-categoría representada por los casos vistos y presenta la particularidad de que en realidad no existen ni motivación ni implicación subjetiva, sino que lo requerido es solamente el certificado de comienzo de tratamiento para así presentarlo ante quien corresponda, ya que se requiere intervención de un tratamiento psicológico de instituciones públicas en dichos casos.

D) Patronato de Liberados de La Plata, institución que coordina y ejecuta a través de sus dependencias, en todo el ámbito territorial de la Provincia de Buenos Aires, las políticas, planes y programas contemplados en la Ley de Ejecución Penal Bonaerense y/o los aprobados por el Ministerio de Justicia, destinados al control de las obligaciones impuestas judicialmente, al tratamiento en el medio libre y a la asistencia de los liberados ó tutelados, con el fin de contribuir al mantenimiento de la paz social y a la disminución de la criminalidad y la reincidencia. A través de la situación en que se encuentran los sujetos que son derivados por dicho ente, se les requiere concurrir a una institución de salud pública para realizar un tratamiento psicológico, del cual deberán presentar certificado posteriormente.

Gráfico IV. Origen de la demanda

Por otra parte, podemos decir que el área de atención psicológica presenta ciertas particularidades. En primer lugar, podemos decir que su formalización es menor que en el caso de las prácticas médicas. En efecto, en

un movimiento aparentemente favorecido por las características del dispositivo psicoterapéutico, la discrecionalidad del profesional en cuanto a la admisión y tratamiento es mayor. Los dos lineamientos aceptados en esta dirección se vinculan con la duración del tratamiento (hasta seis meses, aunque están permitidas excepciones circunstanciales por cada profesional) y la derivación a otras instituciones (de acuerdo al criterio del psicólogo) de casos que requieran la intervención de otros profesionales de la salud (estados agudos y psicosis). Por otra parte, no existen requerimientos específicos a la confección de historias clínicas. Otro aspecto de singular relevancia será la relación particular en relación a la temporalidad. Como mencionamos, resulta necesario para pensar la problemática de la relación entre el tiempo y la eficacia, estudiar un aspecto de la lógica de la intervención del analista. En este sentido, en la consulta está implicada la dimensión del tiempo. Si es urgente, para el modelo médico, requiere rápida intervención. En relación con esta cuestión, desde la intervención psicoanalítica se introducirá otra temporalidad, acorde a la lógica de los procesos inconscientes, con el fin de que el sujeto cambie la posición pasiva frente a sus síntomas. (Sotelo, 2012, p. 236)

Entonces, frente a la exigencia de respuestas rápidas y eficaces, de solución de restaurar el equilibrio perdido por el nuevo malestar, debemos pensar aquello que Lacan propone como una pausa que permita abrir un tiempo de comprender (Lacan, 1945, p. 47); es necesario que se introduzca una pausa para así decidir la particularidad del caso y la estrategia a seguir.

VIII. LA PRÁCTICA EN LA INSTITUCIÓN.

- **La presentación del síntoma en las entrevistas de admisión.**

Organizamos este apartado de la casuística de la tesis, correspondientes a las diferentes admisiones realizadas en los CAPS, a partir de diferentes categorías, incluyendo tanto las admisiones a hombres y mujeres:

1. Crisis de angustia

Rocío

Rocio de 24 años de edad llega a la consulta desconociendo que iba a venir. Su madre la trajo. Cree que lo que motiva haberla traído a la consulta son sus ataques de pánico. Se marea y piensa que se va a morir. Cuando viaja en el micro, o se encuentra sola le da miedo, tiene miedo de estar con mucha gente.

Presenta que tuvo una vida injusta. "Digamos que mis padres no me daban las cosas que necesitaba".

La separación de sus padres fue muy complicada, porque sintió que la que se separaba era ella. Se presenta con mala relación con la madre porque al separarse sus padres, su madre los abandonó. Desde los 5 años sufrió anorexia. Recién a los 18 o 19 años su mamá se dio cuenta porque un día vio en internet y le dijo: "vos tenes anorexia nerviosa", Rocío reclama que se dio cuenta tarde. "En mi situación, estaba loca, yo quería que mi mama se dé cuenta sola y no se daba cuenta".

El tema de la anorexia destaca haberlo superado sola. Buscó a Dios como solución, porque creía necesitar algo a lo cual aferrarse.

Para Rocío sus ataques de pánico comenzaron de muy chiquita, su papá ponía en Discovery channel, los

programas de asesinatos y ella tenía miedo, soñaba que la iban a matar. También soñaba con víboras y arañas, le asustaba mucho, llamaba a los gritos a su mamá a la noche.

Después un día fue a bailar, había una fila larga para entrar, se asustó y empezó a gritar. Sentía que le iba a pasar algo. Ahora se pone muy nerviosa, no puede estar parada sola, tiene que apoyarse siempre en algo.

Se presenta frenada en todo sentido, “esta enfermedad me frena porque no puedo hacer nada sola, querés salir pero es complicado, quiero independizarme, irme a vivir sola pero no puedo”. Dice que tiene problemas con los hombres, busca afecto, “el afecto que no me dieron mis padres los busco en otros”.

Silvia

Silvia tiene 29 años, y llega a la entrevista de admisión al centro de salud, presentando desde hace varios meses mucha angustia que la manifiesta en palpitaciones, opresión en el pecho, náuseas. Con consultas previas en otros servicios (Rossi, Ramos Mejía), solamente en guardias sin internación, Silvia cuenta que tuvo un año marcado por dificultades y problemas con su su pareja, porque “él se volvió muy paranoide y violento”.

Silvia es madre de 2 hijos (uno de 12 años y otro de 2 años y medio), y cuenta que siempre ha trabajado pero que desde que quedó embarazada de su segundo hijo ya no trabaja. Esto lleva a problematizar su maternidad marcando ambivalencia, ya que ahora se siente privada de la libertad por estar todo el día pendiente de su nene. Se encuentra “trabada” en relación a su vida por las cosas que deja de lado por su nene. Esto se relaciona con “no tengo mi lugar, y “no se como arrancar... le perdí el hilo a lo que quería hacer”. Esto fue disparador para que se abriera en esta primera entrevista aquello que Silvia dejó para hacerse cargo de su maternidad. Se presenta con el ideal de querer estudiar una carrera universitaria pero que con el tiempo se fue tornando cada vez más imposible. Silvia sitúa cierta postergación de sus proyectos por esos otros con los

que se relaciona y dice que “a veces me postergo, y si las trabas no me las pongo yo, me las pone el otro”.

Como en toda entrevista de admisión se le pregunta a la paciente que espera del tratamiento, a lo cual ella responde “quiero controlar mis nervios y ahora primero quiero estar bien YO”. Se intervino al finalizar la entrevista de admisión denotando la importancia de su consulta, y situando que a pesar de su dificultad para tomar decisiones y no tenes un lugar para ella en su vida, en este momento ella tomó la decisión de consultar y ahora en este espacio tiene su lugar.

Paula

Paula de 20 años de edad, consulta al servicio de psicología porque últimamente no se viene sintiendo bien. Desde que volvió de sus vacaciones comenzó a tener “ataques de pánico”, y de esta manera siente que no rinde como lo tiene que hacer.

Es estudiante universitaria, y duda de si decidió correctamente acerca de lo que quiere estudiar. Relata que hace un año mientras cursaba su primer año, se enteró que una amiga de Posadas (su ciudad natal), se había suicidado. Si bien reconoce que ya venía mal, este hecho la hizo explotar. Se le cayó todo. Pensaba que todo iba bien pero lo que sucedió con su amiga la enfrentó con una realidad que no tenía idea de su existencia. El suicidio de su amiga la remontó a cosas de su pasado, a la idea “de que se termine todo”.

Presenta la relación con su padre como conflictiva. Lo presenta como con una personalidad totalmente diferente a la de ella, lo que lleva que “vivan chocando”. Recién de grande, se dio cuenta que los había abandonado a ella y sus dos hermanos. Aprendió a ser padre cuando nació su hermano más chico. Su madre fue quien se hizo cargo de ellos, mientras que su padre solamente cuenta como sostén económico. Sin embargo, Paula dice “quiero creer que él no pudo, porque esperaba que esté con nosotros”.

En cuanto a lo que le sucede actualmente, lo asocia con el miedo de que cuando se siente mal, pueda pasar

el límite: “si tuviera una botella, capaz sería alcohólica, (algo de que agarrarme)”. Se presenta como dudando todo el tiempo, insegura todo el tiempo, sin saber nada.

Por otro lado, plantea como duda y como tema a resolver, el sentimiento de estar a la deriva. La angustia mucho el tiempo.

María José

María José de 18 años de edad, había realizado dos entrevistas previamente un mes y medio antes. El motivo de abandonar en aquella vez fue porque no le gustaba, no le decían nada. Esta vez la hermana (de 35 años) le dijo que venga porque le haría bien. María José asiste al colegio en donde resalta que “se le pone la cabeza nerviosa, porque desde hace unas semanas no para de pensar y estalla en llanto”.

Plantea un problema de filiación. Vive con su mamá adoptiva, su hija y 3 nietas. La paciente tiene 8 hermanos pero están separados. Hasta los 10 años vivió con sus papás pero se peleaban mucho y no podían tenerla. Ha vivido en varios institutos. A los 11 años es adoptada. A partir de que fue adoptada, si bien se lleva bien con su familia adoptiva, piensa mucho en sus 8 hermanos y en que ahora están separados. Le preocupa mucho este tema.

María José no buscó a su madre pero resalta haber buscado a su padre porque tiene muchas preguntas, como por ejemplo cuándo es su cumpleaños, porque tiene 3 fechas en la cabeza pero no sabe cual es la verdadera.

Jésica

Jésica de 26 años de edad consulta por derivación del médico clínico. Fue diagnosticada con crisis de ansiedad y medicada con Clonazepam. Se encuentra viviendo un padecer que antes era por cosas puntuales pero que sin embargo ahora es por cualquier cosa. Se ha expandido aquello que motiva sus ansiedades y angustias.

Relata un primer episodio hace 10 años donde se le paralizó el brazo y la mitad de la cara.

En la secundaria, por la autoexigencia, un día sintió un cosquilleo en el brazo izquierdo. Su hermana le preguntó qué pasaba que estaba llorando, no habiéndose dado cuenta de esto la paciente. En el hospital le dijeron que se trataba de una crisis de nervios. Reconoce que la causa es psicológica, pero sale con la pastilla en el bolsillo por las dudas. La pastilla funciona al modo preventivo, “por las dudas”.

Presenta su malestar como “ansiedad, una sensación de miedo constante, innecesaria”. Jésica espera poder seguir con las charlas y evaluar si hay un causante inconsciente.

Liliana

Liliana de 36 años de edad consulta por primera vez a un psicólogo, llega derivada por la Ginecóloga del Centro de Salud para hacerse un tratamiento para colocar un DIU, sin embargo, resalta “vine para algo y me mandaron acá”.

Reconoce que ha cambiado mucho. Su marido le dijo que ya no es como antes. Su hijo le dijo que tiene la mirada triste. Angustiada, confiesa “me siento para atrás”.

Su hermano tiene una enfermedad grave, su mamá separada. Se siente sola y sin fuerzas para afrontar todo lo que sucede en su vida. Dice: “estoy como muerta”.

Siente que necesita el perdón de todos, por haber querido abortar a los 17 años a su primer hijo. Al final no sucedió, sin embargo hoy decidió junto a su pareja el dispositivo intrauterino porque no puede afrontar ser madre de nuevo.

Gabriela

Gabriela de 29 años de edad, consulta por problemas de ansiedad. Lo sitúa como algo nuevo esto que siente. Presentó un ataque que la forzó a consultar al médico. Estuvo varios días sin dormir. El médico le recomendó ir al psicólogo. Ella prefirió que sea de esta forma porque no le gusta medicarse. Hace un año tuvo un embarazo ectópico, y desde que sucedió le volvieron los mareos y el malestar. Antes de consultar al psicólogo, buscó soluciones: intentó hacer meditación, relajación, algo para no tomar medicación porque estaba muy nerviosa. Siente un "hormigueo por dentro, temblores", y al mismo tiempo reconoce que lo que le sucede no tiene motivo alguno.

La primera vez que le sucedió fue a partir de una pelea con su marido hace mucho tiempo, a partir de un viaje que iba a realizar con sus padres y ella no quería. Luego, empezó a estudiar para maestra jardinera y en un recreo se mareó, a partir de ese momento la diagnosticaron que tenía "ataque de pánico".

Se presenta como celosa, nerviosa, aunque ahora no tanto. Ha cambiado en el aspecto de los celos. Siente que ha madurado. Se da cuenta, y llora de la emoción, de que no lo valoraba, "yo de mi parte no tuve quién me dijera "esto está bien" o "esto está mal". Le cuesta controlarse, le cuesta sentirse bien.

Espera a partir del tratamiento que la hagan ver las cosas de otra forma, "tal vez yo estoy haciendo algo mal y no lo veo, capaz es eso".

Karina

Karina de 38 años consulta porque tuvo una crisis. Su ex marido la llevó al hospital y del hospital la derivaron al Centro de Salud para iniciar un tratamiento. Con respecto a la crisis cuenta que estaba en su casa y se ahogaba, lloraba y no podía respirar, le faltaba el aire, lo cual la asustó. En el hospital le dijeron que lo que produjo la crisis era los nervios, que estaba pasada de vueltas.

Presenta su vida como muy complicada. Se encierra, no habla de sus problemas. Se encuentra separada, desde hace 5 años. Lo que causó la separación fue la infidelidad de su pareja. En aquel momento no tenía hambre, lloraba todo el tiempo. “Yo hace cinco años tuve la misma crisis. Mi nene era muy chico y me enteré que mi marido andaba con mi hermana, eso me voló la cabeza y empecé a tomar pastillas”.

Hace un año tiene otra pareja y le volvió a pasar lo mismo. Ahora se entera que va a ser papá. Tenía otra vida su pareja actual y ella resalta que no lo sabía.

A partir de la crisis actual, nos dice que volaba en pensamientos, pensaba en qué iba a ser de su vida. No sabe dónde está parada. Se siente cansada y desorientada. Y cuando llega su pareja actual se pone tensa, nerviosa. Él le plantea cosas, “le pregunto qué somos y me dice que la pasemos bien, pero cuando le pregunto cómo me tengo que portar, me dice que yo sé cómo tengo que portarme. Entonces yo no sé lo que quiere, y yo quiero formar una familia con él”.

No cree si el espacio de psicología la puede ayudar. Atribuye que en este momento la pastilla la tranquiliza y es la solución que necesita.

Gustavo

Gustavo de 17 años de edad, consulta porque desde hace una semana, a partir del comienzo de clases escolares, se empezó a poner nervioso. Aduce que esto se debe al cambio de horario y aulas con respecto al año anterior. Resalta llorando que le cuesta controlarse. Solamente dos veces en su vida se puso nervioso. Aunque no puede más que se trata cuando va al colegio. Lloraba en esos momentos porque estaba “descontrolado”. Aclara su idea de su malestar: “es como un ataque de pánico”. Siempre le sucede antes de ir al colegio, pero lo puede controlar. Sin embargo el otro día, no pudo controlarlo, y en ese momento se puso nervioso. No entiende lo que le sucede ni por qué. Lo que le da aún más angustia porque justamente dice no poder controlarlo.

Matías

Matías de 21 años de edad, estudiante universitario, que consulta porque reaparecieron síntomas que había tenido tiempo atrás que los encuadra en lo que llama “ataques de pánico”. Si bien realizó un tratamiento psiquiátrico y psicológico por este motivo, lo abandonó cuando se sintió mejor.

Lo ataques de pánico que presenta Matías refieren a ideas que “tiene y no le cierran, que le resultan tormentosas”. Estas ideas rondan en el miedo a la muerte y a la creencia de que va a morir pronto. En ciertas ocasiones cree que se va a morir, que le sucederá algo y se pregunta e imagina qué haría la gente en ese caso. Le agarra taquicardia, sudor. Le preocupa si alguien lo ayudaría en esa ocasión.

Manifiesta que necesita ayuda para poder liberarse de la angustia, de ese “vacío que tiene adentro”.

Mariano

Mariano de 22 años de edad, fue atendido y derivado por un médico clínico del Hospital General Gutiérrez por pérdida de peso, nerviosismo. Antes de llegar a esta consulta, había consultado con un psiquiatra. El motivo de consulta es la sensación de que “ha cambiado todo”. “Hace 6 meses que cambié”.

En relación a sus problemas, el “hombre” (doctor O) le dio pastillas pero Mariano no siente que esa sea la forma de ayudarlo. Aclara que viene a buscar ayuda, “yo vengo para que me aclare mis ideas, para que me diga lo que me pasa”. Resalta que no es lo mismo hablar con todo el mundo que con una psicólogo.

El paciente está casado y tiene una nena de 3 meses. Mariano es el segundo hermano de 5 (3 hermanos y 2 hermanas). Sus padres están separados desde hace 5 meses.

Su padre es ferroviario y a partir de los deseos de su padre, Mariano estudió para ser Técnico Superior en tratamiento y seguridad penitenciaria. “Fue el sueño de mi papa que estudiara eso y trabajara de eso”. Él quería estudiar derecho y pensó que podía estudiar y trabajar dado que trabajaba 2 días si y 2 días no.

Mariano trabaja desde diciembre de 2005 en el servicio penitenciario como guarda cárcel. Su primer destino fue la unidad primera de Olmos y ahora se encuentra en Varela. El paciente aclara que no esta preparado para el trabajo, dice: “ no soy un guarda-cárcel tumbero”. Sus compañeros de trabajo lo dejaron de lado cuando empezó a ver las cosas de otra manera y por este motivo sus compañeros lo llaman “Derechos humanos”. No se sentía protegido por sus compañeros, por lo que pidió una reubicación que le fue denegada. Lo trasladaron de Olmos a Varela en octubre-noviembre: en Olmos me sacaron porque se me murió un interno en los brazos”. Con respecto al interno lo presenta que era un buen pibe y que tenia la misma edad que él.

Mariano cuenta que en Varela pasa todos los días eso. En su primera noche como custodio en el hospital, se le muere otro interno. Y a otro interno, que tenia una nena como él, le ofreció hablar que cuando necesite hablar con alguien lo llame, y al día siguiente, le comunican que ese chico se había ahorcado.

El espacio de tratamiento es solicitado por Mariano porque en realidad lo necesita, necesita hablar con alguien de esto que le sucede en la cabeza y acerca de sus emociones.

2. Maternidades problemáticas

Rosario

Rosario de 58 años de edad, consulta al servicio de psicología porque no puede manejar la relación con su hijo. Su hijo de 40 años consume desde hace 7 años y Laura no sabe que hacer. Relata que él le solicita ayuda pero ella desconoce la manera de ayudarlo.

Presenta que siempre tuvieron una relación que estuvo marcada por muchas discusiones y peleas pero que desde que comenzó a consumir drogas, empeoró su relación. Se presenta que siempre estuvo encima de él pero que esta forma de vincularse lo lleva a su hijo al enojo y a decirle a su madre que es una forma de agresión porque lo vive tratando como un nene. Dice: “vivimos discutiendo y peleando pero no se por qué”.

Rosario no sabe si un psicólogo puede ayudarlo o no pero en realidad el pedido lo realiza para ella porque se ve superada por toda esta situación familiar.

Silvia

Silvia, 59 años, consulta porque se encuentra “un poco desconsolada, destemplada”. Agrega: “Angustiada pero sin llegar al extremo de que no permite moverme”.

En la entrevista de admisión relata que ella vive angustiada, como mucha gente, lo naturaliza, aunque no

puede precisar el significado de la palabra pero escucha que la dicen los que están constantemente angustiados y que andan de un lado al otro. De esta manera podemos situar que lo intenta generalizar.

Retomando las razones por las cuales consulta. Dice que a principio de año logró operarse de un ojo en el que tenía cataratas, que por eso no podía leer. Eso le sumaba al histerismo, a la histeria. Como no podía leer, tenía que hacer otras cosas como baldear, limpiar. Empezó a tener un tic en el ojo, fue al médico y este le dijo que era nervioso. Ahí fue cuando consultó con un psiquiatra en una clínica. Esto para ella era importante porque dice conocer algo porque se trato con un equipo de psicólogos y psiquiatras previamente.

Actualmente está viviendo en la casa de su madre. Económicamente depende de su generosidad. Vive con su madre de 90 años, que necesita cuidados constantemente porque tiene Alzheimer, y con su hija. Es su única hija de 22 años que tiene problemas como todos los adolescentes dice la paciente: cómo buscar un trabajo, cuestiones de estudiar, etc. Lo que que remarca Silvia es que su hija le lleva mucho tiempo, y le insume energía y que no puede poner límites. ¿Que significa esto de que le insume mucha energía? Silvia no puede dejar de limpiarle el cuarto, la ropa, hacerle de comer, aunque su hija no lo necesite y argumentando incluso que ella lo tiene que aprender sola. Sin embargo siente que si lo deja de hacer deja de cumplir su rol de madre. En este punto, ella marca cierto malestar porque se siente rechazada por su hija, "Ella no quiere compartir conmigo, no me escucha". Además en relación a su maternidad cuenta que fue madre siendo grande, lo que ahora Silvia remarca genera problemas generacionales y de interacción.

En este momento de la entrevista intenta cambiar de tema y dice: "bueno, eso se remonta a hace mucho y el hijo ya esta, ya había aparecido la persona indicada, faltaba el hijo y vino también el hombre y ya está". Silvia se quejó toda de su vida y fue un eje que todavía incluso le cuesta asimilar, de que su padre nunca la escuchaba, no había dialogo con él. La angustia actual que la lleva a consultar viene por ese lado. El tema de que la hija haya estado tanto con ella, hizo que haya absorbido a su hija. Le da miedo de que su hija se vaya, si lo hiciera no sabe donde quedaría parada, quien sería. Ahí se le dice que ella debe ser algo más que madre, a lo que ella contesta que sí, es mujer .

Espera poder charlar con alguien que la contenga, para contener. Ahí se le pregunta “¿contener a quien? Y ella dice, a mí”. Y que le de seguridad para plantarse ante las cosas que no quiere hacer y que le hacen mal y que afectan a su sistema digestivo. No tiene ganas de bañarse, de embellecerse, cambiarse, ni de leer, ni saber que pasa en el mundo, ni en el barrio, ni en su país. Quiere funcionar de una manera prolija para ella y para los demás.

Fernanda

Fernanda de 38 años consulta por uno de sus hijos de 10 años, por bajo rendimiento escolar. En una reunión en el colegio le marcaron que lo notan angustiado. Fernanda avala esto que le dicen en la escuela. La madre se pone del lado del otro de la demanda. Se presenta como sobreprotectora. La maestra y el gabinete suponen que no ayuda. Aproximadamente hace 2 meses que siente que sufre. Presenta una situación familiar dificultosa, dado que transitan en el hogar problemas económicos, familiares, y de enfermedad. Reconoce que está 24 horas con ellos, y confiesa que trasmite sus angustias: “quiero estar en todos lados y no estoy en ninguno”.

La consulta viene recomendada por la escuela porque el nene aparentemente no habla con nadie. Se presenta como absorbente y al mismo tiempo el nene está apegado. “Voy a tener que aprender a soltarlo, a soltarlos”. No tiene vida de pareja, no tiene amigos, no tiene vida social, “sola no puedo”.

Carla

Carla de 36 años de edad, consulta en el CAPS buscando desesperadamente un lugar donde encontrar

asistencia psicológica. Tiene un nene de 7 años con problemas de conducta en la escuela, y en función a ello atención psicológica.

Se presenta con una convivencia problemática. Un hogar con personalidades y temperamentos diferentes que la llevan a explotar. Se siente desbordada.

El hijo de 15 años tiene problemas de adicción, estaba en tratamiento y abandonó lo que remarca como el punto de quiebre de su tolerancia en relación a su pareja, motivo por el cual a partir de ese momento se separó.

No se siente escuchada, esto le lleva a buscar ayuda psicológica.

Resalta que hace un mes era una madre ausente. Pero toda la situación que vive en su casa con sus hijos, llevó a que se implicara en la vida de sus hijos y no solamente cumplir “con llevar y traer de la escuela a sus hijos, no solamente cumplir con las obligaciones cotidianas, sino responsabilizarse de toda situación”; le dijo a su hijo: “yo me hago responsable para ayudarte, para ayudarnos”.

La única forma de comunicación que encuentra es explotar. Resalta “no hay diálogo armonioso y tranquilo, alguien siempre estalla primero”.

En cuanto a su historia, hace 18 años está casada, hace dos años su marido dejó de ser alcohólico. Durante el alcoholismo había violencia... “física, verbal, psicológica, emocional... encima era ida y vuelta porque yo aprendí a defenderme, a retrucar, un manejo de esa situación... horrible”.

Espera del tratamiento encontrar su eje, que le ayude a crecer y poder ayudar a sus hijos. Siente que no puede con su vida, no puede con sus hijos, se siente una madre ausente porque no es la misma de antes, no puede conectarse con ellos. Se obliga a mirarlos, a abrazarlos y besarlos cuando antes le salía natural. Era compañera, se tomaba el tiempo para conversar, se tomaba tiempo para sentirlos, pero ahora no puede. Menciona que esto puede ser por una barrera que han puesto ellos. “Los más grandes ponen una barrera, ponen distancia” y ver que no puede atravesar esa barrera le hace sentir una madre ausente.

Anahí

Anahí de 43 años llega a la consulta porque en realidad quería que se atendiera su hijo, Luciano, por problemas escolares, problemas que nunca tuvo. En su relato, Anahí nos cuenta que se separó hace 5 años. Para él empezó todo esto hace 2 años. Hay cosas que yo no le puedo ayudar reconoce Anahí.

Ya ha consultado dos veces al psicólogo. La primera vez, fue para arreglar la pareja, y la otra para separarse. Para saber si estaba equivocada.

Luciano está al tanto de todo lo que pasó. “La relación iba para atrás y no quería ser una infeliz”. Reconoce la preocupación por parte de su hija quien se da cuenta del desinterés de su padre. Luciano se pegó mucho a su madre después de la separación. El nene le dice “si yo no existiera sería más fácil mami, me tendría que pegar un tiro”.

Como no puede descifrar lo que le pasa, quiere saber. “Puedo imaginarme. Pero no me dice. Debe haber algo. Me doy cuenta de que a veces llora, rompe en llanto cada vez que va a lo del padre”. Se siente limitada. Le fueron bajando las expectativas de un futuro. También resalta estar muy obsesionada por la seguridad de él. Plantea una relación muy pegada a su hijo, al punto de una unidad total con él. El nene le pregunta si se arregla, a donde tiene que ir. “¿A dónde vas mamá? Yo le digo, soy tu mamá Luciano. Se pone en posición de marido más que de hijo”.

Agustina

Agustina de 26 años de edad llega a consultar para que atiendan a su hijo de 7 años. A pesar de que en el CAPS no se realiza atención psicológica a niños, Agustina se apodera del espacio y lo utiliza para sí misma.

Se encuentra separada desde marzo, y le cuesta manejar la situación. Presenta una gran dificultad para elaborar su actual situación con sus hijos.

Su hijo le dice: "no lo tengo a mi papa, por culpa tuya; no me preguntaste nada", le hace sentir culpable. La paciente relata que por parte de su hijo por el cual consulta hay reclamos de que ella se había pegado mucho a sus otros hijos, muchas veces le dice "vos no me quieres a mí, vos quieres más a santino".

Si bien la relación con el padre de sus hijos, es una situación delicada, solamente viene por el nene, quiere mejorar para mis hijos. A veces le agarra de llorar. Necesito un consejo. Sus hijos le echan la culpa de todo, y se pregunta "qué estoy haciendo mal".

3. Violencia familiar o conyugal

Susana

Susana de 69 años consulta por problemas de convivencia y violencia con uno de los miembros con quien vive. Se encuentra viviendo con su esposo y el hijo de él, el cual es agresivo. Esto produce el aislamiento y el encierro de la paciente. Vive mucho tiempo encerrada y no sale "para que él no nos haga nada, porque cuando anda con los cables cruzados...". Susana presenta este problema de violencia con el hijo de su pareja como la única cuestión que le molesta en su vida. Sin embargo, atribuye que él es quien debería estar consultando para hacer una terapia. La paciente no sabe cómo esta consulta o un tratamiento la pueden ayudar pero hablar puede ser que le sirve para descargar las preocupaciones y malestares que le genera esta situación violenta con la que le toca vivir.

Claudia

Paciente de 49 años consulta derivada por orden del Juzgado después de estar presa 7 meses. En este momento se encuentra con prisión domiciliaria. Ha consumido cocaína e incluso lo sigue haciendo todavía.

La criaron los abuelos porque los padres estaban separados. Se casó a los 20 años. Resalta que tuvo tantos novios que de tantos cree que se quedó con lo peor. Fue una relación donde la violencia estaba muy presente, al punto que la incitó a prostituirse, justificando que era la manera de alimentar a sus hijos. Trabajó de esto hasta que conoció a su pareja actual.

Si bien su consulta se encuentra motivada por su situación judicial, Claudia aclara que si tiene que seguir viniendo va a venir. Simultáneamente se atiende también con un psiquiatra en Romero porque es epiléptica. Esto empezó con la muerte de su hermano. En ese momento se empezó a atender en el Gutiérrez, por sus ataques epilépticos.

Manifiesta dificultad de salir de su casa, quebrándose y llorando. Presenta dificultades para poder dormir porque recuerda lo que pasó en la cárcel, dice que a veces se despierta y todavía piensa que está en ese lugar. Y ella no puede contarle todo esto al marido porque él no sabe nada y no quiere saber tampoco. De esta manera mantiene oculto el secreto.

Cuando se despide de la entrevista dice al irse: "la gente que está esperando va a pensar esta señora vino a llorar".

Ana

Ana tiene 47 años de edad, llega a la consulta por un tema familiar que viene de chica: abusos y problemas

de violencia de género. Madre de 7 hijos. Intentó quitarse la vida. Presenta su infancia como habiendo sido violada por un tío a los 9 años. Además de tener que cuidar de su padre enfermo y hacerse cargo de sus 8 hermanos, tuvo que salir a trabajar desde chica. Dice: "ay dios mío, doy tanto y sin recibir nada". Una entrevista signada por el llanto al punto de no poder hacer más que llorar, sin poder relatar mucho más de lo que motivó su consulta.

Ana dice esperar del tratamiento poder mejorar su calidad de vida, sus pensamientos.

Rossana

Rossana de 40 años de edad consulta por un tema de violencia familiar, "no sé como escapar de la situación".

En su pareja actual y anterior, había violencia familiar, celos, infidelidad. Los primeros indicios de violencia fueron a los meses de comenzar la relación.

En el 2010 tuvo un accidente, estuvo en coma doce días. A partir de ataques de pánico concurre al psiquiatra, el cual le prescribió ansiolíticos.

Ahora la violencia es mutua, "yo también le pego, no me dejo pegar". Antes tenía miedo, no le pegaba.

Confiesa haber continuado la relación porque la soledad le pesaba. Su papá murió, su mamá los abandono.

Su papá tomaba, era golpeador.

Consulta porque no puede sola, necesita que le hagan ver las cosas.

Julieta

Julieta de 22 años, consulta por problemas con su padre. En la misma línea dice fue víctima de abuso sexual el cual es un tema que no resolvió. La psicóloga de la hermana le dijo que en su casa había violencia familiar y le recomendó que todos deberían ir a terapia. Resalta que la violencia apareció ahora.

El problema con su padre lo viene postergando. Previamente había realizado tratamiento pero fue interrumpido porque tenía miedo y se convenció de que no era importante.

Se llevaba mal con su padre, mucho miedo a él, miedo a replicarle, a responderle. Este miedo antes en realidad lo tomaba como respeto. Su madre con respecto a su padre decía que ésta era su forma de ser, “era un bruto”. Julieta subraya: “no sabíamos si nos quería”.

Con respecto al abuso menciona sin precisión que sucedió a los 12, 13 años hasta los 15 años. “No hubo penetración sino manoseo”. Fue el hermano de una amiga: “Sabía que estaba mal. Con el tiempo lo bloquee”.

Julieta quiere dejar de tener miedo. Cree que a veces le tiene miedo a las personas y eso le impide hacer cosas como trámites, hacer amigos. Se siente impedida de hacer diferentes cosas que le gustan.

Cecilia

Al momento de convocar el ingreso de la consulta, entra una mujer (la abuela) pidiendo entrar antes que “la nena” que es por quien se consulta. Nos cuenta que ya había asistido a otra entrevista a la tarde hacia quince días, pero que pidió una psicóloga a la mañana. Nos cuenta: “la nena tiene 15 años cumplidos. El papá falleció para el cumpleaños de los 15. Consulto porque tengo que hacer la denuncia por violación del padre, pero él ya falleció. Nos enteramos 15 o 20 días antes de que falleciera. Estábamos hablando con Cecilia, se puso a llorar y nos cuenta a la madre y a mí que el padre abusaba de ella, según ella hace mucho que fue esto”.

La abuela presenta a Cecilia como desordenada, duerme mucho. Se le pegan todos los chicos drogadictos,

por suerte la tenemos bastante controlada con eso. La madre le pidió que terminara la relación con el novio porque consumía drogas.

Posteriormente al ingreso de la abuela, entra Cecilia que tiene 15 años y comienza a hablar: “no se... estuve soñando cosas, no me puedo sacar imágenes de lo que él me hizo pasar. Abusó sexualmente de mí por casi 3 años. Me metía pastillas en el jugo y me despertaba con él”. Confiesa esto en este momento porque por mucho tiempo lo ocultó y le lastimaba por dentro este secreto. “Nunca me tocó estando despierta, siempre mientras dormía”.

Consulta porque la madre le dijo que podía servirle. Cecilia quiere venir para olvidar recuerdos que le vienen a la cabeza y la angustian. Lo que motivó que contara lo del padre en este momento fue la intervención de la madre en su noviazgo. Le preguntó por si mantenía relaciones con el chico y si se cuidaba. Cecilia responde afirmativamente. Y en ese momento fue que le contó. Sin embargo Cecilia dice: “Por ahora me cree, a veces me cree y a veces no. Porque a veces cuando estoy enojada soy medio mentirosa. Solo cuando estoy enojada o no me deja salir, sino casi no le miento. Yo pienso que me cree ella porque esto es verdad”.

Irene

Irene de 21 años de edad consulta al CAPS porque sus padres le dijeron que asista, es decir de manera obligada y forzada. Lo que motiva son la consulta son dificultades en la convivencia. “Mucha pelea hay” destaca.

Desde hace dos años ha regresado a vivir con sus padres. Vive con su hijo, ahora que el padre de su hijo se encuentra en la prisión.

Confiesa que asiste a la consulta para dejar tranquilos a sus padres, no porque piense que le vaya a servir, aunque destaca que “capaz pueda servirle para poder hablar con alguien que vea de afuera la situación”.

Pero más allá de ese reconocimiento, dice poder sola con cualquier situación que la vida la enfrente.

4. Reclamo de independencia

Silvana

A la consulta se presenta su madre, solicitando una entrevista para su hija. Es una chica de 16 años, del norte del país.

Ella cuenta que pasó bastante tiempo desde que había querido consultar a un psicólogo. Esto es en función de que mantiene una mala relación con su padre y dificultades en el lazo social para hablar con la gente. Ahora con su mamá, dice que se empezó a llevar mejor pero la relación anteriormente estaba marcada por charlas superficiales. También relata que desde que Silvana está en pareja comenzó a tener una mejor relación con su hermana más grande (25). Pero al mismo tiempo marca una diferencia con esta hermana; mientras ella tolera que su papá quiera tener la razón siempre, la paciente no.

Hay una problemática marcada con el padre dado que a él se molesta con ella y le dice que está todo el día afuera, pero ante esto Silvana aclara “no estoy todo el día haciendo huevadas, tengo muchas actividades extraescolares”. Se trata de un padre que ella lo presenta como desvalorizándola constantemente lo que produce la sensación de inutilidad e insignificancia de Silvana. En este momento de la entrevista, Silvana se contuvo el llanto, la bronca y principalmente la angustia que le generaba hablar del trato de su familia hacia ella, para poder seguir hablando. De esta manera, manifiesta su posición de víctima en una familia marcada por la violencia, que ella la describe de la siguiente manera: “mi mama antes me pegaba y mi papa ataca verbalmente”. Lo que se puede ver en la presentación de Silvana es que esta marcada por una queja hacia y de la familia en donde hay un subjetivación como víctima.

Arián

Arián de 16 años de edad consulta porque necesita alguien con quien hablar. Dice: “Pasaron cosas por las que necesitaba venir”. Se presenta como con una obsesión por trabajar y manejarse solo: “Sino estaba haciendo algo, trabajando, me volvía loco”.

Ha trabajado en casas de comida, en donde le molestaba el trato que tenía el jefe para con él. Cansado del maltrato, quiso irse del trabajo, pero el jefe le marcó que sino era él quien trabajaba, trabajaría otro. Lo que lo llevó a reconocer que cualquier otro puede ocupar su lugar.

Arián se enoja mucho cuando por ejemplo no le alcanza el tiempo para tener sus cosas ordenadas. Confiesa que mejoró muchas cosas, pero quiere saber qué es lo que lo lleva a que siempre algo falte. El atribuye a que puede ser ambición pero lo desconoce, y por eso quiere saberlo. Hay una interesante posición con respecto al saber en este sujeto.

Vive con su madre, su padrastro y 8 hermanos, en una convivencia donde hay violencia, gritos y maltrato, lo que pone al paciente en un estado de preocupación y dolor. Confiesa que si bien ahora casi no discute con su padrastro, su trato para con él es áspero, “no lo voy a saludar con un abrazo”. Arián, se presenta como “gran discutidor” aunque últimamente no tiene problemas con nadie.

Confiesa que tiene un “problemita” porque a veces quiere resolver ciertas cosas que no sabe cómo hacerlo. Hay una frase que dice: “Señor, dame la fuerza para afrontar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar las que sí puedo y sabiduría para ver la diferencia”. Espera una orientación de los demás para que puedan decirle qué se encuentra al alcance de poder ser cambiado y qué no. Esto mismo es lo que espera del tratamiento, orientación, consejo, y por sobretodo espera un otro que le diga qué aspectos de su vida pueden ser modificados y con cuales no debe preocuparse.

5. Depresión y duelo patológico

Alicia

Alicia de 70 años consulta por considerar que su edad le está pesando. En su pasado ha presentado momentos de tristeza, llamados por ella “estados depresivos”. La soledad y vivir sola le cuestan. Se presenta con miedo a la enfermedad, al ACV específicamente. Hace un tiempo le agarró un dolor muy grande en la espalda, “como si le clavaran un puñal en la espalda”.

Alicia confiesa que se cuida mucho la salud: anda en bicicleta, camina y hace gimnasio, aparatos. Sin embargo, no consulta al médico por tenerle terror a los hospitales. No tiene otros intereses más que sobrevivir, caminar, hacer gimnasio. Hoy consulta por el miedo a la enfermedad. Todo empezó desde ese dolor de espalda, hace tres años. Aunque no puede situar algún acontecimiento ni decir nada que haya generado una disrupción en su vida en esa fecha.

En cuanto a la consulta psicológica aclara que le puede servir para ayudar a tratar los estados depresivos. Le sirve ir con los psicólogos porque le sirve para descargar. Sin embargo resulta interesante la manera en que presenta concurrir al psicólogo como si fuera lo mismo que ir a la iglesia a confesarse.

Noemí

Noemí, tiene 57 años, consulta por diferentes síntomas del orden depresivo: llora continuamente, menciona

que tiene días donde se siente deprimida, ansiosa, con dificultades para dormir. Sitúa que fue su propia decisión haber consultado “pero... mis hijas me decían: “Mamá anda al psicólogo”. Si bien las hijas son el punto de partida, atribuye a su malestar a varios factores que viene arrastrando: el fallecimiento de su padre, estar “separándose” de un matrimonio de 35 años y a la muerte de su perro. Factores causales que son pérdidas que Noemí pone en un mismo nivel.

Madre de tres hijas de 22-24 y 27 años, esta última casada, de las cuales dice son el motivo de sus pensamientos y preocupaciones cuando no puede dormir. Ella misma reconoce que esto le ocurre a pesar de que son grandes, trabajan y estudian. Soy yo la que “no he podido cortar el cordón umbilical”, comentario este, que lejos de preocuparla la hace sonreír de manera cómplice.

Se define como :”soy muy madrera”preocupada por las chicas, que hace, donde van, que no les falte nada, preguntándose a su vez ¿qué van a hacer si a mi me pasa algo?. Enfrentada a la realidad que ella reniega, de que parece que ellas saben que hacer, ya que son independientes, trabajan y estudian, Noemí reconoce y duda.....”sí, pero no sé”.

El malestar de Noemí tiene fecha de inicio: “... cuando empecé a llevarme mal con mi marido”, él se fue de su casa vivir a otra ciudad hace ya 3 años, lugar donde “las nenas” lo visitan.

No es mucho lo que puede decirnos en relación a que ocurría en el matrimonio antes de que él se fuera: “era llevadero, un matrimonio normal, siempre en un matrimonio hay problemas”. Solo puede relatar un hecho familiar, la muerte de un hermano alcohólico de su marido, que deja desvalidos a 2 hijos de 2 y 10 años ya que madre esquizofrénica estaba internada. Vinieron a vivir con nosotros, pero yo no los podía contener, me mentían. Yo no podía atender a mis hijas, estaban celosas porque que debían compartir la habitación. Me costó mucho criar a estos chicos, yo les quería dar lo mejor, brindarles una escuela, los hábitos de una casa, que no les falte nada, igual que con mis hijas, pero un día decidieron irse a la casa. Yo no los quería tener mas. Había fracasado.

Junto con los chicos se van otras cosas su vida. El marido decide irse con sus sobrinos y también se van las ilusiones de Noemí, que se define a ella misma como “soy muy madrera”. Pero parece que son estos niños, tan valorados por su marido, fracasa como madre.

Comienzan así a derrumbarse sus ilusiones, tanto por el lado del ser (madre), y por el lado de su matrimonio, aunque en este último punto mantiene la esperanza de que no va a seguir la separación, que una charla va a solucionar todo esto, a pesar que “las nenas” le dicen que el ya se desligó, que no llama, ellas dicen que tengo que aceptarlo. Pero no lo entiendo, yo lo di todo.

Noemí llora en tres momentos de la entrevista:

-- su separación que no puede superar.

-- la muerte del padre, de la cual también dice que no puede superar.

-- la muerte del perro, que era especial, viejo, mimoso, como un hijo con el que se comparte todo. Pero”de a poco todo se fue yendo...” Sabe que las hijas también se van a ir en cualquier momento, la más grande ya se casó.

Ningún proyecto sostiene la vida de Noemí, pero quiere ver si puede salir adelante, tratar de ver cosas positivas, aceptar la separación y que algún día las hijas se vayan. Tiene una sola ilusión, la de que “algún día vendrán los nietos”.

Carina

Carina de 34 años de edad, si bien se presenta como si estuviera todo bien, algo está rompiendo toda la

armonía de su vida. Trabaja. Tiene la tenencia de sus dos hijos. Sin embargo, tiene recuerdos de su infancia que le resultan atormentadores. Estos recuerdos refieren a situaciones de abuso sexual por parte de sus dos hermanos mayores. Esto la lleva a preguntarse que “si ella recuerda, ellos también deberían”. Estos recuerdos los intenta olvidar pero cada vez se le imprimen más en la mente.

En este momento se encuentra separada desde hace dos años, y dice que mientras vivió en pareja sintió que había dejado todo atrás acerca de estos recuerdos, pero que ahora todo le vuelve y desconoce el por qué.

Carina espera tener la posibilidad de entender un poco todo esto que le sucedió de pequeña porque siente que le está perjudicando la vida ahora y que en realidad la marcó desde siempre y subraya que es un recuerdo que cada vez que le aparece la deja “tirada por el piso”.

Sofía

Sofía de 22 años de edad consulta porque se viene sintiendo mal emocionalmente. Ya había consultado otros psicólogos. Ahora sin trabajo ni obra social consulta al CAPS. Dejó de atenderse porque no veía muchos cambios en sí misma. Hace 3 meses que se quedó sin trabajo. Se peleó con el novio, dice ver todo negativo. Sin embargo puede seguir haciendo sus cosas, sin aislarse. Está intentando terminar el colegio para poder tener un trabajo mejor.

Su primera consulta fue hace tres años, fue a Acción Lacaniana, pidió un psicólogo hombre, porque le dieron a elegir. Hombre porque puede ser más objetivo que una mujer, menos sutil, más directo. Sin embargo se dio cuenta que era lo mismo. No veía cambios y le echó la culpa a él. Consultó por cosas de su infancia; no sostiene relación con su papá.

Reclama que siempre hablaban del complejo de Edipo, “lo que no pude vivenciar con mi papá, lo llevo a mi novio”. En su relación tiene muchas peleas porque se reconoce muy celosa.

Hundida en una angustia cuenta que sus papás se separaron cuando tenía un año. Todo lo de esa época se lo contó su hermana, porque Sofia nos dice que su mamá de ese tema no dice nada. Lo único que sabe acerca de la separación es que se motivó porque su papá le levantó la mano. Fue un papá ausente. A los doce años decidió terminar su relación con él. Cada visita era materialista, nada afectuosa. Su mamá es todo para ella.

Lo que espera de iniciar un tratamiento es lograr encontrar una contención, fuera de lo familiar y lo afectivo. Crecer.

Romina Eliana

Paciente de 26 años, derivada del médico clínico, consulta por el reciente fallecimiento de su padre, a partir de lo cual provocaron serios problemas de salud. El médico le dijo que eran problemas nerviosos por no haber terminado el duelo. Esta “cayendo” de que su padre ha fallecido. Mantenían una relación cercana, eran muy amigos, muy pegados, mientras que con su mamá no tanto. La muerte fue inesperada: “fue todo muy de repente”.

Al médico clínico lo consulta porque tiene puesto el DIU, entonces periódicamente consulta para revisión. Relata sus malestares: “empecé con dolores y me dijeron que me había aumentado el tamaño de los ovarios, tuve pérdidas y eso se solucionó pero aparecieron otros, después me dijeron que podía tener que ver con los riñones y me diagnosticaron colon irritable. Entonces el médico me preguntó si me estaba pasando algo y ahí le conté, además soy “cero médicos” siempre fui más que nada por los embarazos, entonces él me dijo por qué no probaba con psicólogos”. Sus amigos también le recomendaron ir al psicólogo. Todos le decían que la veían mal.

Siente tristeza, angustia, y se pregunta “¿por qué a mí? Hay tanta gente mala en el mundo y le pasa justo a

mi papá". Sin su padre se siente perdida, siente que le falta algo. "Mi papa era todo, el amor de mi vida es mi papá". Primero ubica al padre, después vienen sus hijos y luego su marido. En cuanto a la presencia de su padre puede decir que siempre tenía la palabra justa. Entonces podemos ver como se encuentra la caída de lo más importante en su vida. Quiere sacarse todo lo que tiene adentro, la angustia: "quiero volver a ser la persona que era antes". En otras palabras, quiere volver a un tiempo en donde el padre vivía.

Laura

Laura es la hermana de Juana, paciente atendida en otro momento en el CAPS. Laura tiene 29 años. Consulta porque no puede dormir. Durante el día se encuentra muy acelerada, lo cual la lleva a un cansancio extremo. Consultó previamente al médico clínico para pedir medicación. Desde hace unos cuatro o cinco meses se desvela, y mira la televisión, esperando hasta volver a dormirse. Se preocupa por su hermana, por Juana. Quiere saber qué le pasa. Se llevan bien, están todo el tiempo juntas.

Juana últimamente comenzó comerse las uñas. Lo que le pasa a su hermana ahora, también le pasó a Laura. Dice: "es la edad". Aparece en este punto la identificación con la hermana. También le pasó eso de estar sensible, bajoneada, pero Juana es mucho más sensible, es débil, no tiene novio. Laura tuvo una depresión terrible, comía y dormía muchísimo. Sentía que no tenía nada para hacer, que no era útil. Esto duró desde los dieciséis a los dieciocho años.

Espera de un tratamiento poder dormir: "me siento como si no descanso bien, se me hace eterno el día".

Juana

Juana de 20 años de edad, consulta porque desde hace unos días se encuentra "muy sensible": llora sin

motivo. En el transcurso de la entrevista se presenta pidiendo medicación porque aduce que está estresada o deprimida. Este estado de sentirse mal, lo siente desde principio de año. El año anterior terminó una relación con alguien a quien se refiere como compañero de la escuela, a quien acusa de infidelidad.

Consulta porque busca calmarse. Nunca realizó una consulta previamente. Las amigas le dijeron que consulte porque se encierra y cuando habla lo hace de mala manera, insultando.

Vive con su mamá, papá, su hermana, y dos hermanos. A su papá no lo ve mucho. Con su mamá se lleva bien, es con quien convive más.

Cuando terminó la relación con su novio se encontraba triste, todo estaba mal, pero pasaron los días y se le pasó. No quería saber nada con nadie. Este año se fue de vacaciones con una amiga y su familia y se sintió bien. Ahora no tiene ganas de hacer nada. No se encuentra yendo desde hace dos semanas a la escuela porque quiere dormir. Trata de no pensar: en su separación, en que no le dio oportunidad al chico para que le diga la verdad, en su familia porque sus padres están en proceso de separación.

Juana previamente consultó a una médica clínica porque andaba sin energías, lloraba de la nada. Consultó para que le dieras vitaminas para estar con energía. Sin embargo Juana llora por el recuerdo. Está afectada por el recuerdo, que es lo que motiva el llanto.

Rebeca

Rebeca de 27 años de edad, estuvo en tratamiento psicológico anteriormente durante 6 meses. Actualmente consulta porque dice mentir mucho, "sobretudo en tonterías", a aquellos que resultan significativos en su vida (papá, hermano, parejas). La mentira le ha provocado muchas pérdidas. Resalta que a las parejas las perdió porque justamente les mentía. Siempre elige a la mentira primero, lo que la hace reconocer que tiene que ver con ella. Esto viene desde los 18 años, desde que falleció su madre. Ahí su padre desapareció un tiempo,

dice acerca de él: “es una persona muy mentirosa”. La muerte de su madre resultó una marca para Rebeca; “se murió en mis brazos”. A partir de ese momento empezó a tartamudear. Se presenta como una persona muy nerviosa. Le genera incertidumbre el por qué miente y lastima a la gente que quiere.

Lo único que dice esperar de un tratamiento es dejar de mentir.

María

María de 23 años de edad, consulta derivada por el médico psiquiatra con el cual se atiende desde hace un año. Se presenta como teniendo problemas depresivos: “hasta hace poco no tenía ganas de levantarme”. La madre tiene depresión crónica, lo que hizo que se sintiera peor la paciente. Se encuentra medicada con odranal y orafex. Ella encuentra las razones de su malestar en la depresión y en la obligación de acompañar a su madre.

Subraya que el episodio de su mamá provocó que desencadene María. Hija única, en donde siempre los problemas de sus padres recayeron sobre ella.

Hoy consulta porque se dio cuenta que quiere cambiar varias cosas. Desde que terminó el colegio no hizo nada. Siempre se dedicó a hacer todo lo que le decían los demás. Quiere comenzar a estudiar en la facultad pero siempre le han dicho que no lo iba a terminar, que nunca fue responsable, que se trataba de un simple capricho. Se considera grande ahora y quiere trabajar.

Le gustaría sentirse adulta pero no se siente de esa forma: “es como si me hubiese quedado en los 17 años o menos”. Al terminar la entrevista María recuerda que se olvidaba de algo importante. En diciembre de 2012 falleció su abuelo y eso fue lo peor que le hizo. Era muy pegada con él. Es una situación que no puede superar hasta el día de hoy. Cuenta: “... En 2007 a raíz de situaciones que me traumatizaron, siempre tuve el autoestima muy baja, tuve unas amigas que no me ayudaban mucho en ese sentido, falleció mi otro abuelo,

la prima de mis primas, me dolía mucho la cabeza, me mareaba, no veía, me sentía re nerviosa. Me llevaron al hospital y ahí me dijeron que había sido pánico y me dieron palium. mi mama se asusto mucho por un episodio de alucinación que tuve: yo estaba sentada y había un pasillito y entonces le digo “mira quien viene ahí, guillermo y palermo”. mi mama fue a buscar a alguien de la guardia y me dieron nicrofenax y palium para el dolor de cabeza, y un hombre de ahí me preguntaba qué problema tenia, si me había peleado con mi novio, si estaba embarazada...”

En relación a las expectativas de un tratamiento dice que le gustaría encontrar el por qué llegó a esto o la cuestión del por qué llegó a la situación que está, el por qué no pudo llegar a madurar, a ser una persona adulta, tener las tareas de la vida, tener un trabajo, a dejar la dependencia que tengo hacia sus padres. Es así que presenta una desorientación en su vida, pareciera estar perdida.

6. Intentos de suicidio/fantasías de suicidios

Estela

Estela de 47 años de edad consulta porque no siente ganas de vivir. Tuvo un intento de suicidio por el cual estuvo internada en una clínica psiquiátrica privada. Sin embargo sitúa la paradoja, porque cuando intentó quitarse la vida sabía que su hijo estaba viniendo. Todos sus problemas lo causan los conflictos que tiene con sus hijos, no tiene una “relación fluida” con ninguno de sus hijos. Ellos le reprochan no haber estado, ser una madre ausente. Después de 27 años se separó del padre de sus hijos hace dos años, y actualmente se encuentra en pareja, con la cual sus hijos no aceptan. Mientras estuvo casada, la relación estuvo signada por la violencia y el maltrato, de ambas partes, lo que motivó en parte después de mucho tiempo que Estela tomara la decisión de finalizar la relación

Se presenta encontrándose débil mentalmente, es decir, sin voluntad para decidir, “todavía me cuestiono si seguir con mi pareja o con los chicos”.

Vanesa

Vanesa de 29 años de edad consulta porque se encuentra realizando un tratamiento psiquiátrico por ataques de pánico. Fue derivada por la psiquiatra. Se encuentra tomando antidepresivos, por dos intentos de suicidio. Su papá está preso por violencia familiar. Dice que su papá no se toma en serio esto, “si te querés suicidar te compro el arma”. Su malestar está motivado por el maltrato de su jefe.

Destaca que se sobreexigió, lo que la llevó a deprimirse. Para ella el detonante fue que se saltó todo un día durmiendo. Después de ese episodio una noche estaba acostada y le empezó a faltar el aire, tenía miedo, se le aceleraba el corazón. Lo marca como un “estado extraño”. A partir de ahí le dijeron que eran ataques de pánico. Reconoce que sentía que se iba a morir y después se quería matar para que no suceda otra vez. Se presenta como con depresión profunda, caracterizado como angustia, dolor en el pecho, desgano, no para de llorar. Siente que perdió todo. Espera solucionar este problema con el tratamiento. Estas manifestaciones son cuando se enoja mucho, “implosiono, exploto por dentro”. Se siente mal por todo lo que pasa. Siente culpa porque nunca tuvo una mala intención.

7. Miedos varios/restricciones

Mónica

Mónica, de 50 años se presenta a la consulta teniendo “miedos desmedidos”, lo que conlleva inhibiciones múltiples. El comienzo de este malestar puede situarlo desde hace 2 o 3 años. Sin embargo, puede denotar que en la actualidad las inhibiciones han bajado de intensidad: “Ahora puedo salir a caminar, aunque a veces no salgo y hay otros días en que salgo a la calle”.

Mónica relata algo de su historia de vida. Al abrir un poco el relato, la principal preocupación que se le presenta es una separación amorosa que ocurrió hace 10 años, y que si bien aclara “fue de común acuerdo, hubo mucha violencia de ambas partes”. Se ha transformado en una relación “rara”, porque sitúa que él pudo construir una nueva pareja pero continúan viéndose con Mónica. Ella era y es mantenida económicamente por su ex pareja, “él no quiere que yo trabaje”. Se ve como Mónica se siente completamente a merced y en una situación de dependencia de él. Se trata de un hombre que siempre fue proveedor de todo. Pero la paciente quiere cerrar ese capítulo de su vida y de la relación. Esto demuestra una gran ambivalencia.

En función de esto y ante la pregunta de que espera del tratamiento, Mónica dice: “No se, me gustaría cerrar ese círculo... independizarme... pero sin odiar”.

Patricia

Patricia de 45 años de edad consulta porque se viene sintiendo mal. Impedida e inhibida. Necesita ser acompañada para poder salir a la calle porque sino se le presentan episodios de taquicardia, sudoración. Presenta dificultades para conciliar el sueño,

Consultó previamente al médico clínico para realizarse los exámenes correspondientes, que arrojaron resultados positivos aunque enigmáticos para ella, porque no le dieron respuesta a su malestar.

Se presenta como muy nerviosa, con lo cual ella relaciona lo que le sucede en la actualidad. Piensa que se va a morir. Tiene terror de salir a la calle. Tiene terror a morirse. Tiene terror que le pase algo a sus hijos.

Quiere utilizar el tratamiento para poder salir del encierro en que la vida acusa la llevó. Quiere sentirse bien para salir.

Romina

Romina de 36 años consulta porque quiere resolver ciertas cosas que le van sacando libertades. Algunos miedos. Puntualmente con los robos a partir de diferentes experiencias traumáticas. Ha dejado de salir, todo le cuesta más. Camina con su hija por la calle mirando todo el tiempo. Se presenta como no teniendo paz. No se concentra, no puede prestar atención. Siente miedo.

Desde los 12 años trabaja en comercio familiar de sus padres, ha tenido varios robos a mano armada. El primer robo fue a los 17 años del cual salió atemorizada.

Ahora decidió consultar porque tiene que arrancar pero no arranca. No puede terminar con lo suyo. Tiene 13 finales para rendir hace dos años. Se presenta desperdiciando el tiempo. Tiene que ver con sus altibajos anímicos. En el 2011 dejó de cursar. Resalta que al final tiene todo sin resolver, le molesta el hecho de no seguir intentando porque es lo que le gusta.

Se presenta como prevenida en toda situación. Tiene que planear mucho todo. Consulta porque siente que por más voluntad no puede. Y siente que quiere seguir adelante. Siente tener como “la lana anudada”, necesita ayuda como para ir desenredando un poco esto porque sola no puede y tiene ganas.

Ana

Ana de 35 años de edad consulta por sus antecedentes, tuvo muchos problemas de salud, cuenta que pasó

por muchas cosas feas. Su marido a principio de año tuvo un accidente en la moto y quedó con secuelas.

Discuten mucho. Se presenta como comunicativa pero alterada e impulsiva.

Le dijo a su marido que necesitan ayuda profesional. Su marido tuvo una crianza complicada. Padre fumador, le pegaba a la madre. Tiene un hermano preso por la droga.

En cuanto a ella relata que fue violada a los 13 años. Cree que el tema lo superó sola. Sin tratar con nadie.

Era una persona que conocía y “me dijo que si yo hablaba nadie me iba a creer, entonces yo nunca hable”.

Recién cuando realizó un retiro espiritual, ahí lo contó y su mama se enteró. En el retiro realizó el testimonio de vida. Estaba su mama ahí y le salió decirlo.

Desde los 11 años padece diabetes, a causa de la cual ha quedado ciega, y hoy siente que es el momento de desear formar una familia. No puede por esta condición orgánica pero a pesar de lo dificultoso de una operación la quiere realizar. Se entrega a una solución mágica como la religión. Lo deja en manos de Dios, “que pase lo que pase”.

El espacio psicológico no siente que pueda ser un espacio que la pueda ayudar, sin embargo quiere mejorar con su pareja, no se quiere separar. Reconoce que ella no se encuentra bien, se encierra en su habitación.

Antes se animaba a salir a la calle. Ahora le da miedo de caerse o que le choque un auto o cualquier cosa.

Por eso está encerrada en su casa. Quiere estar bien.

Gimena

Gimena de 22 años de edad consulta por los efectos traumáticos de una contingencia de su vida. Relata que todo comenzó hace 3 años. Iba a la facultad y le robaron. Desde ese día le dio miedo salir sola. Se pone pálida, tiene taquicardia, se descompone. Y además problemas familiares. Se encuentra peleada con su

papá, hace más de un año que no se hablan. Tiene que esperar a ser acompañada, sin embargo siente que está perseguida hasta en la casa. No duerme. Siente ruido afuera y se queda traumada. Se presenta como paranoica.

Sus padres se separaron de chica, a los 13 años. Desde entonces tomó la responsabilidad de criar a sus hermanos. Nunca se permitió sentirse mal. Ante todos los problemas ella sentía que tenía que estar ahí.

De un tratamiento pretende obtener una solución, mantiene la esperanza de poder salir a la calle sola. Tener independencia y que alguien le de otra perspectiva, porque se presenta como testaruda. “Que otra persona me dé su opinión. Dependo todo el tiempo de alguien, de sus horarios...”.

Paula

Paula, de 21 años consulta manifestando que su motivo cree que no es digno de consultar. Se trató de una entrevista corta en tiempo, marcada por el silencio de la paciente.

Llega porque “tiene pensamientos malos”. Pensamientos de hacerse mal (de autopunición) y pensamientos de saber que es lo que va a ocurrir (anticipatorios). Presenta intuiciones autopunitivas, dado que tiene la certeza de que si ella sabe que se peleará con el novio, entonces al verlo se pelea.

Se presenta aislada, encerrada y estancada, “no hago nada y estoy todo el día encerrada en mi casa”, además de marcar una relación con peleas y dificultades con todos. Dice “vivir un momento donde tiene que tomar decisiones, con respecto al novio y además a la mamá”, aunque no menciona nada del orden de estas decisiones.

Carlos

Carlos de 21 años de edad, consulta al Centro de Salud municipal de La Plata, porque desde hace dos años que se encuentra presentando crisis de angustia, tristezas profundas. La particularidad de estas crisis es que se dan durante el trayecto en colectivo a la facultad, lo que lo llevaron a abandonar los estudios universitarios y encerrarse progresivamente cada vez más en su casa, al punto ni siquiera de ir a la esquina. A la consulta llega acompañado de una chica de su barrio. Esto último lo puede llegar a decir cuando pide al final de la entrevista si puede ser más temprana la siguiente entrevista porque la mujer tiene un tiempo acotado para acompañarlo.

Nunca habiendo consultado a un psicólogo, llega a la presente consulta después de haber ido tanto a un médico clínico como oftalmólogo, y de esta forma haber desestimado cualquier problema orgánico que explicara su situación, que desde los 15 años lo aquejaba: síntomas como dolores de cabezas, de panza, mareos, desmayos.

El paciente presenta a la herencia como su hipótesis causal de su situación actual. Cree que su malestar está asociado con todo lo que su madre sufrió.

Carlos fue criado y actualmente vive con su abuela. Vivía también su tío, que falleció hace un tiempo. Esta abuela, fue la mujer que adoptó de niña a la madre biológica del paciente. Relaciona esto último con su hipótesis causal. Su madre fue abandonada de pequeña: "sufrió de abandono" dice Carlos. Y durante la entrevista apareció un lapsus importante, que el paciente dijo que simplemente se confundió, pero se intervino dándole énfasis al equívoco: esto (la situación de abandono) ME afectó mucho... enseguida se remarca lo que acaba de decir y Carlos corrige diciendo LE afectó mucho a su madre. Importante el equívoco para empezar a pensar la relación de este chico con su madre.

Se le interroga si sabe en que consiste este espacio por el cual consulta. Desconoce lo que se hace. Se le enfatiza lo importante de hablar sin tapujo. Él espera de un posible tratamiento una solución rápida y

completa.

Raúl

Raúl de 32 años de edad, no es la primera vez que consulta a un Servicio de Salud, pero esta vez es diferente. Lo hace por obligación con la Justicia, después de haber sido sancionado cuando lo detienen por comprar drogas. Sólo expresa al comienzo su malestar por las consecuencias de esta situación, que le ha interrumpido su permanencia en una escuela de formación militar, en la que cifraba todo sus proyectos, y aún más, la resolución de su situación de precariedad social y económica en la que se encuentra. En las consultas previas a lo ocurrido fue diagnosticado como “fobia social” por un psiquiatra y el psicólogo con el que realizó un tratamiento posteriormente caracterizó su problema como “miedo al miedo”.

La sanción recibida por esta situación que relata fue en realidad la suspensión de sus estudios en la escuela de cadetes, por un lado, y, el motivo por el cual ha realizado la consulta psicológica, por otro. Dicha consulta presenta una particularidad ya que no consiste en una consulta espontánea del paciente sino en la derivación del Juzgado de Ejecución Penal quien solicita asistencia psicológica. Pero aquí aparece lo llamativo: el tratamiento de asistencia fue primeramente recomendado a llevarse a cabo en un CPA (Centro provincial de adicciones). Pero Raúl negó ir a dicho lugar de atención, alegando que “no soy de ese tipo de personas, no soy un drogadicto”, y es por ello que la asistencia psicológica exigida se extiende para que él pueda iniciar el tratamiento en otra institución de salud pública. Dos cuestiones importantes en cuanto a su posición ante esta directiva: por un lado, no presenta una identificación previa como adicto, y por otro lado, no acepta del todo la derivación del juez para llevar a cabo un tratamiento psicológico. De esta manera explica cómo llegó al Centro de Salud. La transferencia con el Centro, el “buen trato” que tuvo siempre con los profesionales de la institución en visitas para asistencias clínicas anteriores, explican por qué asiste a consultar a esta delegación

de salud municipal.

Le resulta muy difícil hablar en las primeras entrevistas, pero progresivamente logra expresar que lo que le ocurre es “el miedo a quedarse solo”, lo que lo obliga a fumar marihuana para poder dormir. El miedo y la inseguridad son una constante en su vida, cree que por eso se encierra y evita a la gente. Comenzó a estudiar Psicología tratando de entender lo que le ocurría, pero no soportó las exigencias de tener que hablar en clase, ante los demás, razón por la que abandonó sus estudios.

La inseguridad y la soledad son tópicos que, en realidad, vinculados a miedos precoces e infantiles, en función a la relación con su padre y al tema tan particular para L de su relación con las mujeres.

8. Rupturas amorosas/separaciones/problemas amorosos

Angélica

Angélica, de 42 años de edad, fue derivada a la consulta psicológica por el médico clínico del centro por un cuadro de asma.

Es una paciente que presenta tratamientos psiquiátricos y psicológicos previos. La admisión actual transcurrió bajo una fuerte angustia, con un llanto constante, y sitúa que desde hace un mes han aparecido lo que llama “ataques de nervios”. Todo el malestar con el que se presenta, apareció según la paciente, ante la ruptura amorosa, cuando encontró a su pareja actual en una situación “medio rara” con otra mujer, situación que generó una reacción por parte de Angélica tanto verbal como física hacia su pareja. Actualmente, se encuentra en la situación paradójica y ambivalente donde “lo odia pero no”.

Desde que comenzó su malestar ha tenido problemas para conciliar el sueño, siendo la noche un momento en donde piensa incesantemente.

Finalizando la entrevista de admisión, Angélica, dice “todos deciden.... ahora me toca a mi”. Sin embargo, la paciente al terminar la admisión concluye solicitando alguna pastilla “para estar más tranquila y menos nerviosa”.

Leonela

Leonela de 30 años de edad se encuentra desde hace dos años y medio separada. Tienen una hija de 6 años por la que se encuentran en proceso de litigio por la tenencia. Los abogados de este proceso así como su padre le recomendaron ir al psicólogo, recomendación que motivó la consulta. Sin embargo reconoce que debería haber consultado antes porque le cuesta mucho manejar esta situación. Dice marcando la discontinuidad y presentando su malestar: “Estoy toda brotada, me cuesta. Me cuesta aceptar, me pongo nerviosa, me pongo nerviosa, me broto porque me cuesta, fue de un día para el otro que me dijo que quería terminar. Que necesitaba tiempo, para mi estábamos bien”. Se muestra sorprendida como si se tratara de una situación inesperada la separación planteada por el marido. Después de la separación, Leonela se mantuvo ocupada. Hubo intentos de solucionar la situación problemática pero le resultaron insuficientes. Buscó mucho trabajo, se rodeó de amigos, familia. Sin embargo reconoce sentirse otra, “no me siento yo”. Hoy la presencia de los otros la ahogan. Leonela a veces quiere estar sola para llorar hasta cansarse, mientras a veces busca estar con gente.

Nunca había realizado tratamiento sin embargo su hermano se lo había sugerido para poder desahogarse con una persona neutral. Piensa que podría obtener más herramientas. Se trata de una entrevista signada por la angustia y el llanto. Espera de la consulta y el posible tratamiento estar bien; desconsolada y en llanto dice: “necesito volver a reírme”. Si bien consulta por la derivación judicial, el relato en el transcurso de la entrevista se inscribe en su situación posterior a la separación.

Andrea

Andrea de 33 años de edad. Lo que motiva su consulta es su deseo de separarse de su marido, lo que no le resulta nada fácil. Lo presenta a él como alguien que la degrada todo el tiempo; es una relación de violencia verbal. Hace 1 año y medio empezaron las infidelidades por parte de la paciente. Resalta que aunque no lo pudo comprobar, ella sabe que ha sido engañada desde siempre.

Aparece influida por su madre para no terminar la relación. Siempre lo quiso dejar pero su mamá le había dicho que era un buen tipo. Fue su primer novio, su primera vez. Se presenta como insatisfecha: “nunca me pude divertir con él, es una rutina todo el tiempo”. Él le decía todo lo que tenía que hacer y todo lo que le decía lo hacía: “no era mi marido, era mi papá”. Esa posición ahora le asfixia.

Consulta porque espera que se le acomoden un poco las ideas. Siente que con él no pudo ser ella, no la deja, porque constantemente le está marcando todo lo que está mal, la intenta dominar, porque es muy celoso, desconfiado: dice que “me gusta que me miren, que soy demasiado simpática, que me gusta que me rodeen”. Desde hace mucho tiempo intenta separarse, y confiesa haber hecho de todo para lograrlo pero él no quiere irse, y ya no sabe qué es lo que quiere con respecto a este tema.

Alejandra

Alejandra de 37 años, llega buscando “ayuda”. Se trata de una mujer que se separó hace 6 años, y que tiene 5 hijos. De esta manera solicita ayuda asistencial porque no tiene para comer ni para vivir. Se encuentra bajo

el discurso de que “no hay justicia”, lo cual la angustia. Vemos entonces que se inscribe en una situación de desamparo psíquico y físico, y en donde reclama justicia.

El día anterior a la entrevista, Alejandra dice que que estuvo llorando todo el día y que vino a consulta a este centro en particular porque se siente a gusto, y siempre la han tratado bien. Resulta interesante la implicación subjetiva como víctima en donde relata que a veces “está por el piso y se deprime muchísimo por toda esta situación que vive”. Ha pasado por otras consultas y tratamientos psicológicos a los que solamente ha concurrido en pocas ocasiones.

Cuando tuvo a su primer hija, ahora de 19 años, fue a una psicóloga porque tuvo un intento de suicidio por temor a que su padre intente quedarse con la hija.

Su relato se vincula con una demanda de ayuda económica y asistencial. Enfatizando los abandono que ha tenido desde su infancia. Nos cuenta que la madre la abandonó de chiquita y que por eso la tuvo que criar una tía. Se sitúa en un momento reflexivo y de desconocimiento propio y actual, dado que “no pensó que iba a terminar de la manera en que se encuentra en este momento”. De esta situación que vive Alejandra tiene la ilusión neurótica de que “si hubiera tenido otros padres o hubiera nacido en otra familia, mi situación ahora hubiera sido diferente”.

La situación con la ex pareja es algo que marca ella a lo largo de toda la entrevista, y dice que “durante 16 años había estado todo bien pero después con malas juntas y diferentes infidelidades todo empezó a estar mal”. Su intención es terminar con la relación definitivamente. Si bien sitúa que él no quiere terminar la relación, ella interpreta el deseo del hombre diciendo “ya no quiero darle mas hijos”.

Ante la pregunta de qué es lo que espera del tratamiento, Alejandra menciona que ella va a la iglesia pero que no le alcanza. Quiere salir adelante, por sus hijos. “Quiero buscar la solución pero no la puedo encontrar. Esto la lleva a preguntar: ¿como revertir lo malo? Quiero salir de ese lugar y en estas condiciones pero ¿como?”. Acá se encuentra la búsqueda de cambiar la situación objetiva en la que se encuentra. Entonces, se le

pregunta como podemos ayudarla nosotros, acá en el área de psicología, marcándole que ciertas necesidades asistenciales como las que ella trae a consulta aquí no se pueden tratar pero que vamos a trabajar sobre otras cuestiones. Ella dice que quiere salir adelante por sus hijos, pero que siente estar sola, “hasta pensé en tirarme abajo de un tren”.

Roxana

Roxana de 31 años de edad, consulta derivada desde el Juzgado, el cual le solicita realizar un tratamiento psicológico. Previamente había realizado tratamiento en Ringuet y al no poder continuarlo la mandaron al CAPS de Tolosa. Su consulta se encuentra judicializada porque se separó del papá de su hija, la cual llora porque lo extraña. Él no la quiere ver a la nena y eso causa que entre Roxana y su ex pareja haya problemas. Hace dos meses se separó, la causa de ello es que él tiene problemas con el alcohol. En realidad antes de la separación, no había mucha relación entre el padre y la hija porque él trabajaba hasta tarde y casi ni se veían, pero ahora las cosas cambiaron.

El comienzo del problema del alcoholismo de su marido lo sitúa en el momento del fallecimiento de su madre. Estaba peleado con la madre desde los 15 años y cuando nació la hija, Roxana le comenzó a decir insistentemente que fuera a ver a la madre. Al año de la nena, él decidió ir a ver a su madre y cuando llegó, justo había fallecido. A partir de ahí comenzó a tomar.

Roxana se fue de su casa paterna a los 15 años porque tenía problemas con su padre. Después de la muerte de su madre, la situación se complicó porque la mujer con la que su padre comenzó una nueva relación les hacía la vida imposible, entonces Roxana decidió irse junto a sus hermanos. Lo ha ido a visitar pero Roxana dice que siempre es para problemas. “No se puede reclamar nada ni casa nada...igual que ahora que reclama la casa el papá de mi hija.”

Melina

Paciente de 36 años, embarazada en la la semana 35. Presente angustia que no puede manejar. La obstetra del Centro de salud la deriva por hipertensión. “no lo puedo manejar con nada”. Melina es madre de 3 hijos, y confiesa nunca haberle pasado esto. Se presenta sola, en soledad, sin la ayuda del padre de sus 3 hijos. Atribuye su malestar a causa de algo nervioso. Resalta que hace todo obligada. Al padre de su embarazo lo reconoce que no la ayuda como ella necesitaría. “Estoy sola en todo, sin contención”. Se trata de un hijo no buscado por la pareja, hasta incluso no aceptado. En un principio quiso abortar, y lo justifica para evitar el sufrimiento del bebé. Espera que con el nacimiento del bebé su pareja cambie. Por ejemplo: “Ayer estaba acostada, vino 10 minutos y se fue, yo necesitaba que se quede conmigo”. Continuamente remarca que espera más de los demás.

Facundo

Facundo de 27 años de edad lo derivaron por presión alta y por mucha angustia. Se presenta como muy tranquilo. Y cree que su angustia se debe a que explota. A principio de año tuvo un pico de stress. Este episodio lo describe de la siguiente manera: “se me contracturan los músculos, llegué a desgarrarme”. Resalta que este tema viene de más atrás. Realizó el servicio penitenciario en tres años y hace dos que le salió el nombramiento. Sin embargo se presenta cansado. Se encuentra separado porque estaba en una relación que siempre había problemas, siempre discusiones, y seguido a esto dice que hace un año falleció su padre. Su padre era suboficial. “Era muy compinche con mi viejo”. Su padre lo abandonó cuando tenía 6 años. Ahora tras la separación se fue a vivir con su madre, con la cual tiene una relación particular, distante. Si bien nunca concurre a una consulta con un psicólogo, no descarta la posibilidad de que necesita ayuda.

Porque desconoce si toma las decisiones correctamente.

Ariel

Ariel de 37 años de edad, estudiante universitario de la UNLP, que consulta por un desencuentro amoroso que se ha repetido 3 veces en su vida. Una vida reglamentada la de Ariel desde chico. Marcada por puntos traumáticos que lo han definido.

A los 23 años de edad entró a la carrera de arquitectura, donde conoció a las 3 chicas que con el tiempo se iba a enamorar, Lucia, Leonela y Laura, respectivamente. El rasgo común de estas compañeras de la carrera fue que tomaban la iniciativa en sus vidas. Pero no correspondieron el amor de Ariel, sino que todo lo contrario cuando él les declaró su amor, cortaron el vínculo de amistad.

Ariel dice no saber expresarse ni en materia de la universidad, porque es una carrera donde “tenés que ser expresivo”, ni en cuanto a las mujeres. “Primero entro como su amigo, pero al final me doy cuenta que no quiero eso, y después no me ven para otro tipo de relación”.

Sin embargo, Ariel acarrea desde su adolescencia algo que dice marcarlo en cuanto a su acercamiento a las mujeres. Su primer florecer sexual, fue a los 12 años, en donde recuerda que hacía que su hermana menor, 10 años en ese momento, lo acariciara mientras dormían porque compartían la cama. “Nunca hubo penetración” señala Ariel, pero con el paso del tiempo se dio cuenta que estaba mal lo que hacía por lo que se lo contó a sus padres, que le explicaron que eso no se debía hacer. Este suceso que marca su despertar sexual, es un fantasma para Ariel que aparece asociado con cada acercamiento que ha tenido con el otro sexo, en diferentes situaciones y ocasiones con otras mujeres. Y por otro lado, ese hecho de su infancia le genera culpa, y aduce que los problemas y malestares que tiene su hermana, se deben a él y a lo que le hizo en aquel momento.

Rubén

Rubén de 33 años de edad, consulta después de haberse separado de su pareja con la cual imaginó que iba a pasar el resto de su vida. Presenta a la música como lo único y más importante en su vida. Es cantante. Y que desde hace 5 años cuando comenzó a salir con Araceli, decidió que ya tenía que empezar a vivir otras cosas, de madurar. Sus años por la música fueron marcados por diferentes tipos de excesos: drogas, alcohol, mujeres, noches de fiesta. Pero la relación con Araceli lo marcó al punto de abandonar todo lo que la música implicaba y a la música en sí misma también.

Se mudaron a un pueblo del interior de la provincia de Buenos Aires, de donde es oriunda Araceli y ahí Sergio dice que dejó de sentirse bien con ella. Ella cambió, se empezó a preocupar por el trabajo solamente. “Me sentí solo” dice Sergio.

En ese tiempo que estuvo en el pueblo, tuvo una vida estancada. Sin amigos, con trabajos esporádicos, en donde “la autoestima le tocó el piso” plantea. Engordó lo cual influyó mucho en su valoración propia.

La separación la decidió ella, pero los últimos meses, Sergio pudo reconocer que “la empujó a que ella tomara esa decisión”. Se arrepiente de la forma que se manejó en esos meses donde la desacreditaba, menospreciaba, pero reconoce que todo se debía a que no se sentía a gusto en ese lugar y en la forma que ella había cambiado.

Agustín

Agustín de 31 años de edad, consulta por dos motivos que no está pudiendo manejar de su vida. El primero de ellos, refiere a su reciente separación de pareja, con Rosario, la mujer que para él es la mujer perfecta. El

segundo motivo es la desorientación que ha tenido siempre en su vida, por la que no ha alcanzado ninguna meta ni ningún logro.

En cuanto a su relación de pareja, dice que arruinó la relación por su propia forma de ser, por ser “calentón”. Se presenta como deseando a todas las mujeres, y que en un momento “bajó la guardia y le fue infiel a Rosario, y ella se enteró, de la peor forma” resalta Agustín. Es algo que no puede manejar el mirar y querer “encamarse” con todas. Subraya la manera en que sus amigos lo llaman: “el semental”. Sin embargo dice que siempre fue de esta manera pero que ahora está grande para comportarse como “un pendejo, ir de una en otra y arruinando la vida de todas las mujeres con las que tiene algún tipo de relación”.

Por otro lado, en cuanto al segundo motivo, dice que en su vida no ha conseguido nada. No terminó los estudios que empezó varias veces en distintos lugares de educación terciaria. La idea que tiene es que todos los hombres de su edad, han conseguido tener su casa, formar una familia, pero sin embargo él no ha conseguido nada. Esto lo problematiza.

9. Celos/Homosexualidad

Norma

Norma de 27 años de edad consulta por “el tema de los celos y la posesión”. Problemas familiares. En estos últimos cinco meses su madre fue detenida, tiene HIV. Se le junta todo, tuvo que hacerse cargo de todo, de su mamá y de sus hermanas. Se encuentra en pareja desde hace un año y se puso más celosa que antes, “mis celos son terribles, lo vuelvo loco, lo persigo mal, lo sigo a todos lados, si no me contesta el teléfono lo persigo mal y me vuelvo loca”.

Previamente había consultado por no poder soportar y superar la muerte de su abuelo que había tenido un rol

paterno en su vida.

Resalta que cuando su madre fuera detenida por la policía, “la mató”, literalmente en su discurso y vida.

Nunca supo quién era, nunca les dijo quién era, es algo que calla a su mamá.

Norma cuenta que en su familia hay muchos misterios, muchas cosas que no se hablan, mientras que todos saben todo de ella, excepto sobre el padre de su hijo (que fue efecto de una violación, muy traumático para ella). A partir del nacimiento de su hijo y que se enterarán de quién era su padre, la familia se dividió.

Se encuentra muy alterada y acelerada, en un estado depresivo, todo el tiempo llorando, encerrada. Y espera poder salir de este estado en el que se encuentra y afecta a toda su familia.

José

José de 22 años, consulta nuevamente después de haber consultado por el mismo motivo un año antes. No puede dormir, se encuentra siempre de mal humor y no se siente bien. Durante la entrevista, José se encontró muy angustiado, por momentos su voz se quebraba por el llanto, le constaba responder y se mostró tenso.

Hace un año abandonó la casa, tras declararse gay. Actualmente se encuentra en pareja. Seguidamente relata sin querer olvidarse de nada: madre prostituta, padre alcohólico. Resalta sentirse solo, sin ganas de ver a su familia. Presentaba una una relación de amistad con su mamá, mientras que su papá siempre fue agresivo.

Se presenta como con deseos de escapar de su casa antes, de irse definitivamente. Escapar de la violencia, de las agresiones, de las adicciones, lo que producía que no se sienta bien.

Subraya problemas con su pareja actual, comparten mucho tiempo juntos, lo cual hace sentir a José

abrumado. Espera poder dejar de sentirse angustiado y resolver todas estas cuestiones que desde hace mucho lo trastornan.

Nicolás

Nicolas de 22 años, llega a la consulta derivado de la médica psiquiatra, del centro de salud N° 13. Se encuentra en pareja y se presenta como celoso: “tuve una secuencia de ataques de celos”. Es la primera vez que está en pareja. Se considera una persona racional, poco impulsiva y quiere ver cómo trabajar todo esto. Más allá de los motivos, cree que es él. Quiere seguir apostando a las relaciones humanas, no quiere que esta relación lo frustre. Se siente inferior: “me siento en desventaja. No puedo vivir sin controlar la situación”.

Resalta que es hijo único, y eso es importante porque destaca que unos convive mucho solo, tiene que tomar decisiones por sí mismo. Se crió en un núcleo familiar de personas mayores. Sus papás lo tuvieron a los 40 y 50 años. Subraya que tuvo más apego con su madre y se encontró alejado de su padre.

Cuenta que ya estuvo en tratamiento psicológico, por la homosexualidad, la quería erradicar: “mi padre era muy machista”. A los 13 años consulta por primera vez aunque previamente ya había tenido encuentros con hombres. A esa edad consultó porque le empezó a hacer ruido, quería resolverlo y asistió con una mentira, por una mala relación familiar. Pasó por varios psicólogos hasta que se dio cuenta que era cuestión de tiempo, de que se aceptara su elección sexual. Después a los 20 años volvió a consultar con otra psicóloga por el mismo tema, pero no le convenció, y confiesa haber tomado “el toro por las astas”, y lo hizo público. Su padre falleció a los 16 años y cree no haber aceptado este tema y presenta a su madre como muy conservadora, y ella a su condición sexual la respeta pero no lo acepta.

10. Psicosis Ordinaria

Eduardo

Eduardo, de 38 años de edad, concurre a la consulta al servicio de psicología local de ciudad de La Plata, por varios motivos pero prefiere elegir los más importantes para desarrollar en la entrevista de admisión. Estuvo dos años en un tratamiento psicológico, que fue muy importante en su vida pero resultó interrumpido cuando se quedó sin trabajo y sin obra social, lo cual se presenta como un gran problema, al punto de decir: “estar sin obra social es un atentado contra mi salud”. Después de abandonar la terapia empezó a estudiarse si mismo. Realizó “un proceso de introspección”.

Desde hace un año comenzó con un dolor en el pecho. Lo describe como moviéndose por todo el pecho, de arriba a abajo, y hacia los costados. Se acompañó de sudoración, que antes no tenía, en las axilas y en las manos, además de temblores en situaciones particulares. Ante este dolor, él intenta relajarse sacándose las cadenas del cuello, desabrochándose la camisa, aflojando todo lo que hace presión en el pecho. Ha podido entender en función al tratamiento previo, que esto que le sucede hoy, responde a sintomatologías psicológicas pero a la vez afirma “que es real como si tuviera una piedra en el pecho, una pelotita de ping pong en la garganta”. Además del malestar que presenta a nivel del cuerpo, afirma que desde hace dos años ha presentado una gran aislamiento y se ha vuelto muy apático con sus amigos y sus relaciones sociales.

Arriba a la consulta sosteniendo que conoce los motivos de su malestar. “Pienso que la causa es un nuevo paradigma que tomó mi vida luego de la terapia... la terapia me permitió ver errores...”. Era la primera vez que hacía tratamiento pero a partir de ello acusa que tomó conciencia de que lo que le pasaba en su vida era la resultante de sus actos, no eran errores de los demás. “Son errores y defectos míos, no puedo esperar que los demás cambien”, sino que sitúa que el cambio debe ser por parte de él. El proceso de terapia lo llevó a cierta “despersonalización” dado que que reconoció que no se conocía. Remarcando la importancia de la

terapia, sí que fue muy importante hacer terapia, le paso una cosa muy rara, nada de lo que pensaba que era, era cierto, le era totalmente ajeno a lo que él pensaba. La imagen que le devolvía la realidad de él, era otra cosa. Afirma como si se tratara de una lección aprendida por la terapia: “ahora estoy en camino de hacer algo con ese alguien que hicieron de mí”.

Sin embargo, continúa contando sobre la causa de su situación. Cree que después de 38 años sigue influido por la infancia traumática de sus padres. “Los problemas son heredados”, dice, pero más allá de esto, reivindica a sus padres diciendo que han intentado hacer lo mejor como todos los padres, con él y su hermano.

Su madre recibía castigos diarios hasta que quedó embarazada y se fue con su padre, lo cual el paciente señala que fue una buena solución. Su padre, italiano, se vino a los 8 años a Argentina, el padre de su padre estuvo en la guerra. Él y su hermano fueron criados como “en el centro de la batalla”, les enseñaron a ser sobrevivientes. Se trataba de un hogar, tanto el suyo como el de su padre, donde no había lugar para ser sensible, un hogar muy duro y de muy pocas palabras. Su hermano y él son producto de padres incompresivos. Presenta a su madre como enajenada y a su padre como duro y triste. Concluye que la unión de sus padres fue el producto de sus problemas, y en consecuencia los criaron a su hermano y a él con carencias. Por ejemplo, se jacta de no haber aprendido a amar. “El problema con el amor es la ausencia de cargar sus actos con la pasión del amor”, señala Eduardo. La mayoría de los recuerdos no tienen intensidad y dice con respecto a esto que amigos y familiares le relatan recuerdos de los cuales él no recuerda nada.

Actualmente Eduardo se encuentra en pareja, aunque en vías de separación. Sin embargo es una separación que no puede concluir: “Con mi pareja estamos todos los días a punto de separarnos”. El paciente afirma que “no soporta el molde al que ella lo quiere hacer entrar, y con molde quiero decir la vida que quiere que tengamos, y yo estoy tratando de seguir mi camino, pero, no sabe cómo seguir pero no quiere seguir por seguir como su padre.

Otro tema que enuncia es que tiene problemas con los mas chiquitos: “No me conmueve una criatura, en verdad los chicos no me gustan”. En su discurso en la entrevista se puede ver relacionado este tema con su pareja por un lado y con su hermano y sus sobrinos por otro lado. Dice: “Mi mujer, como toda mujer, si le gustan, pero yo no quiero ser padre ni vivir cerca de los chicos. Soy esa clase de tipo que no quiere familia ni quiere hijos” “El matrimonio es un atentado contra la faz de la Tierra”. Con respecto a su hermano y sobrinos nos cuenta que el vio a su hermano desbarrancarse por haber inventado, creado, traído personas al mundo sin estar enamorado del mundo, sin haber resuelto sus conflictos. El hermano es presentado como el que le quiere decir que el matrimonio es una amistad sin relaciones sexuales y que los hijos traen felicidad pero también problemas. He aquí un problema para Eduardo, porque reconoce que le da miedo tomar ese camino si por error tuviera hijos, y repitiera de esta manera, la trayectoria familiar, “ese camino de desamor y desconexión”.

Las expectativas que tiene del tratamiento es en palabras del paciente: “espero concentrarme, hacer esfuerzo de mi parte para realizarme como hombre e invitar a las personas que me conocen a la fiesta de la vida. Si solo sobrevivo, estoy creando un mundo enfermo, triste y no eso para nadie. Quiero cargar mi vida con emociones, cargar mis recuerdos, empezar a tener recuerdos”.

11. Problemas con el Otro sexo

Federico

Federico de 22 años de edad, consulta al servicio porque quiere cambiar su manera de manejarse en la vida en general. Se presenta como teniendo constantemente actitudes de “pibito”. Resalta que le cuesta hablar, sobretodo cuando está nervioso.

Le llama la atención que el resto de la gente sea feliz mientras que él no cree ni serlo ni llegar a serlo.

Presenta que en su vida hay un muro enfrente suyo, y él es como una “pelotita que se golpea , sin poder pasar el muro”. Además aclara tener miedos varios. Miedo a la muerte, miedo a morir. Presenta proyectos e ideales para su vida. Quiere llegar a ser padre y ver crecer a su hijo, es ahí que sitúa el no querer morir.

A los 19 años tuvo relaciones sexuales con una chica que se rumoreó después que tenía HIV, y a partir de esa relación, le surgió miedo a contagiarse de alguna enfermedad.

Por otro lado, manifiesta que quiere crecer, ser independiente pero surge un nuevo miedo: “no me voy a vivir solo porque tengo miedo a morirme de hambre por ejemplo”.

Sitúa haber tenido que crecer “de golpe”. Dice: “de chiquito era feliz, pero de golpe todo cambió”. Esto lo sitúa hace dos años atrás cuando salió en defensa de un hermano que le estaban pegando.

Espera de un tratamiento y de la vida, poder llegar a ser feliz. Es la única meta que tiene en su vida.

12. Problemas con la alimentación

Mayra

Mayra de 30 años de edad, consulta porque ha decidido después de mucho tiempo, hacerse un vida, ser libre. Ha presentado desde los 16 años diferentes intensidades de un cuadro anoréxico. Presenta una familia compuesta por padres separados y tres hermanos que resalta “viven cada uno su vida”. Su madre es la única que la ha acompañado desde siempre durante todo lo que le ha sucedido, durante todos los otros tratamientos que ha realizado, tanto psiquiátricos, psicológicos, nutricionales, entre otros. Ahora Mayra ha decidido que si bien no está bien, se siente mejor, y necesita ayuda porque quiere mudarse, conseguir un trabajo, tener una vida social, porque su enfermedad la ha llevado a aislarse y perder el contacto con todos sus amigos. Recuperar el lazo social es muy importante para ella. Sin embargo desde que comenzó este proceso de independizarse y querer sentirse mejor, a Mayra le resuena que su madre no está siendo de gran ayuda últimamente. Siente que la frena. No está recibiendo lo que necesita ni espera de su familia para poder salir adelante, lo que la angustia mucho. Se siente sola y sin nadie a quien poder recurrir.

No ha podido terminar los estudios, no consigue ningún trabajo porque no tiene el secundario terminado, y no recibe ayuda de nadie para poder alcanzar algo. Se presenta como necesitando ayuda pero no obteniéndola. Espera que en el espacio de psicología pueda ser escuchada, y que pueda recibir alguna orientación para poder seguir y salir adelante con su vida, ya que no hay ningún otro que la ayude.

Teresa

Paciente de 22 años, brasilera, consulta por su pasado, su presente, sus recuerdos. Le da culpa cuando come de más y en consecuencia quiere vomitar.

Presenta una historia de violencia familiar, por parte de su padre, mientras que presenta a su madre como cariñosa. La crianza de su papá fue diferente a la de su mamá. “Ella no era como mi papá, él tenía

organizado todo, cuando volvía de la escuela estaba toda la mesa puesta, teníamos entrada, comida y postre, pero no podíamos comer una manzana de más porque nos mataba. Nos hacía desayunar, ir a la escuela, comíamos bien, con mi mamá era una locura”. Describe un padre con reglas fijas y estrictas. La paciente presenta también una relación amorosa con rasgos de violencia tanto física como verbal. Marca que cada vez que ha estado en pareja es el tiempo en que engorda, mientras que cuando vuelve a vivir con su mamá adelgaza.

Consulta porque le puede servir para desahogarse. Presenta una preocupación por lo que puede ofrecerle a su hijo. Siempre llora porque quiere darle un futuro a su hijo, no quiere que siga lo que hizo ella.

13. Pedido de certificado/asistencial/demanda preventiva

Johana

Johana de 20 años de edad, consulta al CAPS porque solicita certificado de discapacidad, que es requisito para retirar pañales y/o alimentos. Hubo consultas simultáneas a distintos profesionales el mismo día; fue atendida por el médico clínico, la obstetra y la enfermera. Se le aclara a la paciente que ese tipo de certificados únicamente los expiden los hospitales públicos.

A pesar de que se la demanda no prosperaría para una continuidad de tratamiento, se le ofreció el espacio de atención pero lo único que resalta necesitar es el certificado que requieren desde servicios sociales.

Pura

Pura tiene 44 años de edad, y llega a admisión en psicología por una derivación de interconsulta con el médico clínico del centro.

Comenta que ha tenido insomnio y que durante el día está con dolor de cabeza. No es la primera vez que le sucede esta dificultad vinculada al sueño pero siempre la ha manejado de dos maneras, por un lado, a través de Rivotril, automedicado y por otro lado, con te de tilo. Atribuye este problema diciendo que: “tengo el sueño ligero y eso es como que me hace estar muy alerta”. Sitúa que hace 5 o 6 meses tampoco podía dormir pero con las pastillas era suficiente para poder dormir. Sin embargo ahora no hacen efecto.

Pura, presenta una marcada preocupación por su imposibilidad de dormir porque plantea que quiere dormir, pero que tiene miedo de que vuelva a pasar lo mismo de la noche anterior.

En la indagación de un día primero que marque alguna coyuntura a esa imposibilidad, ella se muestra reticente a poder ir a esa primera impresión de cuando le sucedió por primera vez.

Ella dice que trabaja cuidando a una abuela y que este tema no la estresa para nada, es un tema que esta muy manejado. Y que su única relación con otras personas, es con su hija de 9 años, y su hermano con quienes convive. La relación con ellos está bien. Desconoce el motivo entonces de algo que esté perturbando su sueño. Se trata de una paciente sin capacidad metafórica para expresar su malestar.

Al irse de la entrevista de admisión, Pura, a pesar de ofrecerle trabajar sobre ese síntoma que trae a consulta, solicita si puede tomar alguna pastilla para poder dormir. De esta manera podemos ver que lo único que busca es continuar con las pastillas, habiendo una adicción a las pastillas.

Mauro

Paciente de 25 años de edad, consulta por su hermana de 8 años que se llama Florencia. Tras la muerte de la madre en el 2003, cuando Florencia tenía sólo un año, el padre se queda con la tenencia de su hermana. Eso conmovió a Mauro, sobre todo porque su padre, “no era un hombre en sus cabales”. Peleamos con la hermana del medio para verla a Florencia y consiguieron un régimen de visita. Al año de esto, su padre desaparece. A partir de ese momento, Mauro y su pareja Virginia, ahora se hacen cargo de Florencia.

Actualmente Florencia no sabe lo del padre: “piensa que papá y mamá se murieron”. Mauro ante esta situación quiere tratar de prevenir lo que pueda llegar a pasar dentro de poco. La acompaña en todo pero reconoce que no es el padre. Ante esta situación no puede asumir una función. Aunque de alguna manera se siente obligado a sostener una posición paterna.

- **Recorridos terapéuticos.**

1. La presentación del síntoma fóbico.

Gimena, de 22 años, se presenta a la primera entrevista muy angustiada, llora permanentemente. Es la primera vez que se dirige a un Servicio de Salud Mental, a pesar de que desde hace tres años padece una grave restricción de sus movimientos y un malestar que le impide hacer las actividades que había iniciado anteriormente sin problemas. El origen de estas perturbaciones se encuentra localizado por Gimena en un episodio que sin embargo considera “en el contexto en el que vive el país común y normal”. Se trata de un robo que sufrió cuando se dirigía a la Facultad, un robo que tampoco fue demasiado significativo para ella porque lo describe diciendo: “me robaron la cartuchera nada más, el celular no.” Desde ese momento Gimena se encuentra angustiada y sufre una grave inhibición de sus movimientos: una agorafobia clásica. No puede

salir de su casa si no es acompañada, ha perdido toda libertad personal: la angustia con todas sus manifestaciones estruendosas surge si sale de su encierro. Incluso en su casa no puede quedarse sola. Reclama volver a tener la independencia que tenía antes, ya que ahora “alguien en silla de ruedas tiene más libertad que yo.” También han surgido temores sobre lo que puede llegar sucederle a su madre y a su pareja, con quien convive. Desde el robo su rendimiento en los exámenes ha disminuido y ha desaprobado varios exámenes que rindió, porque reconoce que no puede concentrarse. Lo que más parece molestarle es depender de los demás para hacer sus cosas, en sus palabras “dependo en todo momento de alguien, de sus horarios, de sus ganas, de todo.” Le cuesta entender lo que le ocurrió en ocasión del robo, ya que durante toda su vida fue cautelosa, evitando situaciones de riesgo o peligro, por eso no puede entender que es lo que ocurrió, cómo pudo pasarle eso.” Gimena se siente insegura, desprotegida. Significantes que adquirieron mayor significación a partir de la situación traumática y que para ella adquieren cada vez más preocupación porque los medios de comunicación enfatizan dicho tema constantemente. Asociado a esto, tiene miedo que le pase algo malo a su madre y a su propia pareja. Dice estar “paranoica”, perseguida con el tema de la inseguridad de la ciudad. Al momento de relatar el motivo de consulta la paciente se encuentra muy angustiada y durante toda la entrevista de admisión llora. Cabe el interrogante que tuvo como eje el recorrido ¿Por qué el robo adquirió valor traumático con consecuencias de importancia para su libertad personal? ¿Por qué ese robo tuvo un valor traumático al punto que lleva al sujeto a cierta inhibición e imposibilidad?

Parece resultarle difícil hablar de otra cosa que de sus padecimientos y de la impotencia para resolver sus dificultades, durante un período durante las entrevistas permanece por momentos callada, hasta que después de varios encuentros comienza a hablar de lo que presenta como “problemas familiares pasados y presentes”. Problemas que se localizan y se originan para ella en la conducta de su padre, separado de su madre cuando ella tenía 13 años. Su padre se fue con otra mujer, y para ella fue toda una sorpresa, ya que le parecía que eran una pareja ideal. Sin embargo, no recuerda especialmente haber sufrido mucho por lo que ocurrió, ya que pensó que ella debía ser fuerte para poder proteger a su hermano 5 años menor que ella. Su

padre tuvo más tarde otro hijo con la segunda mujer, niño al que Gimena se muestra muy ligada, y parece haber mantenido contacto desde que nació, aunque no dice nada al respecto. De la misma manera que se propuso cuidar y proteger a su hermano cuando el padre abandonó la casa, ahora siente que tiene que estar para los dos hermanos, ellos la necesitan, especialmente ahora que su padre se ha separado de su segunda mujer y se ha vinculado con otra mucho más joven. Para Gimena "ellos no tienen a nadie", exclama, y lo sostiene a pesar de mi intervención sobre la presencia de su madre e incluso de su padre para los chicos. Sobre la partida del padre de su casa ha dicho anteriormente "Nos quedamos solos", pero ese golpe fue sustituido por la necesidad que creyó tenía su hermano de alguien que lo sostuviera, necesidad a la que respondió ocupando el lugar de ambos padres, los que a partir de ese momento que se revelaron como insuficientes. Gimena parece haberse esmerado en ocupar el lugar del Otro parental, ubicando a sus dos hermanos menores, como veremos más adelante, en situación de desamparo, y por lo tanto de los que demandan cuidado y protección. Algo, sin embargo, acompaña la partida de su padre con un agujero de sentido. Recuerda la frase que le dijo entonces antes de irse de la casa: "te vas a dar la cabeza contra la pared". Frase enigmática, que no puede entender, le resulta extraña, así como tampoco logra entender por qué se lo dijo. Sus comentarios nos conducen a constatar que esta doble cuestión nos remite tanto a la pregunta por su enunciado como por su enunciación, es decir al deseo o a la voluntad del padre, incluso tal vez a su amenaza. Frase que en el momento que la recuerda en la entrevista me pareció oportuno subrayar como puntuación y que ella asocia con algo que ha dicho anteriormente, en referencia a su fracaso en los exámenes: "no me da la cabeza para estudiar y aprobar", o sea, no poder rendir como quisiera. Seguidamente refiere que en realidad está peleada con su padre desde hace un año, cuando en ocasión de separarse de su segunda mujer, le pidió que lo alojara junto a su hijo menor en su casa, y ella lo rechazó, aceptando en cambio hacerse cargo de su hermano. Le dijo "para el nene tengo lugar, duerme conmigo, para los dos no puedo." No podía aceptar a su padre, por el temor de que "no me lo puedo sacar de encima." La respuesta posterior de su padre le molestó especialmente, ya que tocó "el punto débil, el que más le duele",

en referencia a su hermano, al decirle: “Vos te vas a caer, al nene no lo vas a ver nunca más.” Una amenaza que parece no haber cumplido, ya que Gimena sufre ahora por su hermano menor, que se queja por la ausencia de su padre a quien reclama, ese mismo padre que Gimena no puede “sacarse de encima”, a pesar de su desaparición.

En el último tramo de las entrevistas, coincidiendo con la fecha estipulada para la finalización del tratamiento, Gimena se muestra más tranquila, pero continúa con sus dificultades para salir. Sin embargo, todo parece cambiar cuando se entera que su hermano de 17 años se ha enfermado gravemente y se siente llamada para su atención y cuidados. Su preocupación y su miedo parecen permanecer suspendidos en el tiempo y en el espacio mientras aparentemente su hermano la necesite. Esta coyuntura tiene valor de arreglo con respecto a su temor a salir a la calle y a la angustia que le genera el tema de la inseguridad. Nos dice “Tengo que estar fuerte para mi hermano que hoy me necesita más que nada”. Fortaleza que logra recuperar para poder salir de su casa “obligada” por los requerimientos del tratamiento de su hermano.

Conclusiones.

La primera cuestión que nos ha resultado significativa es el momento de la consulta, muy tardío en relación a las graves dificultades que ha sufrido Gimena. Durante los tres años en los que se encontró impedida para salir de su casa, período en el que continuó padeciendo crisis de angustia, y malestar permanente así como un lamentable fracaso en su rendimiento universitario, la joven no consultó ni buscó ayuda, y se mantuvo muy firme en su papel de sostén para sus hermanos abandonados por su padre y aparentemente descuidados por sus madres, a pesar de que en ningún momento fueron objeto de sus quejas ni mención en sus palabras. En el curso de gran parte de las entrevistas resultó difícil que abordara otra cosa que las manifestaciones de su patología, y solo después de un largo tiempo empezó a referirse a los problemas familiares, centrados fundamentalmente en la figura del padre, de quien recuerda especialmente las frases que le dirigió en ocasión

de los dos momentos en que se separó de sus mujeres. La primera, ante la que se muestra perpleja, parece una suerte de imperativo superyoico, insensato, al que sólo puede asociar su fracaso académico, y la segunda, una amenaza que le dirige y que pone en juego su posición de fantasmática de madre conjuntamente con su temor de perder uno de los objetos de sus cuidados. No es por casualidad entonces que la terminación de las entrevistas y la mejoría de las restricciones impuestas por su fobia se encuentren asociadas a una contingencia penosa que la reafirmó en su posición y le permitió renovar sus esfuerzos para responder al llamado de los cuidados necesarios que reclamaba la enfermedad de su hermano.

2. Una fobia a la soledad.

No es la primera vez que Raúl de 32 años de edad consulta a un Servicio de Salud Mental, pero esta vez es diferente. Lo hace por obligación con la Justicia, después de haber sido sancionado cuando lo detienen por comprar drogas. Sólo expresa al comienzo su malestar por las consecuencias de esta situación, que le ha interrumpido su permanencia en una escuela de formación militar, en la que cifraba todo sus proyectos, y aún más, la resolución de su situación de precariedad social y económica en la que se encuentra. En las consultas previas a lo ocurrido fue diagnosticado como “fobia social” por un psiquiatra y por otra parte, el psicólogo con el que realizó un tratamiento posteriormente caracterizó su problema como “miedo al miedo”.

La sanción legal recibida por esta situación que relata tuvo dos consecuencias: primero, la suspensión de sus estudios en la escuela de cadetes del Servicio Penitenciario, y segundo, la indicación obligatoria de realizar un tratamiento psicológico. La consulta actual al servicio de salud mental presenta una particularidad ya que no consiste en una consulta espontánea del paciente sino que se trata de la derivación del Juzgado de Ejecución Penal quien es el que solicita la asistencia psicológica. Pero aquí aparece lo llamativo: el tratamiento de asistencia fue primeramente recomendado a llevarse a cabo en un Centro provincial de adicciones (CPA). Pero Raul se negó ir a dicho lugar de atención, alegando que “no soy de ese tipo de

personas, no soy un drogadicto”, y es por ello que la asistencia psicológica exigida se desplaza de institución para que él pueda iniciar el tratamiento en un Centro de Salud. Dos cuestiones importantes en cuanto a su posición ante esta indicación terapéutica: por un lado, rechaza la identificación previa como adicto, y por otro lado, no acepta del todo la derivación del juez para llevar a cabo un tratamiento psicológico. De esta manera explica cómo llegó a consultar al Centro de Salud. Mientras que la transferencia con el Centro, el “buen trato” que tuvo siempre con los profesionales de la institución en visitas para asistencias clínicas anteriores, dan cuenta por qué asiste a consultar a esta delegación de salud municipal.

En las primeras entrevistas Raúl se le dificulta despegarse del relato sobre su situación actual relacionada a la sanción por la que no puede continuar asistiendo a la escuela de cadetes. No pareció pertinente intervenir de inmediato en la cuestión de la pérdida que concernía a su carrera en el Servicio Penitenciario, que aparecía como elección que le permitiría soluciones a sus problemas. Progresivamente al transcurrir las entrevistas expresa que lo que le ocurre es “el miedo a quedarse solo”. Este miedo primero aparece ligado a la búsqueda de un consuelo en el tóxico, por lo que siente la necesidad de fumar marihuana para poder dormir, como recurso pacificador de la angustia, del miedo y de los pensamientos que no puede evitar que aparezcan. En este sentido es que la función del tóxico aparece cuando rechaza considerarse adicto. Por otro lado, el miedo irá apareciendo también ligado a las diferentes dificultades en el lazo social. El miedo y la inseguridad son una constante en su vida, dos razones por las que él supone el motivo de su encierro y su consecuente evitación de la gente. Se pudo reconocer que mientras que en la escuela secundaria no se presentaba ningún problema como los que fue describiendo posteriormente en su vida, éstos, sin embargo, aparecieron cuando ingresó a la Universidad y comenzó a estudiar Psicología. Estudios que se abandonaron por el temor que la asistencia a las clases lo colocaba en una situación insoportable: lo insoportable de tomar la palabra en las clases ante los compañeros y profesores .

En el curso del tratamiento se pudo ver que la inseguridad y la soledad son tópicos vinculados a miedos precoces e infantiles, en función a la relación con su padre y al problema tan particular para Raúl de su

relación con las mujeres. Es así que en una secuencia posterior, el problema de la soledad parece ampliarse desde un punto de vista histórico por una lado, y desde la consideración de las mujeres por el otro. Sin embargo, presentó problemas para tomar la palabra en el tratamiento.

El padre y la madre en su relato.

Raúl comienza a explicar lo que le sucede vinculándolo con su historia familiar. Relata que es hijo de padres separados desde que tenía 3 años de edad. Habiendo quedado solo con su madre, la relación con ella fue de extrema dependencia, recibiendo sus cuidados sólo de ella, determinando una cierta relación simbiótica. No se separaban nunca, al punto de que incluso dormían en la misma cama. Tiene la creencia que su padre lo abandonó, reconociendo la angustia que le produjo la separación de sus padres, “el padre se había separado de ella, y no de mí, pero yo sentí que nos abandonó a los dos”. Separación que lo marcó en varios aspectos. En su vida su padre solamente ha contado como soporte económico, y es considerado una persona insuficiente en el manejo de su propia vida, “un fracasado”, y en este punto es que Raúl teme parecersele. Sentimiento ambivalente hacia el padre remarcado por el paciente constantemente por la posición que tiene en su vida diaria. Quiere algo de este padre pero no lo que ÉL le da. Está la marca de la ausencia del padre, presente sólo para dar dinero: “Es un tipo bárbaro pero como viejo malísimo, siempre faltó el cariño de él para conmigo”. Es así que su queja gira alrededor de esto, presentándolo como impotente y ausente en el cumplimiento de lo que espera de un padre. El padre existió como fracaso personal y en su función de padre también. Sin embargo, la dependencia económica condena a Raúl a mantener la relación: “como no trabajo, él me da todo”. Pero este “todo” es insuficiente. Intervenir sobre esto que el padre da y lo que se espera de él, posibilita ver la existencia de la contradicción. Desde hace años si bien “vive cómodo, sin trabajar y teniendo un dinero fácil”, es algo que rechaza porque le produce la sensación perjudicial de inseguridad y falta de independencia. Raúl es un sujeto que comparte el ideal de autonomía propia de nuestra cultura y se siente en

déficit.

En el transcurso de las entrevistas, el miedo a quedarse solo se fue relacionando cada vez más con el temor de repetir la vida de su padre. “Él nunca formó pareja de nuevo, vive bien pero al día” dice el paciente con respecto a su progenitor. La forma en que presenta a su padre, y la forma en que habla de él, lo llevan a Raúl a revisar y cuestionarse sobre él, lo que quiere, sobre lo que desea en su vida. Pregunta sobre la que se intervino a lo largo de las entrevistas en donde se fueron encontrando asociaciones con diferentes aspectos de su vida: el lazo social, los proyectos personales iniciados y no finalizados, sus metas personales para su futuro, y la idea de la mujer que desea.

Ante la pregunta qué quiere para su vida, se puede ver la vacilación, como expresión de máxima división. Se constata aquí lo acertado de no haber intervenido de entrada sobre el tema de su carrera universitaria y el lugar que tenía en su vida: la búsqueda de un amo que lo pudiera sacar de su situación familiar. Entonces esta pregunta sirvió de eje para poder pensar varios temas de su pasado, de su presente, y que conciernen a su futuro. Su propio deseo se encuentra en la búsqueda de la autonomía tanto de la madre como del padre. Raúl mantiene sus ideales, sueña con conseguir un trabajo, ser independiente de sus padres, encontrar una chica buena y normal que lo quiera. En el curso de LAS primeras entrevistas del tratamiento el relato se centraba en la queja de su impotencia y lamentaba no haber podido seguir en la escuela militar, a donde por primera vez se sintió “alguien” y pensaba poder cumplir con lo que se proponía. En momentos posteriores del tratamiento, cuando reconstruye su historia, comienza a surgir el carácter defensivo de su encierro, de su consumo de marihuana, de su adicción a los juegos de la red, estrategias con las que sólo buscaba evitar la angustia y mantenerse cómodo en su inmovilidad.

Su madre fue su única referencia, una mujer que es presentada como quien “lleva los pantalones de la casa”, y siempre ha sido muy intrusiva, pero reconoce que no ha dejado de depender de ella. Dependencia que es extrema entre ambos, tanto de parte de su madre como de él como hijo. Fue insoportable para Raúl en su infancia que su madre pudiera rehacer su vida con una nueva pareja tras la separación de su padre. Este

hecho motivó sus manifestaciones de angustia, al punto de considerarlo como un nuevo abandono. Sin embargo, progresivamente aceptó que el novio de su madre era un buen hombre porque lo acompañaba a la noche cuando tenía miedo y no podía dormir. La dificultad de separarse de su madre tuvo una expresión especial poco después cuando comenzó el Jardín de infantes, manifestando una ansiedad de separación ya que no podía quedarse en la escuela y lloraba pidiendo por su madre. El miedo a quedarse solo a la noche continuó permanentemente, hasta ahora.

La relación con el otro sexo.

En su adolescencia comenzaron a aparecer lo que llama "ataques de pánico". En aquella época había comenzado su relación con Elena, y describe a esta novia de la adolescencia como una mujer ideal, a la que incluso hoy continúa idealizando. Pero a su vez y sin que él pudiera controlarlo aparecieron en la relación el tema de los celos. La relación se fue tornando insoportable, por sus celos exagerados. Celos que al recordarlos comienza a darse cuenta de que él mismo los propició; cree que fue él mismo el que "la empujó a los brazos de otro hombre", lo que puso fin a la relación. Creía que había confirmado sus temores pero a partir de ciertas puntuaciones de su relato cambia su perspectiva. Sitúa como coyuntura de sus miedos el comienzo de la relación con ella. La intervención para que pueda especificar sobre estos miedos ante situaciones sociales, no dio respuesta concreta sino que resultó confusa, por ejemplo "íbamos al cine y me empezaba a sentirse "mal". Sin embargo, no puede decir nada más con respecto a eso que lo perturbaba, resultando impreciso. Posteriormente a este noviazgo adolescente, no tuvo otra relación estable, sino que solamente se ha relacionado con prostitutas, considerando que a lo único que puede aspirar es a ese tipo de relaciones, ya que se siente insuficiente, inseguro y sin poder estar a la altura de una mujer "normal". Estas mujeres son "verdaderas acompañantes" para Raúl. Pero, en realidad lo que las hace tolerables es que "no demandan ni exigen nada de él, con ellas puede sentirse seguro"; incluso les pide que se queden para

acompañarlo a la noche, y así protegerlo en cierta medida de la angustia, esa sensación de soledad y desamparo que lo invade incluso en ocasiones cuando se encuentra con los familiares. La presencia de las prostitutas reenvía otra vez al padre ya que las conoce por la empresa que dirigía el padre, un prostíbulo. Empresa que fracasó como tantas otras. Sin embargo Raúl mismo continúa su relación con las prostitutas como heredero de las ventajas que le ofreció esa esa empresa fallida del padre.

Presenta ideales estandarizados de encontrar a un mujer de la que se enamore y con la cual formar una familia, aunque está precavido del encuentro con el otro sexo. Este tema no se pudo analizar sino que quedó en suspenso.

El uso del tóxico contra el “quedarse solo”.

“Fumo marihuana para escapar de mis problemas” dice Raúl. El uso de la marihuana fue tomando un fin distinto, al principio recreativo, más tarde llegó a cobrar un papel defensivo contra eso que lo angustiaba por las noches. No puede decir cuáles eran sus problemas, pero lo resume apelando al miedo a quedarse solo. Fuma en momentos particulares que los sitúa como “momentos de soledad”. El motivo del uso del tóxico se pudo ir precisando en el transcurso del recorrido, girando siempre en la idea que ronda por su mente sobre aquello que concierne su malestar en torno a la soledad, la inseguridad, los fracasos de su vida. El tóxico funciona contra el insomnio como recurso para conciliar el sueño: “fumo porque no puedo irme a dormir”.

En el momento en que, Raúl comenzó la facultad, podría ocurrir que la noche anterior no se dormía por reconocer la posibilidad que al día siguiente iba a hacer tal o cual cosa en la facultad, desconociendo sobre cómo podría realizarlo y estar a la altura de lo que podría serle solicitado. Es aquí donde comienza el uso de la marihuana para pacificar las ideas que se le venían a la noche. Es así que lo que experimentó en la facultad no lo había sufrido en el colegio secundario, manifestando: “Es como que me sentía inseguro o con miedo porque no conocía a toda la gente”. Sin embargo durante las intervenciones respecto a las funciones

del tóxico en su vida, reconoció que incluso cuando se encuentra con su familia le sucede igual que con desconocidos, sintiendo soledad, “no sé que me pasaba pero me sentía solo”.

3. Madre y mujer: lo enigmático de la sexualidad femenina.

Motivo de consulta y presentación del síntoma.

Silvia tiene 59 años de edad y concurre a la consulta de manera espontánea porque se encuentra “un poco desconsolada, destemplada”. Manifiesta estar angustiada pero sin llegar al extremo que le impida moverse.

En un comienzo su malestar es difuso, explicando que “vive estresada”. Aquello que la “estresa”, responde a la imposibilidad de sostener las actividades que le hacen bien, y aclara: “me chupa la temática del entorno en que vive”. Silvia realizaba como alumna unos talleres de música, teatro y manualidades en la delegación municipal de Ringuelet hasta que los cerraron hace unos meses. El cierre de estos talleres resulta como una gran pérdida para Silvia. En este sentido es que consulta por dos efectos de pérdida: por un lado, los talleres, aquellos que le hacían bien, y por otro lado la relación con su hija.

Desde hace 21 años, Silvia vive en la casa de su madre, y depende económicamente de su generosidad desde entonces. Lo que constituye la deuda que sitúa con sus padres. Convive con su madre de 90 años, que necesita cuidados constantemente porque tiene Alzheimer, y con su única hija de 22 años. Silvia marca que su hija le lleva mucho tiempo y siempre ha sido de este modo; le insume energía y no puede poner límites, no puede dejar de estar encima de ella: “le limpio el cuarto, la ropa, le hago de comer, aunque no lo necesite”.

Sin embargo no realizar tales actividades le generan la sensación de no cumplimiento de su rol como madre.

Su malestar además aparece signado por sentirse rechazada por su hija, por no sentirse escuchada por ella.

Particularmente se angustia por su relación con su hija adolescente y anticipa el efecto catastrófico que podría tener su partida: “si se fuera, no se dónde quedaría parada, quién sería”. Muy aferrada a su papel de

madre parece vacilar su propia identidad. Y entonces es aquí donde queda plasmada cómo la posición de madre define su propia posición de mujer. Cuestión que aparece marcada posteriormente en relación a un temor con respecto a su sexualidad.

Hacia una primera pérdida en su vida.

Silvia fue madre siendo grande, a los 37 años, lo que cree que ahora genera problemas generacionales y de interacción con su hija. Quedó embarazada circunstancialmente. Hasta ese momento, pensaba que no podía ser madre porque lo había intentado ya con otras parejas y el resultado no había sido positivo. Es por ello que ante su preocupación se remitió a consultar con un ginecólogo, quien le señaló que no había ningún impedimento médico.

Sin embargo, el deseo de tener un hijo data ya del momento en que ella se va de la ciudad con un novio a la costa a vivir a los 19 años. Al terminar el colegio, empezó a trabajar. Pero al mismo tiempo conoció a un chico. Él vivía en Mar del Plata, y decide seguirlo y vivir con él allá,. Sólo justificado por un importante enamoramiento solamente dice que se fue sin despedirse de sus padres. Vivió allí desde los 19 hasta los 27 años. A los 23 años, realizó un aborto, lo que señaló un quiebre en la relación de pareja. A partir de ahí todo fue diferente. Sentía un estancamiento en la pareja, mientras que “todas las demás parejas amigas, avanzaban en sus relaciones (se mudaban juntos, se casaban, tenían hijos, tenían proyectos juntos) y ellos no lo consiguieron”. El embarazo la puso contenta, pero por otro lado su sensación fue devastadora porque el muchacho no quería saber nada sobre el tema de tener un hijo: “sentí el no represivo como lo tuve toda mi vida”. Al sentir el rechazo del embarazo, se siente rechazada. Por otro lado este “no” aparece enlazado con la figura de su padre y su madre. Un padre represivo y una madre que lo acompaña, pasiva en el trato con el padre, aceptando lo que él dice. Silvia se sintió rechazada toda su vida por sus padres, lo que genera la idea de no haber conseguido la concreción de ningún proyecto personal, a diferencia de su hermana, “la querida

por sus padres”, quien ha alcanzado el éxito personal y profesional que Silvia no ha logrado.

A pesar del aborto, la relación continuó con muchos problemas hasta que un día volvió a La Plata, por la sensación que se presentó como “una luz de peligro”: “Sentí internamente un peligro y no me podía quedar ahí”. Un discurso con muchos agujeros sobre este tema, y que resulta difuso y confuso en la construcción de lo sucedido. Peligro asociado a la inexistencia de diálogo y a no sentirse escuchada. El no ser escuchada resulta como valoración de no ser querida y amada lo suficiente por su pareja, y es la misma sensación que le generaba su padre. De esta manera dice: “yo era víctima de un no dialogo”. Se afianza en una posición de víctima tanto del padre como del novio. Esta “luz de peligro” se escenificó un día cuando tomó al muchacho del brazo diciéndole enérgicamente que no la escuchaba, sin embargo sin aclarar este tema menciona que en realidad no veía a su pareja en esa discusión sino a su padre. En ese momento es que sintió el peligro. La reacción a dicho peligro era necesariamente la huida. Pero volvió a La Plata en donde menciona que el peligro estaba en su propia casa paterna. Aquí sitúa la primer vivencia donde perdió todo. Sin especificar mucho de lo sucedido al regresar de la costa, lo único que recuerda es que a partir de que su padre la vio muy nerviosa, incoherente, no pudiendo contar qué le pasaba, la internó en una clínica psiquiátrica. De esta experiencia no tiene recuerdo prácticamente, salvo que estaba todo el día medicada. Sin embargo es necesario aclarar que tuvo otros tratamientos psi. Después de la internación comienza con una adicción al alcohol que fue prontamente superada.

Posterior a su internación, retomó los estudios universitarios comenzando también a trabajar, aunque a pesar de todo, mantuvo el deseo de encontrar un hombre, quedar embarazada y enamorarse, en este orden singular y particular. Varias veces sintió que estaba embarazada, en donde en definitiva presentó “amenorreas nerviosas”, que fueron solamente la sensación y el deseo de estar embarazada, aclarando, a costa de cualquier cosa, e incluso de estar sola.

Sin embargo, más tarde, a los 37 años, encontró a un hombre con el cual tras dos meses de relación quedó embarazada. La relación con el padre de su hija nunca fue fluida y sobre todo se dificultó en la convivencia

con el nacimiento de la nena, en donde se dio cuenta que tampoco este hombre la entendía. Relación que se complicó porque reconoce que ella tomó a la nena como “patrimonio personal”. Se reconoce como muy posesiva, egoísta, y que “puso todas las fichas” en su hija. Como consecuencia de ello, descuidó a Adolfo (ex pareja y padre de su hija) e incluso a ella misma.

La relación con este hombre se disolvió al año en que nació Marina porque no había armonía en la pareja. Silvia se dio cuenta que en la disolución de su pareja ella algo había tenido que ver. Recuerda cierta experiencia relacionada con un temor profundo a Dios ligado al miedo de su posición como madre, con temores acerca de cómo cuidar a su hija hasta el punto de preocuparse por ejemplo de “cortarle un dedo cuando le tendría que cortar las uñas”. Dicho temor lo sitúa bajo las palabras de “Cómo Dios me iba a permitir criar una hija si ella era tan mala madre”. Este temor, la condujo a una conducta paradójica: dejar a la hija durmiendo sola en la casa de sus padres mientras pasaba la noche durmiendo en un teatro que le abría las puertas, justamente por la preocupación de que era mala madre, mala persona. Dice: “pensaba que la iba a devorar”. Se puede situar la relación de la madre e hija como una relación peligrosa. La pregunta que surge en función a toda esta problemática es: ¿Qué es ser una madre? Es un significante que no puede precisar, dice: “es todo y nada... es una construcción social, no hay nada instintivo ni biológico o es un reflejo situacional, ambas son formas de ver el ser madre”. Más allá de lo abarcativo que es este significante para la paciente, la duda que tiene se presenta con respecto al tema de si será buena madre y cual es la opinión de su hija hacia ella como madre. Por eso requiere confirmaciones permanentes que molestan a la hija.

Retomando el significante “devorar”, fue interesante porque abrió un abanico de cuestiones a trabajar. ¿Qué intervino aquí para que no permita devorarla? Nuevamente Silvia reconoce la generosidad de la madre en ese momento de su vida dado que le brindaba el hogar y comida, pero lo mas llamativo fue que ella reconoció que su padre intervino y no de cualquier forma, sino diciéndole, “Escuchame Silvia, yo sé qué y cómo es criar a un niño”. Silvia se reconcilia entonces con su padre. Se quejó toda su vida, incluso hoy, de que su padre nunca la había escuchado, no había dialogo con él, pero este momento, que es un momento crítico en la vida de la

paciente, él dice “escuchame”, lo que la hace comenzar a darse cuenta que ella tal vez no había sido la que escuchaba al otro, y comenzando de esta manera la posibilidad de interrogarse sobre su participación o rechazo en el diálogo con los demás anteriormente.

Hacia una segunda pérdida en su vida.

A medida que progresan las entrevistas, se va situando otra pérdida de la que ella es víctima. Al separarse del padre de su hija, fue estafada en la compra de un terreno, lo que llevó a que se quedara económicamente sin dinero y, lo que también la llevaría a cumplir su “destino”. Esto es explicado con grandes lagunas en un discurso confuso. Lo que le había permitido seguir adelante después de aquella primera ocasión donde ella sitúa que “perdió todo”, fue que se sentía joven, que “podía dar batalla”. Sin embargo, esta segunda ocasión produjo estragos en la vida de la paciente, y ella lo sitúa señalando a este segundo error en termino bíblicos: “de la segunda muerte no se vuelve más”. Es situado como una marca. Momento en que volvió con su hija a la casa de los padres. En el recorrido de las entrevistas es el primer momento en donde menciona alguna apreciación de su padre. Lo presenta como un hombre que no tenía fortuna y que todo lo que logró lo hizo por su madre que venía de una buena familia del campo. Esta situación la reconduce a las palabras de una vecina que le dijo cuando volvió de la costa que ella iba a ser la hija que viviría y cuidaría a sus padres cuando estuvieran enfermos, acompañándolos hasta la muerte. Efectivamente así fue, ya que estuvo hasta que su padre falleció y hoy cuida a su madre enferma. Eso parece un destino ante el que ella se muestra resignada, y al que considera que es una “profecía autocumplida”.

El regreso a la casa de sus padres tuvo consecuencias varias en la vida de la paciente y de su hija. Su padre funcionó como un padre para su hija: fue quien le puso límites, le enseñó todo lo que pudo y siempre le quiso dar lo mejor que tenía. Silvia manifiesta que después de haber tenido a su hija, hubo un cambio de importancia: las relaciones amorosas no han podido ser retomadas. Desde entonces las relaciones han sido

pocas y problemáticas. Manifiesta querer poder recuperar su sexualidad, lo que implicaría no una pareja formal sino estar bien con alguien, romper con las cadenas de la soledad en la que se encuentra desde hace mucho tiempo.

Esta cuestión se encuentra asociada con cierto temor a estar con un hombre en forma íntima. Si bien en su vida, llevó ciertos estandartes liberales, “hippies” como estilo de vida, hace diez años que no mantiene relaciones sexuales con un hombre. Temor conectado con una perplejidad que le hace preguntarse cómo podría tener un contacto con un hombre (cómo estimular al otro, cómo se sentiría ella con los estímulos), dudas relacionadas también a su aspecto, su falta de belleza y atractivo: “me imagino que no puedo dar nada como mujer ante un hombre. No estoy segura de mí en este aspecto. No sé como funcionar ya en eso”. Es así que se muestra desconcertada frente a la posibilidad de la relación con un hombre. En este punto, el miedo le evita que pase ese encuentro íntimo con el otro sexo pero también guarda el anhelo de que le suceda, “de encontrar a alguien que me haga sentir viva”. No deja de justificarse al respecto, cuando nos expresa que la necesidad de cuidar a su madre la hace sentir sin recursos para afrontar la realidad y para poder salir. En las ocasiones que tiene posibilidad de salir, imagina que su madre preguntará por ella, diciendo que seguramente “Silvia salió a loquear”. Tema relacionado con los intereses que en algún momento pudo situar de personas que conoce. Ella piensa que sus amigas la invitan a salir por lastima y que los hombres la invitan por intereses que considera promiscuos. Significante este, promiscuo, que ella tiene su propia definición personal: “aquel que esta por fuera del contrato social (el que roba es promiscuo)”. Significante que ante el señalamiento ella decide incluso ir a buscarlo al diccionario para esclarecer sus dudas. Lo puede relacionar con cierta manera de vivir y de mantener relaciones sexuales por otros intereses que no sea amor. Concluye con una revisión de su posición femenina. Para finalizar este eje temático que recién se abre, Silvia muestra una identificación con la moral materna que tanto había rechazado y sin embargo parece ordenar su vida, de índole superyoica cuando nos dice: “Tengo la idea de que es una bajada de línea, que una mujer que se separa, no puede estar con otro hombre porque si no, es una PUTA”.

4. La angustia y una demanda de saber.

Carlos se presenta espontáneamente a la consulta, tiene 21 años y se describe como “un chico que siempre fui tímido, poco sociable pero con amigos, y que siempre tuve que preocuparme por mi mismo.”, palabras que repetirá varias veces en el curso de las entrevistas. Ha decidido consultar porque desde hace un año padece crisis de angustia especialmente en el trayecto que va desde su casa a la Facultad, le resultaba insoportable y decidió abandonar de sus estudios universitarios, en los que se muestra muy interesado. Progresivamente, los problemas aumentaron y se extendieron, dejó de salir de su casa, porque el temor a los malestares físicos, que describe minuciosamente, como respondiendo a un interrogatorio médico. Un tío suyo lo iba a ayudar a buscar un psicólogo, pero finalmente no lo hizo, y entonces decidió que el “iba a tomar las riendas del asunto.” Agrega que solo puede salir de su casa si alguien lo acompaña, solo ha llegado a la consulta porque lo hizo con una vecina. Recuerda que desde los 14 años sufrió muchas molestias físicas, particularmente visión borrosa, mareos, cefaleas, desmayos y malestares intestinales, pero que los médicos que lo examinaron no encontraron nada. Nunca entendió porque se sentía tan mal, ya que no tenía dificultades en la escuela y en su casa no faltaba nada. Sin embargo, concluye: “todos tenían problemas, creo, pero yo podía convivir con eso.” Lo que le ocurre desde el año pasado es diferente, por eso por primera vez decidió consultar con un psicólogo. Recuerda que los problemas empezaron en una reunión con amigos, ocasión en la que se “descompuso”, tuvo mareos y malestar estomacal. Rápidamente logró regresar a su casa, temía desvanecerse, y “nadie podía ayudarme, los otros no sabían cómo ayudarme.” La experiencia de abandono y desvalimiento en el origen de su restricción reaparece frecuentemente en el curso de las entrevistas.

Carlos comienza a partir de ese momento a organizar su vida en el encierro, era un lugar confortable: leía, estudiaba, usaba la computadora, hacía gimnasia. Siempre mantuvo su interés en volver a la Facultad,

aunque decidió cambiar la carrera de Ingeniería de Sistemas por la de Informática. Había establecido relación con compañeros de la Facultad, pero no se ha vuelto a encontrar con ellos, y no tiene sus direcciones ni teléfonos porque se le rompió el celular en el que las había guardado. Nunca menciona a tales compañeros ni amigos, a pesar de que asegura contar con algunos. Tampoco habla de relaciones con chicas, y cuando se lo pregunto, no dice nada pero informa que ha salido con 5 chicas mostrando 5 dedos de su mano, sin ningún comentario. Solo agrega que han sido relaciones cortas y que no es un tema que lo preocupa.

Una familia complicada y con muchas vueltas.

Carlos vive con su abuela materna, desde hace tres años, antes también vivía con ellos su tío materno que murió. Con su muerte dice haber perdido a la persona que más le importaba en la familia, cree que cumplió el papel de padre, le daba algunas referencias, aunque no puede precisar el tipo de relación que los vinculaba. Ahora está solo con la abuela, pero tampoco puede comentar nada sobre la relación entre ellos, más allá de que lo mantiene, lo cuida y se ocupa de sus necesidades. La abuela es en realidad la madre adoptiva de su madre, quien fue abandonada por sus padres. Comete un lapsus en el curso del relato: “El abandono me afectó mucho”, pero se corrige rápidamente “le afectó mucho.” Se identifica con esta última, ya que él también fue abandonado por su madre a los 3 años, cuando lo dejó a cargo de su abuela. Estuvo “totalmente ausente”, expresa. Hasta los 10 años no tuvo contacto con ella, que lo visitó en ese momento, pero en realidad lo hizo porque tenía que hacer trámites en La Plata, no considera que vino especialmente a verlo. Después de esta visita solo se ha comunicado con él por mensajes de texto y llamadas telefónicas. “A ella no le importa mucha como estoy yo”, “Imagínate como me hacía sentir que mi mamá no quisiera saber nada más de mí, yo lo acepté, pero igual me dolió.” Por otro lado sabe por su abuela que su madre también había sufrido crisis de angustia, por lo que cree que es hereditario. Con respecto a su padre, no ha tenido contacto con él, aunque le han informado quién es, pero no se ha acercado nunca a él. Reconoce que hace un tiempo

esta situación le angustiaba, quería saber todo lo concerniente a su padre, pero en la actualidad cree haber superado esa preocupación. Reconoce que tiene una historia familiar “muy complicada y con muchas vueltas”.

Las coyunturas de eclosión en dos tiempos.

Carlos busca una solución rápida para sus problemas, le importa especialmente poder volver a la Facultad, es su proyecto lo que lamenta que se haya visto interrumpido. En las entrevistas hace muchas preguntas, busca orientación, espera información, una guía. Pregunta si esto que le ocurre es normal, si yo pensaba que debía salir solo. Busca respuestas para poder controlar su vida, “porque no puede encontrarle la vuelta.” Hasta antes de los episodios de angustia ha creído poder voluntariamente hacer desaparecer cualquier problema que lo afectaba, pero ahora se encuentra desprovisto de soluciones. Lo alenté para que saliera de su encierro, de su paradójico espacio de confort. En la siguiente entrevista, después de despedirnos, en la puerta del consultorio me pregunta “si era normal como su mamá había sido con él.” Pero rápidamente evita escuchar cualquier respuesta, y agrega: “no cambia nada saber por qué es como es.” En esa ocasión durante la entrevista había recordado que su madre lo había llamado por teléfono cuando tenía 18 años, invitándolo para que fuera con ella a la ciudad adonde vivía, invitación que lo sorprendió y agradó mucho, pero que no pudo aceptar, “si bien le gustaba, no sabía si quería eso”. Utilizó como excusa su concurrencia a la Facultad, diciéndole que no podía ir porque perdería la asistencia en las materias que recién había comenzado. Me resulta llamativo que considere una “excusa” la referencia a sus estudios, ya que le importaban mucho, y pensaba continuarlos. Parece que en realidad tenía otros motivos, contradictorios como lo demuestran sus respuestas. “¿Por qué le gustaría irse con su madre?” le pregunto. “La quiero porque es mi madre, - responde -, al mismo tiempo la quiero tener lejos porque nunca se preocupó por mí y siento que no me quiere.” Carlos no repara en las relaciones entre sus “descomposiciones”, como llama a las crisis de angustia,

y la llamada sorpresiva de su madre, años atrás, así como tampoco de cómo lo que había mencionado como excusa culminó en una realidad indeseada ya que se encontraba impedido de concurrir a la Facultad por el miedo que lo retenía en su casa. La eclosión de la angustia y la agorafobia se presenta dos años después, cuando se sintió descompuesto y repetía que lo que más le había alarmado es que sus amigos “no sabían cómo ayudarlo”. Esta coyuntura lo sumerge en un gran desamparo. Cuestión de importancia si tenemos en cuenta su posición subjetiva en relación al saber del otro, que se pone de manifiesto en sus preguntas frecuentes sobre cuestiones que implican que el interlocutor aporte información, es decir que logre “saber cómo ayudarlo”, que es lo que ha planteado desde las primeras entrevistas, cuando explicita lo que buscaba en un tratamiento en el Centro.

En entrevistas posteriores se muestra con una gran exigencia en todos los aspectos de su vida, pero particularmente le resulta insoportable su situación actual, y quiere salir cuanto antes para poder volver a la facultad porque es “su lugar, adonde debía estar porque quería estar allí.”

Progresivamente Carlos empieza a concurrir solo al Centro haciendo un gran esfuerzo, hasta que comienzan las inscripciones en la Facultad, logrando realizarlas sin mayores dificultades, dice al principio. En realidad hace un gran esfuerzo de voluntad para librarse de la angustia, porque “está ahí, lo siento, pero lo controlo para que no aparezca.” Ha decidido interrumpir las entrevistas, después de los 9 encuentros que hemos sostenido. Su objetivo ha sido cumplido, puede volver al lugar a donde quiere estar y cree que pertenece, la Universidad, lugar que adopta como una pertenencia ideal.

IX. CONCLUSIONES.

Como hemos mencionado previamente, partimos como tema para nuestro trabajo, analizar y explorar el origen de la demanda junto a la presentación del síntoma y su relación con las estrategias terapéuticas, particularmente con las intervenciones psicoanalíticas en los dispositivos asistenciales de la ciudad de La Plata. Para ello abordamos lo que consideramos para nosotros dos problemas principales:

- 1.- ¿Cuáles son los cambios en la envoltura formal del síntoma, así como la importancia de la presentación de los llamados “nuevos síntomas”?
- 2.- La extensión del Psicoanálisis en su práctica y los problemas que se le presentan al mismo para responder a la demanda social.

La salud mental es una preocupación moderna tal como la hemos planteado en el recorrido del trabajo. En esta nueva coyuntura, el Estado debe establecer una nueva alianza con la ciencia, debe limitar sus gastos y, por lo tanto, debe poder financiar y descartar una serie de tratamientos. Ante este escenario hay dos posibles estrategias: privatizar o comprometerse sólo con aquello que es científicamente demostrable. “Pero en lo que concierne al bienestar, hay pocas cosas científicamente demostradas”. (Laurent, 2000, p. 35) Intentamos remarcar que desde su fundación el Psicoanálisis ha entrado en una completa tensión con conceptos como salud mental (concepto que Miller, entiende como “paz social”) y el modelo médico imperante. Por otro lado, hemos reconocido la importancia de algunos aspectos para sostener la distinción entre Psicoanálisis puro, Psicoanálisis aplicado y psicoterapia, lo cuales serían:

1. La psicoterapia no considera el goce. De acuerdo con esto, se elude el tema de la omnipotencia del otro, para preservar su consistencia, “mientras que lo característico de la posición analítica, que abre al Psicoanálisis propiamente dicho, sería, al admitir la cuestión del goce, no hacer consistir al Otro” (Miller, 2001). El analista rechaza la omnipotencia, pues su deseo es la abstinencia (lo que abre un más allá).
2. Lacan tampoco mencionó que la psicoterapia, es distinta del Psicoanálisis, en tanto se inscribe en el discurso del amo. Este discurso es conforme al inconsciente. Respecto de la psicoterapia, Miller (2001)

sostiene que “el sujeto reclama una identificación que aguanta y sufre cuando esta vacila, cuando le falta. Lo que urge es restituirla”. En relación con esto, la psicoterapia se sostiene en los saberes de una época en la que debe ser productivo (y, en este caso, el producto es el objeto a). Miller señala entonces la psicoterapia privilegia la identificación al precio de arrinconar al fantasma.

3. El lugar que ocupa el sentido, también es algo distintivo de la psicoterapia. La psicoterapia especula sobre el sentido. En la trayectoria que hace Lacan al entrar al Psicoanálisis, primero el sentido es promovido, pero luego lo resitúa, lo relativiza y lo aminora. En su última enseñanza Lacan va a decir que el Psicoanálisis es fuera de sentido. El Psicoanálisis puro se concluiría con el pase. El Psicoanálisis aplicado es el que concierne al síntoma, aplicado al síntoma. La salida al Psicoanálisis aplicado podría ser la curación, pero este término es conflictivo en lo relativo al Psicoanálisis hemos visto. La distinción entre Psicoanálisis puro y aplicado responde a la diferencia que hay entre fantasma y síntoma. El síntoma podría curarse, aligerarse. El fantasma se debe atravesar. Lo que sostiene la distinción entre Psicoanálisis puro y aplicado es la creencia respecto de la oposición entre síntoma (aquello que se debe mejorar) y fantasma (aquello en lo que se puede obtener goce). Sin embargo, esta distinción se anula en la última enseñanza de Lacan, al introducir la noción de *sinthome* (Miller, 2001). “Que el Psicoanálisis sea una terapia justifica que participe en las problemáticas del siglo XXI en salud mental; por lo tanto, justifica la hipótesis de la unidad de la *psyché*”, pero hay que deshacerse de esta hipótesis, continúa Laurent, porque “el Psicoanálisis no es una terapia de la *psyché* sino del sentido”. (Laurent, 2000, p. 49) Al permitir experimentar la falta en el ser, lleva necesariamente a buscar nuevos sentidos (para darles un nuevo uso), en lugar de encontrarlos en la identificación promovida por las psicoterapias que abordan el síntoma desde una causalidad.

En este sentido, la distinción de la que hablamos, nos lleva a podemos dar cuenta, a partir de la experiencia misma, que los practicantes del Psicoanálisis nos encontramos efectivamente trabajando dentro de diferentes instituciones de salud, lo que muestra que el alcance terapéutico del Psicoanálisis se encuentra trascendiendo hoy las fronteras del consultorio privado para tomar su lugar en el campo de la salud mental,

en instituciones públicas y en diferentes dispositivos de atención. El Psicoanálisis constituye en la actualidad una oferta más en el mercado de la salud, ya que se lo habilita a formar parte del conjunto de tratamientos consagrados a la curación de los síntomas modernos. La cuestión que surgió y guió como pregunta es la siguiente: ¿Cuál es el lugar del Psicoanálisis en este panorama que acabamos de esbozar? Como estamos planteando, vemos que el campo del Psicoanálisis se ha extendido, encontrando demandas que antes no nos llegaban, en dispositivos como son los Centros de Salud que responden a un modelo de salud asistencialista, enmarcado dentro de la llamada Atención Primaria de la Salud. Si bien se ha extendido la oferta y la demanda “psi”, nuestra experiencia nos ha enseñado, que muchos de los sujetos que llegan a la consulta al Centro de Salud, nada saben (o saben poco) sobre lo que implica “ir al psicólogo”; es más, muy pocos pueden decir algo sobre el Psicoanálisis y a lo que dicha práctica concierne. Es en este sentido que resulta interesante pensar que nadie ingresa al Psicoanálisis si no se siente interpelado por el sinsentido. Hay, por lo tanto, una condición para la entrada al Psicoanálisis que es sentirse interpelado frente al acontecimiento, las contingencias de una vida y querer tener alguna relación al saber, decidir saber algo más, eso quiere decir ir más allá de las formas aparentes. (Belaga, 2015) Lo que en muchos de los casos que nos llegaron a los Centros de Salud, no se encuentra esta relación con el saber.

A partir de lo que hemos desarrollado, resulta fundamental interrogarse por las coordenadas teóricas y clínicas que permiten el establecimiento de una caracterización de la presentación del síntoma a partir de una clínica diferencial en Psicoanálisis considerando la articulación entre la demanda y la oferta de la época en estos dispositivos asistenciales. Los Centros de Salud de la Municipalidad de La Plata en donde realizamos nuestra práctica presentan una particularidad como dispositivo de atención en el área de salud pública, en donde podemos ver que actúan según un Protocolo de Salud Mental en el primer nivel de atención, determinando que la atención psicológica corresponde a quien lo solicite espontáneamente o por derivación del equipo de salud o de otras instituciones del área programática. Una variedad en los orígenes de la demanda es lo que pudimos ver en los casos seleccionados para el presente trabajo. Por otra parte, otro

tema importante es lo concerniente a la variable del tiempo en donde la atención brindada debiera ser por el plazo institucional establecido de un máximo de 6 meses o 24 sesiones de 15 a 50 minutos cada una, según los criterios del profesional actuante. En algún punto entonces nos preguntamos ¿Cómo hacer funcionar el Psicoanálisis y cómo entender qué sucede cuando el marco de aplicación impone una duración preestablecida para la atención? Cuando pensamos en las instituciones públicas (en nuestro caso los Centros de Salud de Atención Primaria de nuestra ciudad) debemos estar atentos a la exigencia de trabajar en espacios conceptuales múltiples y forzarnos a distinguir niveles en nuestras intervenciones. Específicamente la institución de salud se instala como un dispositivo de intervención desde un campo de saber que responde al lazo social que resulta de lo que Lacan ha llamado el discurso del amo. Está habitada por reglas de consistencias heterogéneas, mixtura discursiva y extradiscursiva que cumple un papel en la funcionalidad social y se sostiene en mandatos que son del campo de la ciencia, en un entrecruzamiento con perspectivas sociológicas y epidemiológicas en la que la patología es abordada en función de los factores de riesgo en un enfoque bio-psico-social, en la que pierde su importancia la noción de causa. Sin embargo lo que pudimos constatar durante la experiencia es que si bien esto se encuentra reglamentado en dicho protocolo municipal, no hay restricciones ni físicas ni burocráticas sino que el campo de intervención y atención resulta flexible en el campo limitado de la asistencia municipal. En cambio, si bien encontramos libertad de acción e intervención, en cambio la formación y supervisión de los casos no cuenta con un espacio ni en la institución sanitaria ni en algún espacio correspondiente a la Secretaría de Salud del municipio. En nuestro trabajo de investigación contamos con asesoramiento académico y clínico exterior a la institución de atención clínica.

Por otro lado, reconocemos que desde el modelo en el que se inserta la atención clínica en los dispositivos de salud, nos parece importante subrayar que los criterios de admisión que se sostienen desde la institución priorizan la atención a la población vulnerable o de escasos recursos económicos, sin cobertura de obras sociales, lo que responde al criterio de “salud para todos” que preconiza la Atención Primaria de Salud, modelo desde el cual se sostienen los Centros de Atención Primaria. En el caso particular de la admisión,

este dispositivo como instrumento institucional funciona gestionando las entradas al servicio en consonancia a evaluar, clasificar y decidir la derivación conveniente para el logro de efectos supresores del malestar. Sin embargo, los resultados terapéuticos rápidos que a menudo se observan en la práctica analítica no constituyen el propósito del acto del analista. No obstante estimamos que el Psicoanálisis lacaniano no reniega de ellos, y por el contrario los convierte en puntos de apoyo, cuando esto se hace posible, para la experiencia analítica. Ello implica explicarlos, establecer su lógica y su significación, hecho que por lo demás permite interrogar la época, es decir, una época que exige procedimientos automatizables y eficaces. Sin embargo, en tanto el Psicoanálisis no es una práctica que hace de la eficacia terapéutica su objetivo ni inmediato ni único para su ejercicio, hemos planteado la necesaria distinción realizada en el recorrido de establecer qué se define una perspectiva terapéutica en un análisis, qué puede hacerla incluso necesaria en ciertos casos y bajo qué premisas, o también cuándo es un obstáculo para el análisis mismo. Intentamos mostrar que el Psicoanálisis no hace de la transferencia un agente terapéutico, como sí lo hacen diversas formas de psicoterapias.

En nuestra experiencia en los Centros de Salud Municipales de La Plata pudimos ver que el análisis del perfil epidemiológico de la población que llegó a consulta psicológica presenta características particulares que responden a condiciones demográficas, sociales y poblacionales. Debemos señalar que no se ha atendido ni psicosis desencadenadas ni consultas infantiles. Sólo se presentó un caso en donde hubo sospecha de psicosis pero no presentó continuidad en un tratamiento. Se puede ver que los problemas que conducen a las consultas en Salud Mental a las que se ha asistido, encontramos dificultades y desordenes en el lazo social, con dos aspectos: por un lado, conflictos por desbordes pasionales mientras que, por otro lado, hay restricciones generales por el lado de la fobia.

La diferenciación de la demanda (ya sea espontánea, de interconsulta, derivaciones médicas o indicación judicial) nos permitió constatar que en las consultas espontáneas, que representan la mayoría de las consultas, lo que está en juego es la búsqueda de una asistencia terapéutica que puede formularse en

ocasiones con claridad como un pedido de psicoterapia, en otros como de consejos u orientación, o finalmente como un tratamiento farmacológico. Nos resultó interesante detenernos especialmente en el problema de la implicación subjetiva que acompaña la presentación del síntoma, así como de las respuestas a las intervenciones que pueden realizarse en el curso de la primera entrevista. En las entrevistas preliminares, resulta de especial interés las intervenciones que permitan la transformación de la demanda inicial orientadas a lograr la rectificación de las relaciones del sujeto con lo real, es decir, la rectificación subjetiva que apunta a cuestionar la posición del sujeto en tanto “yo”; la implicación del sujeto en su mensaje; suponiendo por ello el pasaje de la queja, a un mensaje que tiene valor para Otro y la implicación del sujeto en la causa del síntoma, cuestión que conlleva una modificación de importancia en la posibilidad del establecimiento de una suposición de saber que permita la construcción del síntoma. Debemos reconocer que aquello que pueda ser construido en las entrevistas, pueda ser considerado como un primer momento de abordaje que pueda situar, más allá del tiempo institucional del dispositivo, la apertura de otras coordenadas que en lo posible abriría otro tiempo y otro espacio. Es así que pensamos, el Psicoanálisis en este mundo automatizado, atravesado por las frases hechas y universales como “vale para todos”, brinda la posibilidad de obtener una palabra singular, única para cada uno.

Es en este contexto que remarcamos que los llamados síntomas sociales como expresión o efecto de una causalidad social conducen a la identificación del sujeto al lugar de víctima de una situación en la que no tiene participación alguna. Esto quiere decir que en muchas ocasiones el sujeto ya tiene una hipótesis de lo que le causa su malestar, fuera del campo de la responsabilidad subjetiva. Entonces esto nos llevó a evocarnos sobre la incidencia en la responsabilidad subjetiva en la ideología asistencialista que caracteriza a los Centros de Salud, y sobre cómo a partir de la palabra se puede llegar a modificar las respuestas que el sujeto ha inventado frente a lo real en juego.

Dentro de las patologías de la época, las nuevas patologías, los nuevos síntomas, quien acude a la consulta demanda la solución que sea capaz de aliviarlo de su sufrimiento, y es ahí que el analista podemos pensar

que puede servirse de este lugar y utilizar el pedido manifiesto para generar un efecto placebo, pero sin olvidar que lo hace en tanto Otro que entiende el sinsentido, proveyendo un saber que también obra. Transformar un saber sin sujeto es un sujeto sintomatizado, será el resultado terapéutico del Psicoanálisis, teniendo en cuenta que el síntoma es el efecto de lo simbólico en lo real, que ordena haciendo borde a ese real que angustia o inhibe y empuja a la sustancia o al vacío en detrimento del fármaco que alivia, sin saber de lo que causa. En otras palabras, hacer pasar del nombre de goce a servirse de los nombres del padre, para saber hacer con su goce.

Nuestro recorrido también nos ha permitido ver que el tiempo ha sido un tema central tanto desde lo preestablecido por la institución como la urgencia de curarse con la que consultan los sujetos. Recordemos la manera en que Lacan identifica distintas modulaciones del tiempo o "momentos de la evidencia" (Lacan, 1945, p. 194): el instante de ver, el tiempo para comprender y el momento de concluir. Allí Lacan subraya que, en el paso de un momento hacia el otro, se irán reabsorbiendo "subsistiendo el último que los absorbe" (Lacan 1945, p. 194). Si bien la instancia del tiempo se presenta de manera diferente en cada uno de ellos, es importante destacar que su valor lógico no radica en exponerlos en una sucesión cronológica sino en captar la discontinuidad tonal que marca el pasaje de uno a otro. En el instante de ver se destaca la presencia de un saber que es evidente. Mientras que el tiempo para comprender es un tiempo que implica un transcurrir, que tiene una duración, es un tiempo de elaboración y de espera que transcurre en la indeterminación subjetiva, un "mientras tanto" que puede perdurar indefinidamente ya que para arribar a una decisión no alcanzará con saber sobre las combinaciones posibles sino que para ello hará falta una nueva discontinuidad tonal por la que se produzca el pasaje hacia el momento de concluir. A diferencia del momento anterior, en el que hay un saber que se sabe, aquí se trata de la indeterminación subjetiva, de un saber no sabido a descifrar; es decir que supone la introducción al inconsciente.

Habitualmente, los pacientes que consultaron se presentan con un "no hay tiempo... quiero estar bien ahora, ya", demostrando que la dimensión del tiempo está muy comprometida en la atención, sobre todo en la

atención asistencial-institucional en la actualidad. Aparece la urgencia del momento de concluir. En este sentido, asistimos a la frecuente demandas urgentes en las que todo el mundo está apurado, todo el mundo quiere sacarse el malestar, el síntoma de una vez y para siempre. Frente a la demanda de concluir (en palabras de Raúl, “quiero estar bien ya y dejarme de sentir así de mal”), intentaríamos poner una pausa para comprender. Introducir el tiempo de comprender permite ubicar el diagnóstico en otras coordenadas. Frente a la prisa por concluir, propia del apremio por la disolución de los síntomas, el analista introduciría un tiempo para comprender. A diferencia de ello es lo que sucede en una institución asistencial, que está organizada para dar una solución rápida al problema, al sufrimiento, al síntoma, el trabajo en la institución nos obligaría a cuestionar una práctica estandarizada en el tratamiento, considerando la particularidad del caso y el tratamiento específico de la demanda. La práctica del Psicoanálisis supone que en la institución coexistan diversos discursos. El discurso médico interpreta el sufrimiento desde una perspectiva eminentemente biológica, sosteniendo el ideal de salud “para todos”, como un sueño homogeneizador de los sujetos. En el mismo se intenta suprimir el sufrimiento en el menor tiempo posible y en donde las resoluciones deben ser rápidas. El Psicoanálisis en cambio, propone suspender el furor curandis, que adopta la forma del apremio por concluir. Es en este sentido que rescatamos también por este tema con lo que Serge Cottet se pregunta sobre si se debiera acortar el tiempo para comprender, lo que implicaría un bricolage del tiempo lógico, un desplazamiento de la función de la prisa hacia el tiempo de comprender, en tanto que es con el “apresuramiento en concluir” que ese concepto está en su lugar. (Cottet, 2016)

Entonces, recibimos la demanda de felicidad de los pacientes, vinculados a una urgencia para retornar una estado de homeostasis (quiero estar bien.... ser feliz... volver a estar como cuando estaba bien... en palabras de varios pacientes), de restaurar el equilibrio. Pero sin embargo también planteamos que a pesar de la flexibilidad que encontramos en el Centro, nos vemos impelidos a responder a otras demandas: de la institución, del médico, del juzgado, etc. Entonces, las preguntas que surgen en este sentido serían: ¿cómo ubicarnos en este entramado institucional? ¿Cómo responder sin abandonar por ello la posición de analista?

Creemos que resultan preguntas esenciales para pensar la función del Psicoanálisis en una institución de salud pública y la manera de nuestro obrar.

Siguiendo lo planteado hasta este punto, podemos decir que del análisis de los casos presentados puede afirmarse que más allá del alivio sintomático que se haya podido producir, lo terapéutico del Psicoanálisis, se puede plantear que en los casos presentados: el primer caso, se reconoce la perplejidad de la suerte de imperativo superyoico, de los mandatos paternos que han dejado marcas en los profundo de la paciente, que pudo vincularlo con su fracaso académico, y por otro lado, la amenaza de su posición fantasmática de madre conjuntamente con el temor de perder uno de los objetos de sus cuidados; en el segundo de los casos, se articula fundamentalmente con la respuesta y en los recursos del sujeto para enfrentarse a los obstáculos que impiden el cumplimiento de ideales normativos, alcanzar la independencia y escapar a la soledad; en el tercer caso, es conciliar la maternidad y la sexualidad, siguiendo standards que siempre escapan de la dimensión del sentido; en el cuarto caso, la posibilidad de ligar la importancia de la inscripción de ser alojado en un espacio como lo es la universidad, que resulta el empuje para salir de la situación insoportable que lo angustia.

El trabajo analítico en la institución permite operar en términos de producir modificaciones subjetivas que permiten, como vemos, limitados cambios en la posición del sujeto, y una salida a los obstáculos que lo mantenían en la pasividad, en situación de víctima de un destino funesto. En los casos, las intervenciones permitieron armar la configuración y la historia familiar de los sujetos. Primero, de una chica que presentando una historia que familiar que no le había resultado problemática hasta ahora, se pudo desanudar las marcas de la historia y la importancia de su posición fantasmática como responsable de su hermano. Segundo, de un sujeto que aparecía con dificultades para poder tomar la palabra, y que progresivamente por temas centrales, como el uso del tóxico, el miedo a la soledad y su relación con las mujeres, permitieron ir desanudando su historia. Tercero, una mujer que también, pudo progresivamente armar su historia familiar y su posición como hija y como madre, para elaborar significantes que la identifican. Cuarto, un adolescente, que intentó elaborar,

a través de buscar un Amo que pueda darle sentido a su malestar y así controlar su angustia, su malestar, para poder reinsertarlo en el lazo social y extraerlo del aislamiento y dependencia extrema .

Los casos presentados para el presente trabajo obedecen a llegadas por motivos diferentes y a una demanda que en tres de los casos resulta espontánea por un lado, y un caso que fue derivado por indicación judicial. Sin embargo todos los casos corresponden a tratamientos interrumpidos que por circunstancias contingentes implicaron una solución a los sujetos, a partir de la cual se sintieron con una apertura de nuevos horizontes que permitieron orientar su existencia. Tanto en Silvia como en Raúl, pudieron encontrar una salida a su presentación inicial al obtener la posibilidad de conseguir un trabajo, insertándose en el mercado laboral, después de un tiempo de tratamiento. En un caso le permite salir de la pasividad de su situación sin salida y dependencia del padre, y en el otro, le permite un reordenamiento de las relaciones madre-hija, y constatar el lazo específico que la retenía en una nostalgia del pasado perdido. Se trata en ambos casos de un reordenamiento que le permite salir de la trabazón que impedía la realización personal y así mismo reorientar el lazo social. En el caso de Gimena, por otro lado, le enfermedad del hermano, ese hermano que para ella representaba aquel sujeto que ella debía cuidar como un hijo, lo que marcó la suspensión momentánea de sus miedos y su aislamiento, para poder “servir y ayudar”, en una dedicación exclusiva a su hermano. Y en el caso de Carlos, concurrir implicó buscar un saber sobre su situación, que apenas se atisbó a salir a la luz, de aquello que no podía dominar ni controlar, y en donde su objetivo resultó cumplido, cuando puede volver al lugar a donde quiere estar y cree que pertenece, la Universidad. Por otro lado, resultó necesario remarcar en este caso que cuando la invitación de la madre denotó la eclosión de su cuadro actual.

En cuanto a Raúl, pudimos ver que llegó a la consulta tras haber sido expulsado del Servicio Penitenciario Bonaerense, en donde buscaba un Otro rígido, fuerte, como una manera de ocultarse, replegándose en las normas de esa institución en particular. Si bien rechazó la nominación como adicto, pudimos constatar que ante sus problemas siempre recurría a las prostitutas y a la droga. Raúl apelaba a la droga como solución a su malestar crónico, es así que el recurso a la marihuana resultaba terapéutico, mostrándose reactivo a la

intervención por la palabra. Sin embargo después de un tiempo en el recorrido del tratamiento pudo revisar su historia y la relación con la madre, el padre, su infancia, la novia de la adolescencia. Una historia que progresivamente fue ampliando y construyendo pudiendo denotar la reconversión de la ansiedad de separación de su niñez. Se pudo de esta manera dar cuenta algunos ejes que se fueron desprendiendo a lo largo del tratamiento, habiendo podido ser desplazado el motivo de consulta inicial y así la posibilidad del establecimiento de interrogantes sobre su vida y su historia. Podemos reconocer que hubo revisión de ciertos aspectos que lograron una modificación de su posición subjetiva, que condicionó su salida del encierro y la búsqueda de un trabajo para cumplir con su necesidad de terminar con la dependencia de sus padres, dependencia rechazada, y sin embargo mantenida en el curso de toda su vida. Constatamos que la contingencia de encontrar un trabajo permitió salir del encierro que durante tanto tiempo lo angustió, y estabilizar su situación de soledad posibilitando abrir las puertas a fin de establecer nuevos lazos sociales. El límite se presentó justamente a partir de haber logrado esta posibilidad de encontrar un trabajo, en donde el tratamiento se interrumpió. Y de esta forma establecer un nuevo tipo de lazo social, apartado de la idea de buscar una institución cerrada y rígida para insertarse en el discurso del amo.

En cuanto a Silvia, hemos podido, al igual que con el anterior caso, ver que se trata de un tratamiento interrumpido por el encuentro de una salida laboral. Sin embargo deja asentado el deseo de volver en algún momento por el valor que le dio al espacio y a la escucha dada en el recorrido. Algunos interrogantes que surgieron en el curso de las entrevistas fueron: ¿Qué tiene de natural ser madre? ¿Alguna fuerza instintiva impulsa a ello? ¿Cómo ser una buena madre? Podemos conjeturar que ante las dificultades de sostener una relación soportable con su hija, Silvia busca en el ideal de la "buena madre" lo que no ha encontrado sino como imperativos superyoico de su propia madre, a quien imagina vigilante y acusadora en el ejercicio de su sexualidad. En distintas oportunidades de su enseñanza, Lacan recurre a expresiones tales como el "sentimiento de maternidad" (Lacan, 1938); la "satisfacción natural e instintiva de la maternidad" (Lacan, 57-58); o el "instinto materno" (Lacan, 1960). En realidad, no hay nada menos natural e instintivo que ser madre y

a su vez la maternidad depende de las diferentes soluciones de una mujer en relación a la castración, tal como lo desarrolla en el seminario IV. En cada caso Lacan lo sitúa en relación con la mediación simbólica. De esta manera, así como no es posible construir un universal de las mujeres, tampoco es posible determinar cómo ser madre, posición que se nos presenta como una de las soluciones de la sexualidad femenina en relación al falo. Por consiguiente, se intentó establecer el seguimiento por las entrevistas realizadas, tomándose en consideración cómo madre y mujer se entrecruzan dejando abierto un espacio cuyos límites se irradian hacia lo que resta aún de enigmático de la sexualidad femenina en este caso particular. Remarcamos que hay demasiados puntos oscuros en el discurso de la paciente en donde aparece signado por el olvido. Podemos constatar en el tratamiento de esta paciente, que muestra una amenaza permanente frente a un exceso que escapa de la medición fálica; la manera en que madre y mujer se entrecruzan dejando abierto un espacio cuyos límites irradian hacia lo que resta aún de enigmático de la sexualidad femenina en este caso particular. Silvia ha podido hacer un reordenamiento de su historia, una revisión de su posición femenina y sobre todo de su relación con el padre. Se pudo dar cuenta de que se afianzaba en una posición de víctima tanto con el padre como con el novio, casi en una transición sin soluciones de continuidad. En donde ese “no” que sintió al irse a vivir a la costa con dicha pareja, resultó como retorno de lo reprimido, produciendo el regreso a la relación con sus padres y a una deuda simbólica con la familia que incluso al día de interrupción del tratamiento continuaba impaga.

Gimena, si bien pudo contar su historia familiar, reordenarla, desde la posición de hija, que en su relato marcó el sesgo importante para ella de las marcas de los enunciados paternos. Una relación de hija que la pone en cuestión con su propia responsabilidad de “actuar como la madre de su hermanito”. Forma de ser que en última instancia conmovió aquello que la llevó a consultar, sin dejar huella de la marca, más que las posibilidades de cuestionar el imperativo paterno.

Carlos, por su cuenta, pudo reordenar la situación actual que lo aquejaba, marcando la importancia de pertenecer. Un ideal fuerte que lo reconoció interrumpido tras la situación disruptiva que provocó el

replegamiento en la “zona de confort”, que lo mantuvo aislado del lazo social. Se reconoció como buscando soluciones, a los diferentes malestares por lo que ha sido aquejado, buscando respuesta, buscando un saber en un Otro, que pueda conmover algo de su situación.

Nos parece pertinente resaltar que hemos visto que si bien todos los tratamientos de los casos presentados no fueron resolutorios, en ellos pudieron anudar muchas cuestiones, quedando en aquello que Lacan llamó instante de ver. Aunque somos muy modestos en materia de los resultados, ellos fueron sin apelar a la sugestión ni apelar al refuerzo de las identificaciones.

En esta lógica que venimos hablando, y retomando como Miller también nos dice, el tiempo de la causa y el efecto no es el de una línea evolutiva, más o menos breve, sino la del ciclo, o más precisamente la del ciclo retroactivo donde la causa sólo se encuentra *après coup*. Se puede delimitar esta causa después de cada ciclo, cada vez de una nueva manera, después de haber recibido el efecto en cada ciclo. Se trata de un ciclo que no es el retorno al mismo punto, sino más bien el retorno de lo mismo bajo otra forma.

En este momento podríamos situar el recorrido que se realiza desde la formulación del malestar a la construcción del síntoma en el ciclo. Esto en relación a la construcción de las estrategias sintomáticas que se revelaron en el curso del recorrido. Es decir del malestar expresado como queja, en el cual el sujeto se siente víctima, un S1 iterativo, desligado del S2 que implica la dimensión de la significación. Podríamos situar la existencia de tres pasos. El primer paso del análisis consiste en convertir el goce autístico, como inercia, en un despliegue que haga cadena. En el análisis de los dos casos presentados, se puede ver la llegada tanto sea por el certificado que necesita pro indicación judicial, en un caso, como por el atolladero por la crisis generacional madre-hija, en el otro, las intervenciones en el recorrido permitieron construir una historia familiar, y la posición del sujeto a partir de un nuevo goce propio de la experiencia psicoanalítica. Del lado de la historia tenemos: el sentido, el *jouissens* (goce-sentido) y la lectura (el saber, la verdad, la lógica); del lado de la satisfacción: el afecto del cuerpo, el goce opaco del síntoma y la escritura (como ausencia de sentido). El goce-sentido (*Jouis-sens/jouissance*) es una paronomasia que condensa varias líneas: la *jouissance* (el

goce); je jouis (yo gozo); sens (sentido); j'ouïs (yo oí) y un oui, un sí, escondido en el interior de la palabra. (Lacan, 1977, p. 94) Otro modo de decirlo es que el lenguaje es aparato de goce, hablando gozamos. Tras la operación de reducción en el análisis contamos con fragmentos de escritura y trozos de real, con los que se puede construir una hystoria para ser contada pero siempre manteniendo esa brecha abierta. Convivimos con un asedio del sentido. Un sentido que se hinchará para sostener el trabajo analizante y con ello hará posible recordar, cernir y ordenar los significantes a los que se les dará un lugar, posteriormente, desarticularlos y aislarlos. La erosión del sentido, vía el análisis, va produciendo un vaciado, pero asimismo cada vez, cada encuentro es una operación de reducción. Desde el primer momento, el analista procurará aislar y vaciar. Eso no quiere decir que el goce-sentido se suelte tan pronto, ni tan fácil, ¿pero de qué se trata el alivio subjetivo, correlativo a la caída del sentido, sino de un efecto que es, podríamos decir, de pleno derecho, analítico? Acostumbrados a las bondades del efecto terapéutico le adjudicamos todos los laureles del estado de bienestar. Considero que la operación de reducción per se, la caída de las identificaciones, conlleva una pérdida de goce que sin dudas conlleva diferentes efectos, entre ellos el alivio subjetivo.

El segundo paso consistió en el desplazamiento en los casos del sujeto en el discurso, a partir de hacer surgir significantes claves de su madre y de su padre, ambos rechazados por diferentes razones. En Raúl como vimos quedó sin la posibilidad de analizar su relación con el otro sexo, excepto ese momento de su encuentro con el amor, que resultó insoportable, tal vez por su vertiente incestuosa. En Silvia, es así también que se retomaron significantes que la marcaron en situaciones de su historia, en la relación con su padre y con la pareja con la que huyó a la costa, así como también la identificación actual a la moral materna dejándola anclada en el lazo social. Un caso obvio como mencionamos, fue lo sucedido en Gimena, donde los significantes que dejaron la marca consistieron en los dichos del padre, que perduraron hasta la actualidad condicionando su vida. En Carlos, por el contrario, hay una búsqueda de saber, una desorientación en cuanto al saber, más allá que hay una interrogación ambivalente sobre su padre y madre.

Y en cuanto al tercer paso: podemos señalar la función de la droga como recurso pacificador. Además de recurrir a la oferta del odiado padre, es decir, las prostitutas, como acompañantes sin amor, y en general sin sexo. Le queda la droga como goce por medio de sustancia que afecta el organismo, goce fuera de sentido, en este caso, escapatoria a la angustia. Esto es como cuando Freud planteaba que en la búsqueda del medio para poder superar las dificultades que le impedían alcanzar sus objetivos, el ser humano ha recurrido a diversos métodos y artilugios para lograr la modificación de las situaciones de sufrimiento. Y en cuanto tóxico en particular nos dice: “El más crudo, pero también el más efectivo de los métodos destinados a producir tal modificación es el químico: la intoxicación.” (Freud, 1930) Freud recuerda que los tóxicos han sido utilizados por los hombres desde tiempos remotos para soportar las dificultades de la vida y particularmente para lidiar con la angustia. El sujeto, por intermedio de sustancias químicas, puede temperar la tensión con el Otro en la consecución de sus propósitos. Pero también Freud indica un uso contrario sobre el cual llamó la atención Lacan. Por medio de drogas el sujeto puede separarse del Otro, lo que quiere decir, alejarse de la castración y de sus efectos subjetivos, particularmente los que se derivan del encuentro con la sexualidad.

De la clínica freudiana del padre, la ley, la prohibición y la represión a la clínica contemporánea del Otro materno, de la sustancia, de la cosa, del goce; vemos que los cambios de la subjetividad de nuestra época están marcados por el pasaje del significante al goce, supresión de la dimensión de la falta, rechazo del inconsciente, afirmación de una subjetividad sin vínculos, dispersa y a la deriva.

A partir de lo trabajado, vemos que en la actualidad se anulan las diferencias, se borran los límites. La sorpresa, el acontecimiento y el trauma surgidos ante lo imprevisible, sin el soporte de los ideales y del lazo al Otro, dejan al sujeto sin ordenador, arrojado al vacío en su condición de pura sustancia con la que se confunde hasta decir “soy adicto, anoréxico, bulímico, etc.”, como nombre de goce o sumido en una crisis de angustia. Vemos que la angustia antes señal, hoy se transforma en pánico como reflejo de un mundo sin garantías, en el cual la dialéctica ha cedido lugar a la confrontación narcisista. Ante esta realidad que se nos impone, nos preguntamos entonces: ¿cómo sostener anudados los tres registros, real, simbólico e imaginario,

para que haya un sujeto? Y también, ¿son las patologías de la época una forma de anudamiento que permite decir “yo soy”, ante el taponamiento subjetivo, producto de la declinación del Nombre-del-Padre? Y sobre esta idea, ¿cómo intervenir desde el Psicoanálisis para evitar el estrago al que conduce esta forma precaria de anudamiento?

Para concluir, podemos decir que la posibilidad de un Psicoanálisis no depende tanto del marco en el que se lleve adelante, ya sea este público o privado, sino de la demanda del paciente y de la posición que asume un analista frente a la misma. Los entrecruzamientos, tanto éticos como discursivos como se fueron planteando de alguna manera anteriormente, se hallan presentes en los dos ámbitos. Será responsabilidad nuestra enfrentarlos, valiéndose de la apuesta al sujeto, mediante una escucha que apunte a la singularidad. Es decir, el analista, en su práctica institucional, podrá posicionarse como tal, en tanto abra la brecha que posibilite establecer un dispositivo que se sustente en otra política, la del deseo, aquella que domina *táctica* y *estrategia* en la dirección de la cura.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

AKSMAN, G. (2013). El pad(r)ecimiento actual. En La clínica de lo singular frente a la epidemia de las clasificaciones. (pp. 93 – 97). Colección Orientación Lacaniana. Buenos Aires. Grama Ediciones.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV. Barcelona-España. Masson.

ARRIAGA, M; CERIANI, L; MONÓPOLI, V. (2013). Políticas públicas en salud mental : de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos. Por Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.

BASSOLS, M. (2005). Encontrar la Causa. En Virtualia N°14. Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana. Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/014/default.asp>

BAUMAN, Z. (2009). Modernidad líquida. Fondo de cultura económica. México.

BELAGA, G. (2007). La urgencia generalizada. La práctica en el hospital. Buenos Aires. Grama Ediciones.

BELAGA, G. (2015). La práctica del psicoanálisis en el hospital. Buenos Aires. Grama Ediciones.

BERENGUER, E. (2009). La dimensión social del síntoma. En la Lectura del caso en la práctica de orientación lacaniana. Buenos Aires. Grama ediciones.

BLANCO, M. (2005). El derecho al Psicoanálisis. Presentado en la sección La Escuela Hoy, expuesto en la 1ª Jornada “La clínica del CPCT” —Síntomas actuales, deslocalización y exclusión social, angustia y urgencia subjetiva— que tuvo lugar en Barcelona el día 7 de Octubre de 2005, con motivo del primer año de funcionamiento del Centro Psicoanalítico de Consultas y Tratamiento (CPCT).

CANGUILHEM, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Ed. Siglo Veintiuno. México.

CARPINTERO, E. (2011). La subjetividad asediada. La medicalización para domesticar al sujeto. Serie Futuro Imperfecto. Fichas para el siglo XXI. Editorial Topía.

CONSEJO FEDERAL DE SALUD. (2004). Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Buenos Aires. Ministerio de Salud de La Nación.

COTTET, S. (2006). La consulta psicoanalítica: cortocircuito. En Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana N°14. Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/014/default.asp>.

COTTET, S. (2009). CPCT. Contingencia de un encuentro. ¿Efecto durable o no? . En Los documents de Scripta – Psychose, désinsertion, précarité. Cinq conférences données à Reims. Reims: La librairie de l'Ecole de la cause freudienne. (pp. 5-16).

COTTET, S. (2016). ¿Hay que acortar el tiempo para comprender? Intervención pronunciada en el Encuentro clínico del CPCT-Paris, desarrollado bajo el título «Un tratamiento que cuenta», el sábado 9 de abril de 2016 en París.

DEFFIEUX, J-P (2007). Effets de formation dans le travail en CPCT. En La Causa Freudiana 66. Paris. Navarin. (pp. 88-91).

EHRENBERG, A. (2000). La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad. Buenos Aires. Nueva Visión.

EHRENBERG, A. (2010). La société du malaise. Le mental et le social. Paris. Editorial Odile Jacob

FALRET, J-P. (2009). Las enfermedades mentales y los asilos de alienados. Adaptado por Gastón Piazza y Nora Carbone. Editorial De la Campana.

FALCONE, R. (2013). Historia de las prácticas de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis. Resultados de la investigación a partir de casos clínicos (1900-1960). En Anuario de investigación. Vol. XX. N°2. Universidad Nacional de Buenos Aires.

FIDALGO, M. (2008). Adiós al derecho a la salud. Buenos Aires. Espacio Editorial.

FOCCHI, M. (2010). Síntomas sin inconsciente de una época sin deseo. Cuatro modalidades sobre la clínica contemporánea. Buenos Aires. Editorial Tres Haches.

FOUCAULT, M. (1961). Historia de la locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica.

México. 1998.

FOUCAULT, M. (1967). Historia de la Locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica.

México. 2010.

FOUCAULT, M. (1970). Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber. Editorial Siglo XXI. Buenos Aires. 2013.

FOUCAULT, M. (1973-1974). *El poder psiquiátrico*. Curso en el Collège de France. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2003.

FOUCAULT, M. (1974-1975). Los anormales. Curso en el Collège de France. Fondo de Cultura Económica. México. 2001.

FREUD, S. (1897). Carta 69. En Obras Completas. Tomo I. Amorrortu. Buenos Aires. 2005.

FREUD, S. (1913) Totem y tabú. En Obras Completas. Tomo XIII. Amorrortu. Buenos Aires. 2005.

FREUD, S. (1916-1917). 23° Conferencia: Los caminos de la formación de síntoma. En Obras Completas. Tomo XVI. Amorrortu. Buenos Aires. 2005

FREUD, S. (1918). Nuevos caminos de la psicoterapia analítica. En Obras Completas. Tomo XVII. Amorrortu. Buenos Aires. 2005.

FREUD, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En Obras Completas. Tomo XVIII. Buenos Aires. Amorrortu. 2005.

FREUD, S. (1923). El Yo y el Ello. En Obras Completas. Tomo XIX. Buenos Aires. Amorrortu. 2005.

FREUD, S. (1923). Breve informe sobre el Psicoanálisis. En Obras Completas. Tomo XIX. Buenos Aires. Amorrortu. 2005.

FREUD, S. (1924). La pérdida de la realidad en neurosis y psicosis. En Obras Completas. Tomo XIX. Buenos Aires. Amorrortu. 2005.

FREUD, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En Obras Completas. Tomo XX. Buenos Aires. Amorrortu. 2005

FREUD, S. (1926). ¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis? Diálogos con un juez imparcial. En Obras Completas. Tomo XX. Amorrortu. Buenos Aires. 2005

FREUD, S. (1930). El malestar en la cultura. En Obras Completas. Tomo XXI. Buenos Aires. Amorrortu. 2005.

FREUD, S. (1937), Análisis Terminable e Interminable. En Obras Completas. Tomo XXIII. Buenos Aires. Amorrortu. 2005.

FREUD, S. (1940). Esquema de Psicoanálisis. En Obras Completas. Tomo XXIII. Amorrortu. Buenos Aires. 2005.

GALENDE, E. (1990). Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires. Paidós

GALENDE, E. (1992). Perspectivas en Salud Mental en Argentina para la próxima década. Seminario FLACSO-OPS. Buenos Aires.

HADDAD, M & ULRICH, G. (2011). Salud Mental y Psicoanálisis, una tensión irreducible. En Memorias del 3º Congreso de Psicología de la Facultad de Psicología de La Plata. EDULP. Buenos Aires.

HERMOSILLA, A. M; CATALDO, R. (2012). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas en Psencia, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica , (pp. 134-140).

IMBRIANO, A. (2006). La odisea del siglo XXI. Efectos de la globalización. Buenos Aires. Letra Viva.

IZAGUIRRE, G. (1999). Programas de salud mental: definiciones. En Salud Mental y Psicoanálisis. Buenos Aires. Eudeba, 1999.

JONES, E. (1908-1939). Correspondencia completa de Sigmund Freud y Ernest Jones. Madrid. Síntesis. 1997.

KANNER, L. (1971). Psiquiatría Infantil. Buenos Aires. Paidós.

LACAN, J. (1938). Los complejos familiares en la formación del individuo. En Otros Escritos (pp. 33 – 96). Paidós. Buenos Aires. 2013.

LACAN, J. (1945). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. En *Escritos 1* (pp. 193 – 208). Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires. 2012.

LACAN, J. (1951). Intervención sobre la transferencia. En *Escritos 1* (pp. 209-219). Buenos Aires. Siglo Veintiuno Editores. 2012.

LACAN, J. (1955). Variantes de la cura-tipo. En *Escritos 1* (pp. 311-346). Buenos Aires. Siglo Veintiuno editores. 1985.

LACAN, J. (1957-1958). Las formaciones del Inconsciente. El seminario 5. Buenos Aires. Paidós. 2009.

LACAN, J. (1959). Las metas morales del Psicoanálisis. En *La Ética del Psicoanálisis, El Seminario 7* (pp. 360-369). Buenos Aires. Paidós. 2011.

LACAN, J. (1960). El discurso a los católicos. En *El triunfo de la religión*. Buenos Aires. Paidós. 2003.

LACAN, J. (1960). Observación sobre el informe de Daniel Lagache: "Psicoanálisis y estructuras de la personalidad". En *Escritos II* (pp. 617-652). Buenos Aires. Siglo Veintiuno Editores. 2010.

LACAN, J. (1960). Ideas directivas para un congreso sobre la sexualidad femenina. En *Escritos 2* (pp. 689-702). Buenos Aires. Siglo Veintiuno Editores Editores. 2010.

LACAN, J. (1964). El Trieb de Freud y del Deseo del Psicoanalista. En *Escritos 2*. (pp. 809 – 812). Buenos Aires. Siglo Veintiuno Editores. 2010.

LACAN, J. (1964). Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis. El seminario XI. Buenos Aires. Paidós. 2007.

LACAN, J. (1967). Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela. En *Otros Escritos* (pp. 261 – 278). Buenos Aires. Paidós. 2012.

LACAN, J. (1971-1972). ...O peor. El seminario 19. Buenos Aires. Paidós. 2012.

LACAN, J. (1973). Redondeles de cuerda. En *Aún, El Seminario XX* (pp. 143 – 164). Buenos Aires. Paidós. 2008.

LACAN, J. (1973). Los Nombres del Padre. El Seminario XXI (inédito). Clase 4 del 18 de diciembre de 1973. Versión digital: <https://seminarioslacan.files.wordpress.com/2015/02/26-seminario-21.pdf>

LACAN, J. (1974). La tercera. En Intervenciones y textos II (pp. 73-108). Buenos Aires. Manantial. 2008.

LACAN, J. (1975). RSI. El Seminario XXII (inédito). Clase 10 del 15 de abril de 1975. Versión digital: <https://seminarioslacan.files.wordpress.com/2015/02/27-seminario-22.pdf>

LACAN, J. (1977). Psicoanálisis: Radiofonía y televisión. Barcelona. Anagrama. Editores. 1993.

LANTERI-LAURA, G. (1998). Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Fundación Archivos de Neurobiología. Editorial Triacastela. Madrid, España. 2000.

LAURENT, D. (2007). Quel transfert dans le traitements menes au CPCT?. En Lettre mensuelle N°260. ECF. París.

LAURENT, E. (2000). Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires. Tres Haches.

LAURENT, E. (2008). Variaciones de la cura analítica, hoy. La relación entre el efecto terapéutico y su más allá. Buenos Aires. Grama Ediciones. EOL.

LEY NACIONAL ARGENTINA DE SALUD MENTAL N° 26657. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. 2011.

LIPOVETSKY, G. (2008). La era del vacío. Barcelona. Editorial Anagrama.

MAZZUCA, R. (2002). Psiquiatría y Psicoanálisis, encuentros y desencuentros. Buenos Aires. Eudeba.

MILLER, J-A. (1999). Las contraindicaciones al tratamiento psicoanalítico. En El Caldero de la Escuela. N° 69 (pp. 7 – 12). Buenos Aires.

MILLER, J-A. (2003). Problemas de pareja, cinco modelos. En La pareja y el amor. (pp. 16 – 20). Buenos Aires. Paidós.

MILLER, J-A. (2005). Conversaciones clínicas en Barcelona: los efectos terapéuticos rápidos. Buenos

Aires. Paidós.

MILLER, J-A. (2005). La respuesta del Psicoanálisis a las terapias cognitivos-conductuales. Intervención en el Tercer Congreso de la New Lacanian School, Londres. Versión Digital: <https://lacanianosarequipa.wordpress.com/2010/06/09/la-respuesta-del-psicoanalisis-a-las-terapias-cognitivo-conductuales-tcc/>

MILLER, J-A. (2005). El Otro que no existe y sus comités de ética. Buenos Aires. Paidós.

MILLER, J-A y OTROS. (2009). Efectos terapéuticos rápidos. Buenos Aires. Paidós.

MILLER, J-A. (2011). ¿Hacia dónde va el psicoanálisis? En Sutilezas Analíticas (pp. 33-44). Buenos Aires. Paidós

MILLER, J-A. (2001). Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. En La orientación lacaniana Vol 3, N° 3.

MUÑOZ, P. (2011). Las locuras según Lacan. Buenos Aires. Letra Viva.

NAPOLITANO, G. (1999). Interpretación preliminar e implicación subjetiva. Revista de psicoanálisis. Universidad de Buenos Aires. N°1, 1999 (p. 83-95).

NAPOLITANO, G. (2000). Nacimiento de la Psicopatología en la historia de la Psiquiatría. Cuaderno de Psicopatología 3. Buenos Aires. Editorial De La Campana.

NAPOLITANO, G. (2013). Categorías clínicas y teoría psicoanalítica: puntuaciones en la obra de Freud. En El campo de la neurosis en la obra de Freud. Colección Libros de Cátedra. Sedici. UNLP.

NIETZCHE, F. (1901). La voluntad del poder. Madrid-México. EDAF. 1998.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1978). Declaración de Alma – Ata. OMS.

PROTOCOLO DE SALUD MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. (2011). Secretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata.

RECALCATI, M. (2003). Clínica del vacío. Madrid-España. Síntesis.

RECALCATI, M. (2004). La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe. En *Virtualia*, Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana. Año 3. N° 10. (pp. 2-6).

RUBISTEIN, A. (2005). La Perspectiva Freudiana de la Eficacia del Análisis. En *Anuario de Investigaciones*. Vol. 13, pp. 93-101. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. UBA.

RUBISTEIN, A. (2009). Efectos terapéuticos de la intervención psicoanalítica en ámbitos institucionales. En *Anuario de Investigaciones*. Vol.16 (pp. 147-156). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. UBA.

RUBISTEIN, A. (2012). La terapéutica psicoanalítica: efectos y terminaciones. Buenos Aires. JCE Ediciones.

RUBISTEIN, A. (2014). Consulta, Admisión, Derivación. Buenos Aires. Eudeba.

SOTELO, I. (2007). Clínica de la urgencia. Buenos Aires. JVE Editores.

SOTELO, I. (2008). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia. Investigación en el Hospital Central de San Isidro. Revista de Investigación de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

SOTELO, I. (2012). Aportes del Psicoanálisis en el diseño de dispositivos para alojar urgencias subjetivas. Tesis de Doctorado. (Director: P Fridman). Facultad de Psicología, UBA.

STEVENS, A. (2001). Nuevos Síntomas en la Adolescencia. En *Revista Lazos* N° 4, Publicación de la EOL, Sección Rosario, Ed. Fundación Ross.

STOLKINER, A. (2003). Nuevos enfoques en salud mental. Ponencia en XIV Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería. Buenos Aires.

STOLKINER, A. (2009). Ética y prácticas en Salud Mental. En *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis*. Compiladores Juan Carlos Fantin y Pablo Friedman. (pp. 171-186). Buenos Aires. Editorial Polemos.

TROBAS, G. (2003). Tres respuestas del sujeto ante la angustia: inhibición, pasaje al acto y acting out. En *Logos* 1. Grama Ed.

WIDAKOWICH, C. (2012). El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos

históricos y epistemológicos. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 17, N° 4 (pp. 365 - 374).

WINNICOTT, D. (1958). La capacidad para estar solo. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires. Paidós.

VEZZETTI, H. (1983). La locura en la Argentina. Buenos Aires. Folios Ediciones.

ZUCCARDI MERLI, U. (2016). Hiperactividad y cocaínomanía: efectos de desarraigo. En Desarraigados por J-A Miller y otros. Buenos Aires. Paidós.