



Asociación de Psiquiatras  
Argentinos  
Residentes en el país  
y en el exterior



# Sinopsis

APSA REVISTA

**SUMARIO** • **Psiquiatría y Psicoanálisis - Estado actual y perspectivas futuras** | *Psychiatry and psychoanalysis - Present state and future perspectives* | Dra. Graciela Onofrio • **Obstáculos en lo social de los lazos socioculturales** | *Social obstacles of the sociocultural bonds* | Dra. Cecilia Moise - Dra. Laura Orsi - Lic. Jacqueline Denise Abraham - Dra. Lía Ricón - Dr. Edmundo Saimovici - Lic. Luis Oswald - Lic. Gladis Mabel Tripceovich Piovano • **Entrevista: Dr. Marcelo Gabriel Bono** | *Interview: Dr. Marcelo Gabriel Bono* | Dr. Hugo Dramisino • **Salud Pública y Juego Patológico** | *Public Health and Pathological Gambling* | Dr. Julio Ángel Brizuela • **Entre el viejo y el nuevo mundo: construir, desarrollar y mejorar en Salud Mental** | *Between the old world and the new world: to build, to develop and to improve in mental health* | Daniel Moldavsky, MD • **Bibliografía Recomendada** | Dra. Analía Ravenna • **Obituario: Alejandro Lagomarcino** | Dr. Sergio Halsband



**Asociación de Psiquiatras  
Argentinos**  
residentes en el país  
y en el exterior



## APSA

Miembro de la Asociación Mundial de Psiquiatras (WPA)

Miembro de la Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL)

Miembro de la World Federation for Mental Health

## APSA

Rincón 355 - (C1081ABG)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tel / Fax: (54 11) 4952-1249 - línea rotativa

[www.apsa.org.ar](http://www.apsa.org.ar) • [apsa@apsa.org.ar](mailto:apsa@apsa.org.ar)

### Comisión Directiva de APSA

#### Presidente

*Dr. Alfredo Cía*

#### Vicepresidente

*Dr. Horacio Vommaro*

#### Secretario

*Dr. Luis Herbst*

#### Tesorero

*Dr. Darío Lagos*

#### Vocales Titulares

*Dr. Gustavo Gómez*

*Dr. Analía Ravenna*

*Dr. Darío Romero Crusellas*

*Dr. Laura Rosales*

#### Vocales Suplentes

*Dr. Graciela Onofrio*

*Dr. Humberto Velásquez*

#### Órgano de Fiscalización

##### Titulares

*Dr. Hugo Dramisino*

*Dr. Nora Leal Marchena*

#### Órgano de Fiscalización

##### Suplentes

*Dr. María Lilia Rodríguez*

*Dr. Juan Carlos Turnes*

### Comité Editorial (2011-2013)

Director: Hugo  
Dramisino

Comité Editorial:

Guillermina Berkunsky

Tania Borda

Eduardo Burga Montoya

Gabriel Brarda

Julio Brizuela

Enzo Cascardo

Miguel Angel Castro

Andrés Flichman

Octavio Gallego Luesma

Jorge Garrañuño

Mariana Lagos

Nora Leal Marchena

Pedro Pieczanski

Hugo Pisa

Analia Ravenna,

Pablo Resnik

Sergio Rojtemberg

Martín Ruiz

### Comité Científico Nacional

Dr. Lucila Agnese

Prof. Dr. Ricardo

Angelino

Dr. Sebastián Alvano

Dr. Sara Amores

Dr. Valentín Barembli

Prof. Dr. Héctor Basile

Dr. Jorge Berstein

Dr. Raquel Bianchi

Dr. José Bozzo

Dr. Carlos Calatroni

Dr. Gustavo Carlsson

Dr. Hugo Carroll

Dr. Enzo Cascardo

Dr. Alfredo Cía

Dr. Norberto Conti

Dr. Javier Didia Attas

Dr. Guillermo Dorado

Dr. Lucila Edelman

Dr. Luis Ellerman

Dr. Eduardo Espector

Dr. Andrés Ferdman

Dra. Lía Marcela Fernández

Dr. Alejandro Ferreira

Dr. Pablo Gabay

Dr. Anibal Goldchuk

Dra. Nieves Grieco

Dr. Sergio Griselli

Dr. Rafael Groisman

Dr. Sergio Halsband

Dra. Alicia Kabanchik

Dr. Eduardo Kalina

Dr. Daniel Kersner

Dr. Elías Klubok

Dr. Néstor Koldobsky

Dr. Diana Kordon

Dr. Gabriel Kunst

Dr. Darío Lagos

Dr. Carlos Lamela

Dra. Elena Levin

Dra. Graciela Maltagliatti

Dr. Liliana Mato

Dr. Daniel Matusevich

Dr. Verónica Mora Dubuc

Dr. Cecilia Moise

Dra. Liliana Moneta

Dra. Eliana Montuori

Dr. Carlos Moretti

Dr. Víctor Ocampo

Dr. Luis Ohman

Dr. Oscar Olego

Dra. Graciela Onofrio

Dr. Federico Pavlovsky

Dra. Adhema Pereira

Dr. Ricardo Pérez Rivera

Dr. Humberto Persano

Dra. Elba Picot

Dra. Mónica Pucheu

Dra. Lía Ricón

Dr. Carlos Repetto

Dr. Roberto Reynero

Dr. Carlos Rodríguez Peña

Dr. Héctor Rubinetti

Dra. Viviana Sala

Dr. Darío Saferstein

Dra. María del Carmen

Salgueiro

Dr. José Schliapochnik

Dr. Gabriel Schraier

Dra. Débora Serebrinsky

Dr. Ernesto Serrano

Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro

Dr. Enrique Stein

Dr. Juan Cristóbal Tenconi

Dra. Elba Tornese

Dra. Ana María Vaernet

Dr. Emilio Vaschetto

Dra. Laura Valbonesi

Dr. Humberto Velásquez

Dr. Víctor Vergara

Dr. Juan José Vilapriño

Dr. Horacio Vommaro

Dr. Norberto Yellati

Dra. Diana Zalzman

Dr. Rodolfo Zaratiegui

### Comité Científico Internacional

Dr. Julio Arboleda Florez

(Canadá)

Dr. Manoel Albuquerque

(Brasil)

Dr. José Arias (Paraguay)

Dr. Othon Bastos (Brasil)

Dr. Edgard Belfort (Venezuela)

Dr. Carlos Berganza

(Guatemala)

Dr. Eugenio Bayardo Cancela

(Uruguay)

Dr. Jean Garrabé (Francia)

Dr. Marco Antonio Brasil

(Brasil)

Dr. Enrique Camarena Robles

(México)

Dr. Oswaldo Caro (Puerto

Rico)

Dr. Rigoberto Castro (Costa Rica)

Dr. Eduardo Correa (Chile)

Dr. José Miguel Fortín (San

Salvador)

Dr. César González Caro

(Colombia)

Dr. Ricardo González Menéndez

(Cuba)

Dra. Nady Guebaly (Canadá)

Dr. Miguel Jorge (Brasil)

Dr. Robert Lespinasse

(Venezuela)

Dr. Marco López Butrón

(México)

Dr. Juan Maass (Chile)

Dr. Gustavo Matute (Ecuador)

Dr. Romeo Lucas Medina

(Guatemala)

Dr. César Mella (Rep.

Dominicana)

Dr. Juan Mezzich (EE.UU.)

Dr. Luiz Salvador Miranda Sa

(Brasil)

Dr. Ariel Montalbán (Uruguay)

Dr. Rafael Navarro Cuevas (Perú)

Dr. Eduardo Ordaz Ducunge

(Cuba)

Dr. Marcel Penna (Panamá)

Dr. Marcelo de la Quintana

(Bolivia)

Dr. Pedro Ruiz (EE.UU.)

Dr. Rubén Rendon Aponte

(Venezuela)

Dr. Antonio Ruiz Taviel (México)

Dra. Clara Sánchez (Nicaragua)

Dr. Elard Sánchez Tejada (Perú)

Dr. Octavio Sánchez (Honduras)

Dr. Carlos Sayavedra (Panamá)

Dra. Fior Solís (Rep. Dominicana)

Dr. Horacio Tabora (Colombia)

Dr. Alejandro Uribe (Rep.

Dominicana)

Dr. Ángel Valmaggia (Uruguay)

Dr. José Vera Gómez (Paraguay)

Dr. Mauro Villegas (Venezuela)

Dr. Felipe Vintimilla (Ecuador)

## INDICE

---

<b>Psiquiatras Argentinos</b> Dra. Carolina Tobar García	<b>3</b>
<b>Editorial</b> Comité de redacción	<b>5</b>
<b>Editorial</b> Comisión directiva	<b>6</b>
<b>Psiquiatría y Psicoanálisis - Estado actual y perspectivas futuras</b>   <i>Psychiatry and psychoanalysis</i> - <i>Present state and future perspectives</i>  Dra. Graciela Onofrio	<b>7</b>
<b>Obstáculos en lo social de los lazos socioculturales</b>   <i>Social obstacles of the sociocultural bonds</i>  Dra. Cecilia Moise - Dra. Laura Orsi - Lic. Jacqueline Denise Abraham - Dra. Lía Ricón Dr. Edmundo Saimovici - Lic. Luis Oswald - Lic. Gladis Mabel Tripceвич Piovano	<b>15</b>
<b>Entrevista: Dr. Marcelo Gabriel Bono</b>   <i>Interview: Dr Marcelo Gabriel Bono</i>  Dr. Hugo Dramisino	<b>19</b>
<b>Salud Pública y Juego Patológico</b>   <i>Public Health and Pathological Gambling</i>  Dr. Julio Ángel Brizuela	<b>23</b>
<b>Entre el viejo y el nuevo mundo: construir, desarrollar y mejorar en Salud Mental</b>   <i>Between the old world and the new world: to build, to develop and to improve in mental health</i>  Daniel Moldavsky, MD	<b>27</b>
<b>Bibliografía Recomendada</b>  Dra. Analía Ravenna	<b>31</b>
<b>Obituario: Alejandro Lagomarcino</b> Dr. Sergio Halsband	<b>32</b>

---

El material publicado en la revista Sinopsis representa la opinión de sus autores y no refleja indispensablemente la opinión de la Dirección o de la Editorial de esta revista. La revista Sinopsis es propiedad de APSA.

**Foto de tapa: Monumento al Gral San Martín - Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Diseño y armado de la revista Sinopsis

Q+D Diseño - (011) 20.55.97.93 - mdpdiez@gmail.com - virginia.quiles@gmail.com

Caricaturas: Mauricio Giacomino - maurigiacomino@yahoo.com

---

# Psiquiatras Argentinos

---



---

## **Dra. Carolina Tobar García** **(1898 -1962)**

Carolina Tobar García nació en Quines, Provincia de San Luis, el 10 de noviembre de 1898 y falleció en Buenos Aires, el 5 de octubre de 1962. Se formó primero como maestra normal nacional (egresada de la Escuela Normal de Mercedes, en 1917), luego se graduó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1929, especializándose como Médica Legista en 1941 y con su tesis sobre Higiene Mental del Escolar, recibió su Doctorado en Medicina de la UBA (1944).

Gran parte de su formación como psiquiatra infantil la realizó en la Universidad de Columbia, Estados Unidos, donde quedó impactada con la educación de los deficientes mentales, publicando a su regreso una obra sobre este tema.

En el plano profesional, fue jefa del Consultorio Psicofisiológico (desde 1934) del Cuerpo Médico Escolar e Inspectora Médica Escolar en el grado de Oficial Mayor hasta que se jubila, en 1957. Además, desde 1938, era la encargada del gabinete psicopedagógico del Hogar Santa Rosa. Se desempeñó también como docente en diversos ámbitos: en la cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la UBA (1938-1948) y, en la Facultad de Filosofía y Letras de la misma universidad; profesora titular de Didáctica Asistencial y Escuelas Diferenciales (1957-1958) y de Pedagogía Diferencial (1959-1962). Ejerció como médica en el Hospicio de las Mercedes y en la Liga de Higiene Mental bajo la dirección del Dr. Gonzalo Bosch. Tuvo activa participación como integrante de la CD de la Federación Argentina de mujeres universitarias.

El mayor aporte de Carolina Tobar García fue la inclusión en la educación formal de niños con déficit mental. Estudiosa de la importancia de crear escuelas especiales, en 1942, creó la "Escuela Primaria de Adaptación"; primera escuela para deficientes mentales -fue directora de la misma-, como así también de la sección de niños de los consultorios de la Liga Argentina de Higiene Mental.

Algunos de sus trabajos publicados sobre el tema que la apasionaba, son: "Educación de los deficientes mentales en Estados Unidos", "Enseñanza de la Lengua" (con Marta Salotti) y "Temas de psiquiatría escolar".

Aunque hoy nos suene lógico, fue una adelantada en pensar que muchos niños podían ser escolarizados en las clases especiales y "que la humillación que sufren al compararse con los compañeros que obtienen "suficiente" y los fracasos repetidos los entorpecen más".

## Comité de Redacción

En esta oportunidad presentamos cuatro artículos de elocuente calidad científica orientados hacia distintos temas que van desde el siempre complejo abordaje de la articulación entre psicoanálisis y psiquiatría, un interesante análisis sobre los obstáculos que se advierten en los lazos socioculturales, un panorama clínico y sanitario sobre el juego patológico hasta una particular visión sobre gestión en Salud Mental que compara lo que sucede actualmente en Europa y lo que se da en nuestra América Latina.

Hemos inaugurado una nueva sección: entrevistas; en esta ocasión al Dr. Marcelo Bono. Así damos inicio a una nueva modalidad que esperamos resulte del interés y del agrado de nuestros lectores.

Muy especialmente queremos agradecer las emotivas palabras que Sergio Halsband ha escrito en memoria del recordado y prestigioso colega recientemente fallecido, Alejandro Lagomarsino.

Por último, queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a la Comisión Directiva de APSA, especialmente a su presidente, Dr. Alfredo Cía, por elegirnos y estimularnos para asumir este noble compromiso como miembros del Comité Editorial. Designación que nos llena de honor y al mismo tiempo nos obliga a continuar en la senda del crecimiento de SINOPSIS.

En esta nueva etapa comprometemos nuestro esfuerzo en seguir avanzando en el desafío que implica sostener nuestra publicación institucional de APSA como espacio abierto a las distintas perspectivas y orientaciones, como así también a todos los socios y socias de todo el territorio de nuestro país y de aquellos colegas radicados en el exterior. Conscientes de la necesidad de dar respuestas a las exigentes demandas actuales impulsaremos desde SINOPSIS la actualización y el intercambio con la hondura científica que ha caracterizado a nuestra revista, que rescate y revalorice el rol profesional en su verdadera dimensión.

**Comisión Directiva** APSA y su Comisión Directiva se enorgullecen de haber formado parte de la organización del reciente y exitoso Congreso Mundial de Psiquiatría, celebrado en Buenos Aires en Septiembre de 2011, que reunió a los principales líderes científicos del orbe en todas las áreas de nuestra especialidad y que se ha consagrado como el más concurrido en la historia de los Congresos de la WPA (Asociación Mundial de Psiquiatría), habiendo sobrepasado incluso los cálculos previos más optimistas, con más de catorce mil participantes provenientes de todo el mundo.

Actualmente nos encontramos abocados en la puesta a punto de la Red Científica Virtual (RCV), un importante instrumento informático que permitirá una ágil y eficiente interconexión entre todos nuestros socios, quienes podrán compartir sus aportes científicos y experiencias, siguiendo sus áreas de interés en la especialidad, lo que permitirá el acceso a los colegas de todo el país y a los residentes en el exterior, contribuyendo así a una efectiva federalización de nuestra entidad.

También nos resulta muy grato anunciar que, en el transcurso del actual período, se han concretado acciones tendientes a fortalecer nuestro Instituto Superior de Formación de Postgrado, a través de la celebración de distintos convenios con Universidades de distintas regiones del país, participando así en la formación de especialistas en Psiquiatría. En el mismo sentido se ha dispuesto el llamado a concurso abierto de distintos cargos docentes en calidad de titulares de materias de la carrera de especialista en Psiquiatría.

Ha sido muy importante, a lo largo del año, el seguimiento riguroso que se ha hecho a la nueva ley de Salud Mental mediante distintas reuniones con diferentes actores del campo de la Salud Pública y, de manera especial, a través de un “Observatorio” para analizar el impacto que dicha legislación ha provocado en servicios de atención, en establecimientos -de salud- públicos y privados.

En esta ocasión anunciamos la designación de un nuevo Comité Editorial de la revista Sinopsis por el período diciembre 2011/ diciembre 2013, a quien le brindamos nuestros mejores augurios para una exitosa gestión.

Por último, queremos despedirnos invitándolos a participar activamente del XXVII Congreso Argentino de Psiquiatría “Incumbencias profesionales ante el sufrimiento social y la enfermedad mental”, a realizarse en la ciudad de Mar del Plata, del 18 al 21 de abril del año 2012. También aprovechamos esta oportunidad para invitarlos al próximo Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) –del 16 al 19 de noviembre de 2012- que se llevará a cabo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del cual APSA es la organización anfitriona y una actora importante del mismo. En el mismo, el Dr. Alfredo Cía asumirá como Presidente de la APAL por el próximo período bianual. En concordancia con lo expresado, deseamos informar que ha sido fundamental el aporte de nuestra Asociación para la cristalización de la Declaración del Río de la Plata de APAL, firmada en Septiembre de 2011, en Buenos Aires, por todos los Presidentes de las Sociedades Nacionales federadas a dicha entidad.

# Psiquiatría y Psicoanálisis

## Estado actual y perspectivas futuras |

*Psychiatry and psychoanalysis - Present state and future perspectives*

### Dra. Graciela Onofrio

Médica Psiquiatra y Psicoanalista  
Miembro Titular de APSA, APAL y WPA  
Miembro Fundador de la Asociación Franco  
Argentina de Psiquiatría y Salud Mental  
Miembro del Comité Ejecutivo de la WPA - *Psy-  
chiatry in Psychoanalysis Section*  
Miembro del Comité Ejecutivo de la WPA - *Eating  
Disorders Section*  
Docente del Instituto Universitario, Facultad de  
Medicina, Hospital Italiano, CABA, Argentina  
gbonofrio@yahoo.com.ar

### Resumen

La autora muestra, a partir de Foucault, aspectos de la historia de la Psiquiatría como ciencia, parte de la Medicina contemporánea. Las investigaciones clínicas siguieron tradicionalmente estandarizaciones impregnadas del positivismo lógico. El comienzo de estados fuertes, soberanos y democráticos, como marco social, fue, también, la "gran empresa" del Siglo XX, coincidente con la época del nacimiento de la ciencia moderna. También se refiere al proyecto social como donador de sentidos para la vida ciudadana. El Psicoanálisis freudiano aportó al campo de la Neuropsiquiatría el develamiento de los sentidos personales de un síntoma neurótico dentro de una relación especial: la transferencia. La autora recorre, asimismo, autores como Zukerfeld y Bateson para ilustrar conceptos como el de "tercera tópica" y el de los juicios "a priori" que dificultan las investigaciones conjuntas del Psicoanálisis y la Psiquiatría. Finalmente, hace referencia a la trasmisión de la experiencia clínica y a la multidisciplinaria en el quehacer conjunto de la Psiquiatría y el Psicoanálisis contemporáneos.

**Palabras clave:** psiquiatría – psicoanálisis – subjetividad – interdisciplina – crisis – fractales – investigación

### Abstract

*In this paper, following Foucault, the author shows aspects of the Psychiatry's history as a real modern contemporary medicine science. The research in Psychiatry traditionally followed the basic and biological science. The beginning of strong states and modern democracies was the "great enterprise" of the 20th Century in remarkable coincidence with the beginning of the modern science. The cultural meanings were given by the democratic states' ideals. Psychoanalysis discovered the personal meanings of neurotic symptoms, in a special relationship: the transference. The author takes under consideration concepts of Zukerfeld and Bateson's theories as "third topic" and prejudgments to the entire research between Psychiatry and Psychoanalysis. Finally, the author refers to the clinical experience as a multidisciplinary field of experiences, necessary work in the contemporary Psychiatry and Psychoanalysis.*

**Key words:** psychiatry – psychoanalysis – subjectivity – interdisciplinary field – crisis – fractals – research

### Introducción: Breve recorrido histórico social

Seguendo a Foucault, la "gran escena" fundadora de la Psiquiatría moderna fue inaugurada a principios del siglo XIX. Philippe Pinel dispone en el hospital de Bicêtre la liberación de las cadenas de los alienados confinados al encierro en sus celdas. Esos locos furiosos, apenas liberados de sus cadenas, dieron muestras de agradecimiento a Pinel e inauguraron, con ello, el camino de su curación, "...quitar las cadenas es asegurar por intermedio de una obediencia agradecida, algo así como una sujeción" (Ob cit. pp. 46).

Otra referencia a Pinel, también evocada por Foucault, quien establece el relato en el cual se produce el enfrentamiento del poder disciplinario al poder soberano cuando el ataque de manía del rey Jorge III de Inglaterra, dio lugar a su destitución como soberano, anterior al año 1789: "tú no eres más rey y veremos por tu cuidado". El médico hace desvanecer el aparato de la realeza. A estas prácticas se las podría llamar "protopsiquiatría", siguiendo nuevamente a Foucault. Prácticas de fines del siglo XVIII y comienzos del siguiente siglo.

En la popular creencia del loco que se cree rey, se asienta a su vez la afirmación de los psiquiatras del siglo XIX, de que estar loco era tener el poder en la cabeza.

La Psiquiatría fue la gran empresa de la modernidad. Convertir a la Psiquiatría en una especialidad recortable dentro del campo de la Medicina y evitar que no tomara consistencia sólo en los nutridos relatos subjetivos de hombres de buena voluntad fue una tarea que tuvo sus comienzos en el Siglo XIX.

El desarrollo de Estados fuertes, soberanos y democráticos, como marco social, fue, también, la empresa de esa época. La ciencia iba, tímidamente, rumbo a una estandarización posible. Del inductivismo restringido se pasó al inductivismo lógico o neopositivismo del Círculo de Viena hacia 1920.

La historia de la Psiquiatría es, probablemente, en una versión fértil, la historización de las estrategias de procedimientos judiciales, soberanías y praxis.

Hablar en estos términos de marco social significa conocer que el proyecto social sería, en ese entonces, donador de sentidos para la vida ciudadana. La nosología psiquiátrica aportaría la comprensión más acabada del sufrimiento del alma e indicaría los caminos de su tratamiento. Indicaría cómo hacer marchar el paso, base de las subjetividades instituidas de época.

"Puede decirse que la Psiquiatría clásica reinó y funcionó sin demasiados problemas exteriores entre 1850 y 1930, a partir de un discurso que ella ponía en funcionamiento como un discurso verdadero; a partir de ese discurso, en todo caso, deducía la necesidad de la institución asilar y, asimismo, la necesidad de que cierto poder médico se desplegara dentro de ella como ley interna y eficaz. En suma, de un discurso verdadero deducía la necesidad de una institución y de un poder". (Foucault, Op cit. pp. 57)

La figura de "el loco" recorrerá diferentes sistemas de exclusión, tratando de parecer cada vez más civilizados pero siempre bajo la premisa de la segregación.

El Psicoanálisis freudiano aportó al campo de la Neuropsiquiatría el develamiento de los sentidos de un síntoma. Las parálisis o mialgias (histéricas) que no respetaban la distribución neurológica estudiada hasta entonces, las crisis de



gran mal sin daño neurológico evidente y otros fenómenos sintomáticos encontrarían su lugar en la cadena representacional. Las neurosis actuales serían definidas como un aumento de excitación debido a una mala práctica sexual. La vida sexual, bajo la óptica de la investigación científica, quedará ligada al concepto de placer y éste, a su vez, ingresará en los círculos científicos, por supuesto, no sin escándalo.

El descubrimiento del Psicoanálisis recortó un problema, el del inconsciente, y produjo un nuevo descentramiento: las acciones de los hombres pueden ser determinadas eficazmente por un orden latente, no accesible al plano de la conciencia. Su exploración es posible dentro de determinadas condiciones de producción: la transferencia, la relación a un otro. Este marco de descubrimiento será, a su vez, encuadre de tratamiento y de investigación.

Vigentes, hoy, en la vida cotidiana, las premisas teóricas inauguradas por el rico pensamiento freudiano, a su vez abonado por fructíferos seguidores, la investigación en el campo de la Salud Mental va indisolublemente ligada al abordaje clínico y presupone una relación transferencial, un intercambio entre subjetividades, una producción develadora de sentidos que está ubicada en el intersticio de una relación singular paciente-terapeuta.

La lectura intersubjetiva no es una premisa teórica fundamental dentro de toda la comunidad psicoanalítica. Constituye un nuevo paradigma de investigación para una parte del pensamiento psicoanalítico actual. La fundamentación teórica de la perspectiva vincular es aún un proyecto inacabado.

## Neurociencias y Psicoanálisis

Hoy en día, los avances, tanto de las neurociencias como de las disciplinas de la subjetividad, plantean nuevos desafíos que implican actualizar y reformular los aportes del psicoanálisis y, es así que, en distintos ámbitos, se han producido importantes revisiones de la metapsicología que se constituye en heterogeneidad y coexistencia de funcionamientos psíquicos inconscientes de estructura representacional y no representacional. Se actualiza como la construcción del psiquismo entre soma y otro. Aludo, acá, al concepto de *tercera tópica*, desarrollado, en nuestro medio, por el Dr. Rubén Zukerfeld.

Se sustenta en cuatro conceptos fundamentales (siguiendo la disertación del Dr. Zukerfeld en el Panel “Aportes del Psicoanálisis a la Psiquiatría del Siglo XXI”, XIX Congreso de Psiquiatría de APSA, 2003):

- a) la noción de *heterogeneidad* del inconsciente: existen varios funcionamientos u operatorias con características diferentes de modo que no es posible hablar de un inconsciente homogéneo.
- b) la noción de *coexistencia*: los distintos funcionamientos se dan simultáneamente y las producciones finales incluyen siempre aspectos variables de los mismos. No existen estrictamente funcionamientos “sanos” o “enfermos” sino funcionamientos universales con distintos predomios y la patología es siempre una cristalización.

c) la noción de *correspondencia*: los funcionamientos que se describen intentan estar acordes con las investigaciones sobre las memorias y las emociones y con los desarrollos de las disciplinas de la subjetividad; se exige una correspondencia mínima.

d) la noción de *recursividad*: los funcionamientos se describen de acuerdo al paradigma de la complejidad donde se cuestionan las secuencias lineales.

Este modelo se ofrece para su puesta a prueba no solo en la actividad clínica sino también en el campo de la investigación. Se ha dado lugar al desarrollo de la noción de vulnerabilidad y a una formulación psicoanalítica de la noción de resiliencia.

Desde el campo de las ciencias más duras, la neogénesis gana su reconocimiento basado en evidencias científicas. Se ha demostrado, por ejemplo, que el estrés crónico retarda o impide tanto la migración celular como la neogénesis en el sistema nervioso central.

Prejuicios a la investigación conjunta Psicoanálisis – Psiquiatría

(Categorías desarrolladas, en nuestro medio, por Zukerfeld, APSA, Congreso 2003)

La noción de prejuicio es definida como, “Juicio que se tiene formado sobre una cosa antes de conocerla. Idea rutinaria sobre la conveniencia o inconveniencia de las acciones desde el punto de vista social, que cohibe el obrar con libertad.” (María Moliner, *Diccionario de Uso del español*, Gredos, 2da Edición, Madrid, 1998).

### I. Prejuicios deterministas:

Corresponden tanto a la pregunta acerca de la “biologización” del ser humano como a la determinación de la constitución del psiquismo siendo este concepto a su vez, enfrentado y cotejado con el lugar que ocupa el sistema socio ambiental y micro social familiar. Las series complementarias de Freud responden a este entrecruzamiento pero no aún, por supuesto, al exacto peso de su intervención. A su vez, el azar, pensado como acontecimiento y, siguiendo a Alain Badiou, un acontecimiento como “radicalmente nuevo”, nos pone dilemáticamente en juego nuestras ideas acerca de si puede o no aparecer algo de la nada.

A su vez, el aparato psíquico no es la subjetividad instituida. Y la subjetivación será aquella operación crítica sobre la subjetividad instituida.

El enfermar, que tiene por oposición la figura de la salud, ¿corresponde a un sujeto instituido, a un aparato psíquico o al entre sujetos?

“En realidad el capital descubrimiento freudiano de la sexualidad infantil y los desarrollos sobre las experiencias tempranas, y en especial la noción teórica de repetición configuran en la mente del analista una actitud que hace depender el cambio psíquico casi exclusivamente de la actividad interpretativa.” (Zukerfeld)



## 2. Prejuicios de hermetismo:

“Se trata de ciertas ideas rutinarias que existen en la mente de los analistas acerca de que *lo que sucede dentro del tratamiento que se denomina psicoanalítico es inobservable e inevaluable por un observador externo*”. (Zuckerfeld)

Diferencio aquí dos conceptos conocidos, seguramente, por todos aquellos familiarizados con la investigación: la posibilidad de ser *objetivo* no existe, la posibilidad de *objetivar* nuestros resultados es un requisito que hace más a la refutación, falsación, que a la confirmación de una aseveración como universal. La historia de las ciencias, las duras y de las otras, hace al concepto mismo de transmisión.

Para la Psiquiatría y su marco de investigación más clásico, el cuantitativo, los casos son números no deformables, con *referato*, pero sí manipulables. Puedo hacer “hablar” a los números e interpretar una simple *conexión* como *articulación*. La “articulación” contempla una regla de correspondencia.

Para el Psicoanálisis más tradicional la investigación es cualitativa, cuenta una historia de vida, muestra el “caso por caso”. La historia personal debe ser deformada para conservar un mínimo de anonimato. El pensamiento sobre el caso se impone como conjetural.

“Por lo general la idea –justificada– de que cada caso es único, cuando se convierte en una idea rutinaria obliga a pensar que lo que se produce en el marco terapéutico es un hecho artístico que no se podría formalizar en una serie.” (Zuckerfeld)

## 3. Prejuicios solipsistas:

Se explica la transferencia sólo como la relación de un paciente a su analista. Las intervenciones múltiples tienen una enorme dificultad para ser comprendidas dentro de un modelo muy rígido de transferencia.

## 4. Prejuicios de uniformidad:

Mandatos “científicos” que nos empujan a la uniformidad técnica y que nos habitan. Se vuelve dificultoso para el clínico definir la noción de “cambio psíquico”. El médico maneja el concepto de curación desde la vieja escuela como noción de “*restituto ad integrum*”. La *dirección de la cura* es el concepto que introduce el pensamiento de una estrategia posible. Nociones como la de “estabilización” aclaran un panorama lleno de dificultades para aquellas situaciones clínicas que podríamos llamar “crónicas”, donde pensar el modelo como “*restituto ad integrum*” carece de valor semántico.

## 5. Prejuicio cientificista:

¿Cómo obtenemos nuestros datos? ¿Cómo se construye el pensamiento del investigador?

Berrios G. en “La epistemología y la historia de la Psiquiatría” (publicado en Vértex en el año 2004) dice que la obtención de los datos de un paciente se produce de tres modos:

I. Una suerte de *negociación* entre el médico y su consultante.

2. Mediante el uso de *herramientas* pretendidamente protocolizadas y estandarizadas (tests, escalas, autocuestionarios, heterocuestionarios, etc), algunas mejor que otras o más difundidas que otras o, agregaría, mejor traducidas.

3. Mediante la interpretación de la relación entre ambos, mediante la lectura, entonces, del proceso de transferencia o de transferencias.... El superyó psicoanalítico o científico implica, también, la transferencia del propio psicoterapeuta a su propio cuerpo teórico. Desde allí “es hablado”. Los grupos de supervisión o autogestivos llevarán adelante, como objetivo de trabajo, despejar este aspecto escindido de nuestras prácticas.

## 6. Prejuicio pragmático:

Consiste en suponer que el proceso psicoanalítico es algo difuso e indefinido en el tiempo y absolutamente desligado de los síntomas y el sufrimiento y que la “curación” desde la Psiquiatría será aquel camino decidido a evitar, rápidamente, todo dolor.

La introducción de la posibilidad de fijar objetivos en fases, posibilidad que fue absolutamente despejada cuando los tratamientos debieron dar respuesta a patologías psicósomáticas o a patologías del acto o a cuadros en los bordes de nuestras acostumbradas definiciones, ayudó a pensar en la utilidad de los objetivos, utilidad pragmática y semántica ya que los equipos de trabajo se apoyaron en ellos para sostener la terceridad necesaria para poder operar con neutralidad técnica y preservar los riesgos y, aún, la vida misma. (Ph. Jeammet, numerosos escritos que dan cuenta de su trabajo en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria, Instituto Mutualista “*Mont Suri*”, París, Francia)

## 7. Limitación del poder de la psiquiatría:

Citando a Ellenberger: “La mayoría de las nosologías psiquiátricas contemporáneas se basan, de manera más o menos tácita, en la idea de que las enfermedades mentales constituyen entidades específicas que pueden ser agrupadas en una clasificación natural, similar a las que se utilizan en botánica y en zoología.”

Acerca de estas posiciones hubo en la historia de la enfermedad mental caminos recorridos, a veces, caminos encontrados: clasificación natural, clasificación artificial, ninguna clasificación.

La *ilusión pragmatista* es aquella que pretende reducir la clasificación a una operación de dominio de las patologías, con utilidad práctica inmediata; el resto parecería, entonces, superfluo.

La *ilusión idealista* es reemplazar la clasificación por una idea.

Otro grupo de errores en la idea de dominio del campo lo constituyen los aprioris existentes en la mente del clasificador. De la manía clasificatoria a las manías numéricas... la “cuatromanía” como un caso particular, en el cual los conceptos son encolumnados como pares de opuestos (contrarios) y por oposición (contradictorios). Sistema binario por excelencia.

## Entonces, ¿qué es ciencia?

La ciencia se basa en presupuestos y axiomas.

El espíritu investigativo implica conocer a conciencia los propios y los de aquellos que trabajan con uno. Las diferencias científicas están, a veces, más sustentadas en las diferencias del narcisismo de los científicos que en datos creíbles y objetivos.

Siguiendo a Bateson:

1. La ciencia nunca prueba nada: la ciencia se basa en hipótesis que mejoran, progresan o subvierten sentidos. Son periódicamente sometidas a pruebas de refutación pero probarlas o universalizarlas es otra cosa. Universalizar una hipótesis implica volverla vigente en todas las condiciones presentes, pasadas y futuras. La ciencia es una manera de percibir, de mostrar no datos objetivos sino situaciones objetivables.
2. El mapa no es el territorio y el nombre no es la cosa nombrada (Alfred Korzybski): transformación entre lo percibido, la percepción y lo comunicable. El complejo proceso de simbolización nos ha llevado, en algunos casos, a la sustancialización de un modelo.
3. No hay experiencia objetiva: el observador queda implicado en la observación. No hay registro posible del corpúsculo y la onda al mismo tiempo como dar por objetiva esa descripción.
4. Los procesos de formación de imágenes son inconscientes: en tanto los procesos de percepción de las percepciones nos son inaccesibles, la formación unitaria de una imagen responde a una suerte de integración no accesible al plano de la conciencia. Si quisiéramos desglosar, por ej., aquello que proviene de la percepción de imágenes auditivas –palabras- de aquella otra información que proviene de gestos o tonos de voz del interlocutor, sólo sería posible si nos lo propusiéramos como un ejercicio de concentración. Normalmente depreciamos, anulamos o deformamos alguno o algunos de los aspectos de la comunicación cotidiana, social o disciplinar.
5. La división del universo percibido en partes y totalidades es conveniente y puede ser necesaria, pero ninguna necesidad determina de qué modo debe practicársela.
6. Las secuencias divergentes son impredecibles: cuanto más precisos son los métodos o cuantas más variables intervienen, menos predecible es el orden de la secuencia o el futuro de la acción iniciada.
7. Las secuencias convergentes son predecibles: Bateson se refiere, acá, a los procesos estocásticos: se dice que una secuencia de sucesos es estocástica si combina un componente aleatorio con un proceso selectivo, de manera que sólo le sea posible perdurar a ciertos resultados del componente aleatorio. Lo nuevo, para persistir, debe ser de tal suerte que dure más que sus alternativas.
8. Nada puede provenir de la nada: esto incluye ciertas reglas de expectativa, pautas comunes al sentido común pero plagadas de contradicciones científicas:
  - a) La ley de conservación de la materia.

b) La ley de conservación de la energía.

c) No hay materia viviente nueva que no provenga de materia viviente.

d) No puede crearse un nuevo orden o pauta sin información (información como diferencia).

9. El número es diferente de la cantidad: los números son el producto de recuento, las cantidades son el producto de la medición. Es verosímil que los números sean exactos en función de cierta discontinuidad, pero la cantidad es siempre aproximada... ¿Cómo cuentan algunos animales “amaestrados” ciertas cantidades discretas? ¿Es posible que discriminen números o discriminan secuencias?
10. La cantidad no determina la pauta: las pautas pueden ser cuantitativas o cualitativas.
11. En biología no hay valores monótonos: un valor monótono, para explicarlo de manera simple, es aquel que cualifica sólo aumentando o disminuyendo.
12. La lógica es un modelo deficiente de la causa y el efecto.
13. La causalidad no opera hacia atrás: este principio ha sido un escollo para las ciencias de la psicología y, en algunos casos, para la biología misma. Cuando la causalidad es circular, un cambio cualquiera en un punto cualquiera del círculo, produce un efecto de causalidad posterior.
14. El lenguaje sólo destaca uno de los aspectos de una interacción cualquiera.
15. Las palabras “estabilidad” y “cambio” describen unas partes de nuestras descripciones: un acróbata mantiene su estabilidad mediante una corrección continua de su desequilibrio. La estabilidad será referida a cierta posición descriptiva.

Ahora bien, en la visión llamada “integradora”, ¿se trata de una visión binocular o de una perspectiva fractal?

### Un caso especial: los fractales

El concepto de fractalidad tiene, a modo de esquemática comprensión, dos vertientes: la geométrica, fundamentalmente decorativa, la artística, fundamentalmente semántica.

La geometría fractal está próxima a la naturaleza. Se trata de una estética investigadora que concede mucho valor al proceso de elaboración más que al producto final. Es un modo local, en el cual predomina el tiempo por sobre el espacio. Este “localismo” contrasta con cualquier estética del “boceto”, entendido este último como la concepción anticipatoria del objeto total.

Por ejemplo, podemos pensar en algunas producciones del arte medieval en el que algunos cuadros describen a una misma persona en diferentes estadios de su vida. O comparar, también, con la sucesiva construcción de la “Sagrada Familia”, conjunto arquitectónico impactante si los hay, donde predomina un mundo de formas de dimensiones intermedias en una obra aún inconclusa. Es interesante además, cómo concebía Gaudi la perspectiva invertida de espejos....

---

El proceso adquiere un nuevo calibre fundamental a partir de la comprensión del proceso de la naturaleza, el campo visual se carga, entonces, de significado. La naturaleza no se compone de formas ideales. Los procesos incluyen la transformación y la inter-actividad.

El objeto (artístico o de conocimiento) es un objeto poroso y rugoso que mantiene una profunda relación con el mundo real que nos rodea. La geometría fractal describe idealmente la aberración real de lo ideal y esto, a su vez, como una perspectiva. Oponemos, y está mal decirlo así, estructura local frente a construcción global: elementos mínimos situados contiguamente. La organización va adquiriendo forma por secuencias, es decir, de manera progresiva. El comportamiento local de una forma es aquel que, partiendo desde el interior, va creciendo hasta completarse; algo cercano a la autoorganización. Según la concepción de Mandelbrot: algo irregular, quebrado, interrumpido. El objeto está en su propio espacio interior.

“La geometría euclidiana se diferencia de la geometría fractal en que la primera se compone de construcciones continuas, mientras que la segunda está constituida por elementos estructurales partidos. El principio de localidad, que proviene de la física y que se ha infiltrado en la estética, demuestra que las configuraciones naturales no surgen a partir de un planeamiento global de la forma externa. Las formas naturales cobran existencia sólo a causa de una acción, interna a la misma forma, que procede de un punto vecino. Cada lugar fractal se diferencia del resto en muchos detalles nuevos, que consiguen una mayor precisión y nitidez en pasos. He ahí nuestra perspectiva fractal.” (Holger Van den Boom y Felicidad Romero, Arte fractal. Estética del localismo)

## Diagnósticos multiaxiales en la Psiquiatría contemporánea y aportes desde algunos autores que reformulan el Psicoanálisis

En Psiquiatría, desde una perspectiva multiaxial, inaugurada con los sistemas clasificatorios del DSM III, cuando distintos síntomas co-ocurren, si ellos indican la presencia de dos distintas entidades clínicas o si ambos son los componentes de un desorden simple y único es más un tema de especulación, ya que conocemos poco acerca de la relación entre la etiología y la patofisiología de la enfermedad mental. (Pincus H, Tew J jr., First M. 2003)

Algunas de las razones residen en la estructura misma de algunos sistemas de clasificación. Los sistemas categoriales escinden comportamientos y síntomas en numerosos distintos diagnósticos y emplean pocos diagnósticos excluyentes. Y estas perspectivas, a su vez, deberían aportarnos el mejor punto de vista para emprender el trazado de estrategias y no oscurecer el foco. A su vez, la población consultante puede señalar su foco de atención de acuerdo a lo que haya oído sobre ese profesional o ese servicio, o modular su sintomatología por la publicidad y los medios masivos de comunicación o, más modernamente, las redes sociales.

Por ejemplo, actualmente, los pacientes no buscan tratamiento por una fobia simple.

La estrategia de diagnosticar un máximo de comorbilidad no redundará en optimizar las condiciones de una mejor práctica clínica. La subjetividad del investigador estará ineludiblemente presente. Una pretendida clasificación atórica no es posible.

Complejizando la mirada, profundizando las particularidades de cada caso, Sylvie Le Poulichet habla -a propósito de las toxicomanías, trastornos de la conducta alimentaria y ciertos episodios somáticos- de “figuras del cuerpo” en las cuales se objetiva un tratamiento “del tiempo que no pasa”.

Estas formaciones narcisísticas que aluden a enclaves o abismos temporales no se constituyen en organizaciones. Se injertan en organizaciones neuróticas o psicóticas instalando allí una forma radical del tratamiento del tiempo.

Esto hace fracasar la posibilidad de constitución de un síntoma en el sentido psicoanalítico; por lo tanto, no se pronuncia simbólicamente la verdad enmascarada de un deseo, más bien se produce una vuelta sobre el yo o se pone al tesoro de significantes entre paréntesis.

“Lo que no cesa, inviste directamente una figura del cuerpo.... Se consuma en acto un devenir circular” (Le Poulichet S. Op. cit: 53)

Es, según esta perspectiva, “un cuerpo por rehacer todos los días”.

## Conclusiones

Tres pilares guiaron este escrito:

- 1) Testar al Psicoanálisis y a la Psiquiatría en relación a los paradigmas vigentes: la noción de paradigma tiene más de veinte significados aceptados en los documentos científicos. Ni la Psiquiatría ni el Psicoanálisis son actividades contemplativas. Hay un intento, en ambas, de modificación de la realidad, lo más asertivamente posible. Difieren en el concepto de realidad que manejan pero no en su peso. Hay, aquí, una articulación entre eficacia y eficiencia. Tanto para una disciplina como para la otra, la noción de verdad o el valor de verosimilitud guía el camino de la investigación y el trazado de estrategias. El concepto de *inconsciente* significó un cambio de paradigma en la historia de la Psiquiatría. En *ciencia normal*, los desarrollos de los protocolos de investigación permiten ampliar el campo de aplicación. Diversas *anomalías* (Kuhn) hacen entrar a los investigadores y a las disciplinas en períodos de *ciencia extraordinaria*. Las sucesivas corroboraciones y refutaciones van creando históricamente la idea de un conjunto de leyes de aplicación específica consensuadas por la comunidad científica y constituyen, en ese punto de novedad, un cambio de paradigma. La nueva perspectiva que introdujo la lectura psicoanalítica permitió situar la función del lenguaje en la cultura y en la producción sintomática. La vida psíquica pasa a consistir y co-existir en el lenguaje como representación. La heterogeneidad del sistema representacional: biológico, cultural y vincular, no les impide a las partes componerse, tratarse mutuamente, imponerse condiciones, suplementarse, aunque no compongan una uni-

dad unívoca. La transmisión generacional asegura, en el concepto mismo de *transmisión*, la perdurabilidad de la historia, la pertenencia a un linaje. Los aportes de René Kâes, muy valorados en nuestro medio, permitieron, a su vez, centrar el interés en los procesos dinámicos de la cadena asociativa grupal y en los fenómenos sociales leídos a la luz de la teoría psicoanalítica. El desarrollo local inicial lo inauguró Pichon Rivière con su concepto teórico del ECRO (Esquema Conceptual Referencial Operatorio). Los grupos son leídos desde los efectos de sentido producidos en la misma dinámica grupal. Todos estos fuertes descentramientos redefinen la relación del hombre y la cultura en relación a los conceptos de salud y enfermedad. La salud, definida por Pichon, se refiere a la disponibilidad de tener una adaptación activa a la realidad con capacidad transformadora de la misma y con receptividad transformante por parte de ella. La idea de enfermedad se emparenta con la noción de familia disfuncional, de sistema disfuncional.

- 2) El Psicoanálisis y la Psiquiatría en relación a los procesos de escritura y transmisión: los relatos clínicos son otros cuando la influencia del psicoanálisis impacta en su escritura. La idea de una posibilidad de transmisión lo es también de la experiencia clínica. Cada relación terapéutica singular, “sin memoria y sin deseo”, pone a prueba, más de lo discretamente confesable, los modelos teóricos que usa el escribiente para hacer novela donde sólo hay fragmentos. Derrida habló del “mal de archivo”, situación en la que el ser humano no puede dejar de representar-se a otros y a sí mismo. Dirá Derrida: “*Los desastres que marcan este fin de milenio son también archivos del mal... disimulados o destruidos, prohibidos, desviados, reprimidos... Ningún poder político es sin control del archivo, cuando no de la memoria*”. Tomando otro sesgo, en este caso proveniente de la literatura latinoamericana y, usando la teoría psicoanalítica en sentido amplio, Gabriel García Márquez hablará de “esa maldita manía de contar”. Una pizca de entusiasta necesidad de hablar lleva el interés de los hombres al campo del diálogo psicoanalítico. La atención flotante de quien escucha es atención ávida de palabras, de relatos, de giros, de actos fallidos, de equívocos, de lapsus, de zonas oscuras del relato alocado de quien asocia y no piensa, asocia y no reprime. La poética dará, en fin, a nuestros relatos clínicos, el mapa estético en el que se dirimen los dramas humanos. No es otra cosa que la perspectiva de lo bello, lo bello escondido como fuerza creadora, la que hará posible ver lo esencial.
- 3) El Psicoanálisis y la Psiquiatría en relación al concepto de trauma social: revisión del concepto del Síndrome por Estrés Postraumático (SSPT): Si pensamos en los componentes de trauma psicosocial en América Latina y en cómo esos elementos de lo social impactan en nuestros jóvenes, nos preguntamos: ¿Dónde se encuentra el daño que visiblemente forma parte de un proceso social y deja, a su vez, cuerpos concretos destruidos, marcados, enfermos, a veces, por generacio-

nes? ¿El daño está en el espacio intrasubjetivo, intersubjetivo o transubjetivo? ¿Están enfermos o dañados los individuos o las sociedades?

Nos preguntamos, también: ¿qué pasa hoy con la inseguridad en nuestro medio? La violencia crónicamente establecida produce parálisis y ciertas estructuras psicopatológicas parecen responder con su organización a esa parálisis “mental”. Anomia, adicción, conductas suicidas, raptos impulsivos, avincularidad, etc. Algunas personas, algunos jóvenes, se hicieron personas en el espacio del trauma social.

Para entender qué nos pasa en América Latina con este Siglo XXI basta con pensar en el lugar que ocupamos los hombres que habitamos esta situación. Empresa ésta nada fácil ya que los cambios se realizan muy velozmente y la información está muy banalmente hiper-dimensionada. No se alcanza a comprender si todos estamos tomados por los mismos íconos de esta globalización controlada, a la que Zygmunt Bauman califica de “modernidad líquida” o a la que Negri y Hardt aluden al hablar de “Imperio”. Ya el Psicoanálisis nos atraviesa como patrimonio cultural. Bastará con hacerle un lugar en los enfoques sanitarios si es que el concepto de salud continúa siendo un enunciado social. Pero este propósito no alcanzará si es que no hacemos también un lugar a la revisión de algunos de sus enunciados de los que nos hemos servido hasta acá. Como dice Stagnaro en su artículo del año 2004: la Psiquiatría está en “crisis”.

### ¿En qué crisis estamos?

“Hay crisis y crisis. Las que adquieren la forma de un devenir caótico pertenecen al segundo tipo. Porque al primero pertenecen las crisis cuya entidad se reduce a ser pasaje entre una configuración y otra... La crisis como devenir caótico reseña unas condiciones donde, si bien hay descomposición de una totalidad, nada indica que esa descomposición esté seguida de una recomposición general, diferente en su forma pero idéntica en su función totalizadora. Así pues, la crisis actual posiblemente sea de este segundo tipo.”

Pensemos, por ejemplo, en la llamada “crisis adolescente”. Muchos de nuestros adolescentes pobres, en Latinoamérica, no saben qué cosa es la adolescencia. No tienen condiciones de amparo propicias para generar ese espacio de cuestionamiento al orden instituido, cuestionamientos estructurantes del cachorro humano, espacio al que solíamos llamar “adolescencia”. En general, deben salir a trabajar precocemente. Asimismo, es común la sexualidad sin cuidados y, por lo tanto, algunas de las indeseables consecuencias. No son, entonces, los ideales paternos los que son cuestionados sino la realidad que entra traumáticamente. Además hoy hay menos espacios instituidos. Si sumamos a estas variables la investigación propia de los efectos de la represión política, la desaparición de los pueblos aborígenes, las condiciones de precarización del sector debido a factores económicos diversos y a factores de sometimiento político a estructuras extra nacionales más

---

poderosas, tenemos ahí un particular fenómeno de “síndrome de stress postraumático” que bien puede situarse en el espacio intersubjetivo y transubjetivo.

Un paciente joven de extracción social muy pobre, consumidor de diversas sustancias de uso legal e ilegal me decía que él “*tomaba merca y pastillas para quedarse tarado*”. Si insistimos, muchos jóvenes y también sus padres, nos dicen que la culpa la tiene “*la junta*”; para decirlo en un lenguaje más comprensible: “el grupo”. Decía un paciente joven, mostrándome sus antebrazos con cicatrices de cortes: “*Me tajeo los brazos para no agarrarme a piñas...*” “En todos los casos se trata de la humanidad ante la prueba de la subjetivación” (Badiou).

Otra enunciación ejemplificadora: Juan es padre de un paciente drogodependiente, está desocupado, tiene muy poca instrucción escolar, habita en un barrio de villa de emergencia de las afueras de la ciudad de Buenos Aires. Dijo en una sesión de grupo (nominada: Grupo de Orientación de Familiares de Pacientes Drogodependientes): “*Para entender lo que les pasa a nuestros hijos tenemos que mirarnos para adentro y pensar qué quisimos hacer como padres. No se trata solamente de ver lo que estamos haciendo ahora... sino lo que pensamos, yo fui muy pasivo.*”

¿Estaríamos autorizados a considerar toda la Psiquiatría pre-freudiana como pre-histórica? Algún autor ha opinado que ésta sería una postura ingenua.

En este Siglo XXI la Salud Mental es multidisciplinaria. Ahora bien, ¿hay que decretar la multidisciplinaria? ¿Éste será, entonces, el fin de la ciencia? ¿El fin de las incumbencias disciplinares?

Propongo un pensamiento y horizonte transdisciplinarios y una práctica clínica multi e interdisciplinaria. La salud es una sola. Las investigaciones deberían ser conjuntas y estar dedicadas a nuestras prácticas clínicas más directas.

Un equipo multidisciplinario permite:

1. Construir redes.
2. Aumentar el grado de tolerancia a la frustración en el abordaje de problemáticas crónicas.
3. Repartir la agresividad contenida o desplegada en cada consulta.
4. Generar hitos que marquen, por un lado, la historia del grupo y, por otro, la historia del equipo con ese caso.
5. No recomenzar de cero cada vez, a los fines de profundizar la investigación prospectiva.
6. Contener las crisis.
7. Redistribuir responsabilidades sin burocratizar y diluir las mismas, apostando a relaciones de confianza y respeto en la diversidad. Cada uno aprende y aprehende con qué códigos y paradigmas se manejan las otras disciplinas.

“Si la mejor manera de evitar los efectos de la institución total era su desmantelamiento, la mejor manera de evitar los efectos desmembradores de la práctica comunitaria es la coordinación, o mejor, la articulación de recursos”....”Muy frecuentemente las relaciones interactivas entre profesionales y disciplinas tienden espontáneamente hacia actitudes más próximas a la dominación que

a la cooperación. Disminuye dicha tendencia cuando los sujetos pretenden lograr algo con la conciencia de que ninguno de ellos aisladamente lo podrá alcanzar”. (José Leal Rubio, “Salud Mental y diversidad (es): trabajar en red”, Rev. Vértex, Vol XVI, N° 60, Mar-abril 2005)

José Leal Rubio es psicólogo, especialista en Psicología Clínica, Ex Director de los Servicios de Salud Mental, Hospital de Llobregat, Barcelona.



---

## Referencias bibliográficas

Becker, Beltrán, Bo de Besozzi y col: Intervenciones en situaciones críticas. Prácticas interdisciplinarias. Vol. I, "Aproximación psicoanalítica al desorden postraumático", pp. 207:238, Vol. II, "Implicancia subjetiva en las investigaciones del trauma social", pp. 73:91, "Práctica y ética psicoanalítica dentro de un contexto político", pp. 93:104, Ed. del autor, Argentina, 2003.

Berrios G: "La epistemología y la historia de la Psiquiatría" en Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XV, N° 55, Ed. Polemos, Argentina, Mar-Abr-May 2004.

Ellenberger H: "La ilusión de una clasificación psiquiátrica", L'Evolution psychiatrique, vol. 28, N° 2, 1963, pp. 221-242. Publicado por Rev. Vertex, Vol. 15, N° 55, marzo - abril, año 2004.

Fenoglio H: "Cuerpo y palabra. Breves reflexiones sobre la relación entre la Psiquiatría y el Psicoanálisis" en Actualidad Psicológica, año XXIX, N° 316, Miguel Kohan Ed, Argentina, En-Febr 2004.

Foucault M: El poder psiquiátrico, Curso en el Collège de France (1973-1974), 1º ED, Fondo de Cultura Económica SA, Buenos Aires, Argentina, 2005

ILAS: Trauma psicosocial y adolescentes latinoamericanos. Formas de acción grupal, "Trauma, duelo e identidad", pp. 66.104, Ed. CESOC, Chile, 1999.

Onofrio G. B: Co autora del libro: Del Fragmento a la Situación. Notas sobre la subjetividad contemporánea. Ed. Grupo Doce, Buenos Aires, Argentina, noviembre de 2001, 1ª edición.

"Anorexia nerviosa y voracidad social. Las cacerolas en el espacio público", en Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Tomo XXV, N° 2: 62-90, Buenos Aires, 2002.

"Problèmes diagnostiques chez les adolescents", Rev. Nervure, Le Journal, Tomo XV, N° 9: pp. 1,14-15, G. Massé Ed, París, Francia, 12/2002-01/2003.

Co autora del libro: Interdisciplina. La escucha psicoanalítica en Psiquiatría. Tomo IV. Intervenciones en una sociedad en crisis, Letra Viva Editorial, Buenos Aires, junio de 2003.

Rubio J.L: "Salud Mental y diversidad (es): trabajar en red", Rev. Vertex, Vol XVI, N° 60, Argentina, Mar-abril 2005

Stagnaro J. C. "Crisis de la Psiquiatría" en Revista Topía, año XIV, N° 40, Argentina, Abril de 2004.

"De la neurosis traumática al trastorno por stress postraumático" en Desarrollos de la Psiquiatría Argentina, Año 3, N° 5, Órgano del Instituto Superior de Formación de Postgrado de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, Argentina, Mar-Abr 1998.

Zelzer M: La Representación. Del paciente y del terapeuta en la sesión psicoanalítica. Ed. Polemos, Buenos Aires, 1ª Edición, 2002.

Grupo 12: Del Fragmento a la Situación. Notas sobre la Subjetividad Contemporánea., Ed. Del autor, Buenos Aires, Noviembre de 2002.



# Obstáculos en lo social de los lazos socioculturales | *Social obstacles of the sociocultural bonds*

## Resumen

Una práctica como el psicoanálisis, que lleva muchas décadas de ejercicio en distintos ámbitos, al extender su radio de acción a nuevos territorios requiere de lógicas de implementación. Las nuevas manifestaciones subjetivas constituyen paradigmas de lo social y plantean problemas con dificultad de reflexión y dominancia de conflictos actuales con la realidad, congelados en una especie de presente vivencial sin asociar con la historia del sujeto.

Tendencia del pasaje al acto la palabra en su función de cura se hace limitada. La salida a la comunidad priva a los profesionales del marco protector y a la vez alienante que suponen las instituciones, los edificios y el quehacer clínico, y los enfrenta a una realidad que no está subdividida en especialidades, porque cuando uno recorre una región no se encuentra con las líneas punteadas que marcan las divisiones políticas que se destacan en los mapas. Todo esto supone una vacilación a veces angustiante de las identidades profesionales que no deja de tener un efecto benéfico, cuando en un segundo tiempo de recomposición nos vemos obligados a repensar, y a preguntarnos más allá de los clichés cotidianos, en qué consisten los elementos diferenciales que dentro de un campo interdisciplinario marcan lo específico de cada práctica.

## Palabras clave:

Lazo social, malestar social, confianza versus desconfianza

## Abstract

*A practice like Psychoanalysis that has many decades of exercise in different areas when extending its scope to new territories requires new ways of implementation. There is a great tendency to enactment which makes the effectivity of talking cure very limited. New subjective manifestations become social paradigms and pose problems that are difficult to consider and there is a predominance of frozen conflicts with reality with no association to personal history. Working in the community deprives the professionals of the protective and also alienating frame that provides institutions involving buildings and clinical work and faces them to a reality that is not divided in specialties because when you walk through a region you do not find the lines points that mark the political division that stands in the map All these produces hesitation sometimes distressing professional identities not without a beneficial effect when in a second recomposition we are forced to rethink and question beyond everyday cliches which are the elements within an interdisciplinary frame that defines the specificity of each practice.*

## Key words:

*Social links, social discomfort, trust versus distrust*

## Dra. Cecilia Moise

Médica Psicoanalista, Miembro Titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) y *Full Member* de *International Psychoanalytical Association* (IPA). Diplomada en Salud Pública (UBA). Coordinadora de el Capítulo Psicoanálisis, subjetividad y comunidad (APA\_ APSA). Autora de Prevención y psicoanálisis. Propuestas en salud comunitaria (Paidos) Estado, salud y desocupación. De la vulnerabilidad a la exclusión en co-autoría (PAIDOS), Pensando la institución en co-autoría (El Escriba) y numerosos artículos y aportes nacionales e internacionales. [ceciliamoise@fibertel.com.ar](mailto:ceciliamoise@fibertel.com.ar)

## Dra. Laura Orsi

Médica UBA Psicoanalista Miembro Titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) y *Full Member* de *International Psychoanalytical Association* (IPA) Coordinadora de la Comisión de Prensa y Difusión (APA)- Coord. del Grupo de investigación de APA "Cultura web modernidad tecnología y psicoanálisis" e Integrante del Grupo de investigación APA Psicoanálisis y Comunidad: "Diferentes enfoques sobre Prevención" (coord. por Lic. Luis Oswald) Vicepresidente en el Capítulo de "psicoanálisis Subjetividad y Comunidad" APA/APSA (en formación). Ex secretaria del Capítulo de Drogadependencia y Alcoholismo de APSA -y vocal en el de Psiquiatría y Ley de APSA -Terapeuta individual y grupal y Talleres de Prevención de Adicciones en Educación y la Comunidad -Coautora del Libro "Psicoanálisis y Sociedad" Teorías y Prácticas-Ed. Continente 2007--Asesora Legislativa área Cultura y Salud Mental -MN:43188 <http://www.psicoanalisisycomunidad.blogspot.com>- [lorsi@intramed.net](mailto:lorsi@intramed.net)

## Lic. Jacqueline Denise Abraham

Lic. en Psicología UBA Egresada de la Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados Docente UBA Terapeuta de adolescentes adultos y familia Posgrado en Mediación UBA Posgrado en Periodismo y Comunicación Médica UCA Posgrado en Negociación UBA Miembro de los grupos de investigación APA Psicoanálisis y Comunidad Diferentes enfoques sobre Prevención coordinado por Lic. Luis Oswald y Cultura Web modernidad tecnología y Psicoanálisis coordinado por Dra. Laura Orsi. Integrante del Capítulo Psicoanálisis Subjetividad y Comunidad APA APSA. Coautora del libro Psicoanálisis y Sociedad Teoría y Práctica Ed. Continente 2007 - [jackiea36@gmail.com](mailto:jackiea36@gmail.com)

## Dra. Lía Ricón

Miembro Titular en función didáctica (APA) Directora de la Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría (UBA). Profesora Titular del Dpto. de Neurociencias Universidad Favaloro. Profesora Titular Consulta del Dpto. de Salud Mental (UBA) Directora de Docencia (INEBA. Instituto de Neurociencias de Buenos Aires). Autora de numerosos libros y artículos escritos en libros y revistas especializadas. Asesora Científica del Capítulo Psicoanálisis; Subjetividad y Comunidad (APA- APSA) - [ricon.lia@gmail.com](mailto:ricon.lia@gmail.com)

## Dr. Edmundo Saimovici

Médico (UBA) Psiquiatra (APSA) Miembro Titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) Diplomado en Salud Pública de la UBA. Autor de numerosos artículos escritos en libros y revistas especializadas. - [saimovi@yahoo.com.ar](mailto:saimovi@yahoo.com.ar)

## Lic. Luis Oswald

Psicólogo Clínico, Miembro Adherente de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Secretario del Espacio de Autor Ronald Fairbairn de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Coordinador del Grupo de Investigación Psicoanálisis y Comunidad de la Asociación Psicoanalítica Argentina, profesor Titular de Técnica Psicoanalítica II del Centro de Investigaciones y Prevención de los Accidentes. Adherente de APSA y miembro del Capítulo Psicoanálisis; subjetividad y comunidad (APSA). Autor de diversos artículos publicados en libros y revistas psicoanalíticas. - [luisoswald@arnet.com.ar](mailto:luisoswald@arnet.com.ar)

## Lic. Gladis Mabel Tripcevich Piovano

Lic. en Psicología. Universidad de Belgrano. Auxiliar en Estadística aplicada a la Psicología. Sexóloga Clínica. Magíster en Psicoanálisis. APA-CAECE. Miembro Titular de Función Didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Premio Baranger Mom 1999. Mención. Libros publicados: "Sentidos del Tercer Milenio" Poesía. (2005). "Envidia: ¿roca viva o un enigma de la clínica y el ser social?" Un Estudio psicoanalítico para intentar su develación" (2007). "Psicoanálisis y Sociedad- Teoría y prácticas" co-autora. (2007). [mabeltripcevich@gmail.com](mailto:mabeltripcevich@gmail.com).

---

## Introducción

Una práctica como el psicoanálisis, que lleva muchas décadas de ejercicio en distintos ámbitos, al extender su radio de acción a nuevos territorios requiere de lógicas de implementación. Las nuevas manifestaciones subjetivas constituyen paradigmas de lo social y plantean problemas con dificultad de reflexión y dominancia de conflictos actuales con la realidad, congelados en una especie de presente vivencial sin asociar con la historia del sujeto. Tendencia del pasaje al acto la palabra en su función de cura se hace limitada.

La salida a la comunidad priva a los profesionales del marco protector y a la vez alienante que suponen las instituciones, los edificios y el quehacer clínico, y los enfrenta a una realidad que no está subdividida en especialidades, porque cuando uno recorre una región no se encuentra con las líneas punteadas que marcan las divisiones políticas que se destacan en los mapas.

Todo esto supone una vacilación a veces angustiante de las identidades profesionales que no deja de tener un efecto benéfico, cuando en un segundo tiempo de recomposición nos vemos obligados a repensar, más allá de los clichés cotidianos, en qué consisten los elementos diferenciales que dentro de un campo interdisciplinario marcan lo específico de cada práctica.

La explosión de los límites disciplinarios, que cual sólidos muros fueron levantados, hace que actualmente, cuando escuchamos a un expositor, no sepamos a ciencia cierta cuáles fueron sus orígenes de formación. Y a pesar de que todos terminamos sabiendo un poco de todo, cada tanto nos surge la necesidad de preguntarnos si nuestro aporte al concierto general tiene o no cierta especificidad desde una perspectiva disciplinaria. Algo que ha penetrado profundamente en el psicoanálisis son las patologías de carencia. Planteamos lo del desamparo, lo de la orfandad: dos niveles cualitativamente distintos de carencia una de las peripecias personales de una vida traumatizada por carencias y otro lo inhóspito del medio histórico social que genera otro tipo de necesidad de cobertura. ¿Qué hacer con lo social? Cada cual tiene que ser sí mismo. Uno elabora cada teoría de una manera absolutamente personal. Cargamos entonces el desconcierto y lo actual con connotaciones negativas. La cuestión sería no manejarse con polaridades binarias sino con la lógica de la complejidad. Ver como incluimos permanentemente lo social en las situaciones singulares que tenemos en esta intimidad del consultorio. ¿Interpretamos al paciente la ausencia o represión de valores sociales o familiares debidas a la supresión; por lo que todo es presente?

## Psicoanálisis aplicado al concepto de lazo social

La noción de “obstáculo sociocultural” implicaría según Assoun, “una extrapolación, una transferencia fructífera de su uso en la interpretación psicoanalítica a las ciencias de la cultura”. Esta “aplicación” ya la realizó Freud con la convicción de que el psicoanálisis es un método de investigación que exige probar su empleo en el campo de las ciencias sociales.

Proponemos entonces en aras de la búsqueda de especificidad y legitimación, y donde se destaca un cierto “deber ser” respecto a la rigurosidad exigible a la hora de jerarquizar los instrumentos específicos de la práctica, pensar el concepto de obstáculo sociocultural.

Al introducir el punto de vista del inconsciente, el psicoanálisis ha modificado de manera radical el saber del hombre.

Como plantea Assoun “aplicar” significa “emplear un procedimiento” -un “medio”, o un “método”- para alcanzar un fin digamos empírico. Es aplicar en algo otra cosa que damos por sabida porque está probada y comprobada en sí misma. Esto implica la idea de extrapolación de un terreno a otro, sobre la base de una transferencia fructífera de un uso a otro como modo de empleo.

Como es fácil adivinar, lo decisivo es la naturaleza, objeto y modalidades de tal “transferencia” que debe apoyarse en una “analogía” sin exponerse a los riesgos de una “extrapolación” inadecuada. Queremos también destacar el valor del hombre como persona de trabajo.

Empezar hablando de la salud social que empieza a dar valor entonces a lo que es la vida humana y lo que representa un hombre para su familia y la sociedad, destacando el valor que adquiere como valor económico. ¿Tomamos posición frente a los roles cambiantes en la familia de hombre-mujer?

Salud y enfermedad varían y se alternan permanentemente pero las comunicaciones en la actualidad han hecho de que todos seamos enfermos. ¿Tendríamos que pensar nuevos paradigmas?

El estado benefactor fue reemplazado por el estado neoliberal, el estado del mercado, esto repercutió en los sistemas de salud, en las formas de atención, en la práctica concreta de nuestra acción social como profesionales. Pues existe la paradoja de que por un lado el aumento del malestar subjetivo que provoca mayor consumo (en medicamentos, consultas medicas, bienes) y por otro la devaluación de la reflexión como instrumento, ocasionando un tipo de demanda reacia a mirarse a sí misma.

Por otra parte la salud está reducida a ser un valor de mercado. Terapeutización de la vida cotidiana y especialmente biológica. El DSM fue incorporando sanos en esto, pero esto no funciona, es el paradigma que nos propusieron pero pensamos que está en vías de extinción. ¿Nos sirven los conceptos de salud y enfermedad del DSM IV? Salud Mental con mayúscula es un área de la salud pública, salud mental con minúscula, con lo difícil que es definir salud y mental, es una dimensión de la salud integral.

Por otra parte la persona y la personalidad “real” del analista (Fairbairn), instrumentadas psicoanalíticamente, son un factor importante que cura y puede enfermar en el proceso analítico, sobre todo en la patología actual, adicciones, borderline y psicosis. Recordar que Racker nos hablaba de la neurosis de transferencia y contratransferencia para las neurosis, hoy lo podemos extender al resto de las patologías. La importancia de la historia personal del analista en su trabajo en la sesión y en su obra. Vale decir cómo influye la historia familiar, personal, cultura y la sociedad circundante del analista en su trabajo y en su obra. Y por otra parte, cómo influyen la persona y la personalidad “reales”

---

del analista en la transferencia-contratransferencia durante la sesión y durante el proceso analítico, o sea cómo lo antes mencionado es implementado a través de la interpretación y de la experiencia emocional correctora en la cura analítica. En síntesis, cómo las variables reales externas influyen en los resultados del proceso terapéutico.

## El malestar social

“El psicoanálisis se pregunta porque hay un malestar en la cultura, que hace que la tendencia del hombre a la felicidad, se vea tan contrariada”. El psicoanálisis está fundamentalmente insertado en la cultura de su tiempo, por lo tanto acompaña, las nuevas problemáticas sociales: patologías del vacío (depresión, droga, suicidio y embarazo adolescente, patologías alimentarias) y patologías psicosomáticas, en aumento. El hombre moderno ha quedado “fuera de su lugar”, a merced de la depresión y el stress, por la aceleración que le impone la vida moderna, que no le permite la reflexión y lo empuja a la acción. Las terapias breves y los psicofármacos están en sintonía con la época, sin tiempo para pensar; por qué permiten disminuir el tiempo, y el costo social, apuntando a “la curación” del sujeto pero olvidándonos de él en este mundo globalizado. ¿Qué podríamos hacer como psicoanalistas en el ámbito de la Prevención? ya que hay sujetos que sufren por la renuncia exigida por la cultura y otros que tienen problemas por ser excluidos de ella.

La vida con el otro es difícil, pero sin el otro es imposible. Lo que nos hace humanos es la capacidad de construir lazo social. Ha habido una fragmentación, dislocación y un creciente sentimiento de desconexión de los demás en la cultura contemporánea.

Consideraremos tres grandes cambios sociales de importancia. A partir de Freud, la contratransferencia ha merecido una atención creciente por parte de los psicoanalistas, especialmente en la medida en que la cura se ha ido interpretando y describiendo cada vez más como una relación, y también por la extensión del psicoanálisis a nuevos campos, el análisis de los niños y de los psicóticos (Laplanche y Pontalis). Nosotros agregamos la extensión al campo de la terapia de las familias, los grupos y sobre todo al campo de lo social.

Freud (1925 [1924]) nos enseña “La transferencia es un fenómeno humano universal, decide sobre el éxito de cada intervención médica y aun gobierna en general los vínculos de una persona con su ambiente humano”. Es decir por donde lo abordemos la transferencia-contratransferencia se da no sólo en la situación analítica, sino también en todas las relaciones humanas, por lo tanto adquiere la característica de social en tanto que es un fenómeno universal, dada inseparable de la dialéctica vincular, constructora intersubjetiva de los seres humanos.

“No hay una subjetividad privada”, dice el sociólogo británico Nicolás Rose, profesor de la London School of Economics considera a los individuos contemporáneos “seres neuroquímicos” que conciben su subjetividad como resultado de la química cerebral y abrazan las posibilidades de modificarla mediante sustancias psicoactivas. Si bien alerta sobre las limitaciones y falsedades de esta cultura psiquiá-

trica, Rose tampoco ahorra críticas al psicoanálisis, al que le reclama “abrirse a la evaluación empírica de sus resultados dice: En cierta manera, cómo son los individuos, su subjetividad, depende efectivamente de los lenguajes y los sistemas para juzgar que tienen disponibles. Sólo es posible conocerse a sí mismo a través de un lenguaje público. No hay una subjetividad privada original que esté ahí esperando ser liberada. Todo esto bajo la autoridad de cierto tipo de experto, el médico... el desarrollo de la subjetividad contemporánea es hacia lo que llama “individualidad somática”. Mi argumento es que en las últimas décadas del siglo XX los individuos empezaron a pensarse cada vez más como criaturas biológicas y a prestarle mucha atención a su existencia corpórea.

Esculpiendo el exterior de sus cuerpos por medio de dietas, ejercicio, incluso tatuajes y el interior mediante comida sana, tratando de entender y tomar medidas para mantenerla. Hoy es rutina en muchas sociedades modificar el humor, las sensaciones y los deseos mediante el uso de drogas psiquiátricas. No las tomamos sólo si sufrimos de desórdenes psiquiátricos graves, sino porque nos sentimos algo deprimidos, o porque queremos hablar en público y no queremos que nos tiemblen las manos, por ejemplo. La creencia de que podemos modificar nuestro modo de estar en el mundo actuando sobre nuestra química neuronal se ha vuelto aceptado y rutinario.

La manera en que estas drogas funcionan ha sido difundida ampliamente. Si uno está deprimido, es porque tiene bajo el nivel de serotonina y el problema pasa a ser cómo elevarlo. En suma, uno empieza a pensarse a sí mismo y a sus humores en términos neuroquímicos.

Hay que entender que todas las disciplinas “psi” implican históricamente sistemas de autoridad, porque involucran a expertos que saben más sobre los trastornos que los propios individuos que los sufren, y que entran en una relación de autoridad con esos individuos para enseñarles, para entrenarlos, para transformarlos de alguna manera.

- 1) La decadencia gradual y el derrumbamiento de las antiguas comunidades estables, las cuales sin idealizarlas proporcionaban a una gran cantidad de individuos muchas de las experiencias positivas de sus vidas. Otorgaban una base segura para desarrollar una identidad a través de sentimientos de pertenencia, de ser conocido y reconocido, de estar dentro y no ser un intruso, compartiendo sentimientos de solidaridad y apoyo en momentos difíciles.
- 2) La ruptura familiar causando un trauma emocional. Las identidades individuales también pueden desintegrarse como consecuencia de sentimientos de pérdida y pesar asociados con la desorientación, culpa, ira, ansiedad e indefensión.

Las nuevas formas de organización familiar en la sociedad actual puede ser vivida tanto para los padres como para los hijos como una grave agresión a la identidad.

- 3) El ataque político en el mundo occidental, contra lo que se ha conceptualizado como dependencia respecto de la asistencia social y la adquisición de bienes de consumo ha desempeñado un papel importante en el

---

fomento de identidades narcisistas-hedonistas. Esto genera una brecha con experiencias no resueltas de pérdida y separación. Mermando también otras fuentes nutricias de identidades basadas en redes satisfactorias y de sostén de los vínculos dentro de la familia, la comunidad y la sociedad.

### Un problema: la confianza

Los ámbitos y las formas de construir ese lazo social han cambiado rápidamente, y también se han erosionado algunas de las condiciones de la construcción de dicho vínculo. Si hay un componente cuya presencia es requisito, este es el de la confianza; confianza en el otro, sea este otro; una persona, una institución o una idea.

Los acontecimientos que hemos vivido en las últimas décadas han minado con razón esa dimensión de la credibilidad en el otro que encarna la confianza para instalar su opuesto; una desconfianza a priori. La falta de confianza se volvió condición de existencia.

Se trata en todo caso de ponernos a pensar como, desde el lugar de cada uno de nosotros, reconstruimos entramados colectivos que nos permitan reconocernos a nosotros y al otro en esa trama.

### Interrogantes abiertos

Los analistas somos personas que vivimos, ejercemos nuestro trabajo en una sociedad determinada, en un momento histórico determinado, con la que interaccionamos más allá de lo que podamos aprehender. ¿Y esto no nos condiciona en lo laboral y lo personal? ¿No requiere del análisis, o mejor, del psicoanálisis? ¿Una sociedad tiene mecanismos inconscientes de funcionamiento? ¿Si los tiene establece transferencias con sus integrantes? ¿Y si de esos integrantes tomamos la persona del analista habrá transferencia? ¿Una sociedad transfiere sus modos de funcionamiento inconscientes en los analistas que viven y desarrollan su actividad en ella? ¿El analista no siente ese “conjunto de las reacciones inconscientes” en él que han de interferir en su trabajo terapéutico? ¿Los cambios sociales inciden positivamente o no sobre la evolución de los tratamientos? Estaríamos, entonces, en otro plano de lo inconsciente, lo social, que requiere de un análisis profundo y complementario. Un plano que abriría un campo muy rico tanto para lo terapéutico como para lo preventivo.

¿No es acaso muy reducido pensar un paciente desde el estrecho marco del consultorio ignorando lo que pasa afuera a menos que pongan una bomba, tiren la torres gemelas o pase un huracán? ¿Hay alguien que puede nacer, crecer sin necesitar una sucesión de otros que aporten a la construcción de su subjetividad? Otros que, en su conjunto, forman parte de esa sociedad.

---

### Referencias bibliográficas

Assoun; Paul Laurent: "Freud y las Ciencias Sociales," Barcelona; Editorial del Serbal; 2003, Pág.100 y siguientes.

Fairbairn WRD (1952) Psychoanalytical Studies of the Personality. London: Tavistock. [Estudio Psicoanalítico de la Personalidad. Buenos Aires: Horme, 3ª edición, 1970].

Freud, Sigmund. "Presentación autobiográfica". Volumen XX, parte IV, Pág. 40. Amorrortu Editores, Buenos Aires 1986.

Freud, Sigmund, "El malestar en la cultura" Volumen XXI. Amorrortu Editores, Buenos Aires 1986.

Grupo de investigación de APA "Psicoanálisis y Comunidad" diferentes modelos sobre prevención: "La protección y pertenencia; una necesidad del sujeto" V Congreso Argentino de Psicoanálisis" Rosario-2005.

"Trauma social y desubjetivación" Jornadas de investigación de APA – Buenos Aires, 2006.

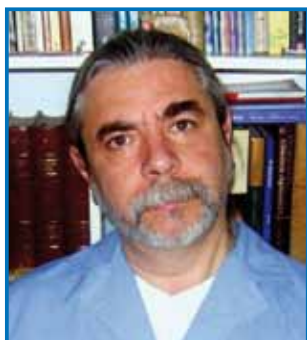
Racker, H. (1969) Estudios sobre técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.



# Entrevista: Dr. Marcelo Gabriel Bono

Director del Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO)

## ENTREVISTA



### Dr. Marcelo Gabriel Bono

El Dr. Bono es médico psiquiatra (UBA) que desde mediados de los ochenta se ha dedicado con sumo interés al alcoholismo y las toxicomanías. Actualmente -y desde el año 1992- se desempeña como director del Centro Nacional de Reeducción Social –CENARESO- (organismo descentralizado de la órbita del Ministerio de Salud de la Nación dedicado al tratamiento de las toxicomanías), también se encuentra al frente de la Asociación Civil “Grupo del Oeste”, tiene vasta experiencia en docencia, destacándose como Profesor de la especialidad en la Universidad Del Salvador y, recientemente, ha publicado el libro “Toxicomanías. Su clínica y su terapéutica”.

**Dr. Hugo Dramisino**  
Entrevistador

**¿Por qué pensás que aún hoy hay colegas que desconocen el tipo de prestación que brinda el CENARESO a la comunidad?**

Pienso que efectivamente, el CENARESO, aún hoy, aparece como un instituto cuyos alcances en materia de servicios a la comunidad, permanecen poco difundidos a nivel de los colegas. En lo que hace estrictamente a los médicos psiquiatras, sólo en fecha reciente asistimos a un creciente interés, por parte de esta especialidad médica, por acercarse al organismo, participar de su oferta de capacitación, e incluso, y he aquí lo más importante, integrarse a sus cuadros profesionales para trabajar en equipo. Cuando yo llegué al CENARESO, en los años noventa, había solamente tres o cuatro psiquiatras en la planta permanente. Los médicos de guardia, que eran sólo siete, tenían una situación laboral absolutamente precaria y varios de ellos, aún no eran especialistas en psiquiatría. En los setenta, cuando el CENARESO es creado, se preconizaba un modelo de atención al adicto, que se apartaba deliberadamente de lo médico. El fundador y primer Director, Carlos Norberto Cagliotti, quien sí era psiquiatra, sostenía por aquel entonces, que el “Modelo Médico” no era el adecuado para asistir toxicómanos. Lo decía muy convencido, y yo lo escuché de sus propios labios. Durante los setenta y los ochenta, el instituto buscaba de manera específica, apartarse de toda semejanza con la institución psiquiátrica, muy enfáticamente, de todo lo que tuviera aire asilar o manicomial. Al mismo tiempo, la legislación sobre drogas, de corte punitivo, propia de fines de los ochenta, generaba una corriente de pacientes judicializados, que eran remitidos forzosamente al CENARESO, donde desertaban rápidamente de un tratamiento que no querían realizar. Para completar el cuadro, la irrupción de la cocaína, en los ochenta, toma al Estado Nacional totalmente inerte, con lo cual, siendo nuestro organismo, lo único que había, queda sobrepasado por completo, y los recursos del país, se dirigen mayoritariamente a subvencionar programas de autoayuda y comunidades terapéuticas, a las cuales se las quiso ver como el recurso “Príncipeps” para enfrentar la epidemia. Hoy, a la distancia, me resulta hasta cierto punto digno de elogio, el hecho de haberse podido sostener el CENARESO, surcando esas épocas, en la que era diario el batallar para no quedar convertidos en una sucursal del manicomio, ni en un apéndice del Poder Judicial, ni tampoco abandonar la convicción de que los adictos podían y debían ser tratados con recursos profesionalizados. Nunca debemos olvidar, que para esas épocas, ni psiquiatras ni psicoanalistas tenían intenciones de tratar adictos. Y tanto unos como otros, veían con buenos ojos que estos pacientes

---

fueran siempre derivados hacia la autoayuda. El CENARESO puede reclamar legítimamente el sitio que le corresponde, como el ámbito en el cual las toxicomanías, pudieron encontrarse con las profesiones del arte de curar.

**¿Creés que el CENARESO pudo sufrir la “captura de alguna mitificación”?**

Creo que el CENARESO no ha escapado a las consecuencias de su mito fundacional, como nadie escapa nunca por completo, a las consecuencias de sus mitos fundacionales. Más luego, le sobrevinieron otros mitos, externos, que son los que se depositan sobre las drogas y los drogadictos. Entonces, pasamos de ser un instituto nuevo, con un modelo nuevo, superior del modelo médico tradicional, moderno y democráticamente consustanciado con la más vasta interdisciplina, a ser un instituto que se ocupa de incurables, de psicópatas antisociales, que no puede rehabilitar a nadie, porque a los adictos habría que mandarlos a todos a trabajar al campo. Yo he recibido, y no una sola vez, a funcionarios con poder de decisión, que me preguntaban en aquel entonces, allá por los noventa, por qué en el CENARESO no teníamos una fábrica, un taller, un oratorio. Y yo, en cambio, me preocupaba porque no tuviéramos el laboratorio de análisis clínicos, la unidad móvil de traslados, una guardia médica como Dios manda, la farmacia, odontología. No nos entendíamos.

**¿Cómo se explica que en su nombre aparezca el concepto de “reeducción social”?**

Es así, ya que en los setenta, superar el modelo médico y asilar, era ir a una concepción social de las toxicomanías. A una concepción en la que se parte de la base de que en cuestión de abuso o dependencia de sustancias, lo central nunca pasa por lo biológico ni lo psicológico. Sino por lo social. El adicto es visto como un producto de la sociedad que lo engendra. Su desadaptación y desajuste social, así como su conducta auto destructiva, son una respuesta deformada, ante determinantes sociales que lo sobrepasan. Su separación de esos determinantes sociales, a través de una internación prolongada, su tránsito por dispositivos casi todos grupales, a lo largo del tratamiento, y la experiencia vivencial de repasar situaciones traumáticas en un ambiente protegido, debían obrar un efecto reeducador, habilitando al paciente a poder regresar a la sociedad, ahora con herramientas eficaces para interactuar con ella. Así comenzó la historia. Y de allí le viene el nombre. Está desactualizado. Pero es una marca registrada.

**¿Podés explicarnos sucintamente de qué se trata el modelo clínico social?**

Bueno. Sucintamente. No es otra cosa que la fuerte introducción, junto a lo social, de la dimensión clínica que todo paciente conlleva, en su sufrimiento mental. Esto es ni más ni menos, que ocuparse de hacer diagnóstico psicopatológico, hacer diagnóstico de enfermedades médicas, si las hubiera, y

actuar en consecuencia. Sin pasar alegremente a retiro, por supuesto, a los determinantes sociales.

**¿Cuáles son, a tu juicio, los principales cambios que se han dado en el perfil de los pacientes que hoy acuden al CENARESO y aquellos que lo hacían veinte años atrás?**

Básicamente, han sido justamente los cambios que nos han llevado al Modelo Clínico Social. Los pacientes drogadictos de antaño, usaban drogas en la línea de “El Malestar en la Cultura” de Freud o “The Doors of Perception and Heaven and Hell” de Aldous Huxley. Físicamente estaban bastante bien, ya que no usaban cocaína, y la mayoría no eran psicóticos. Eran los verdaderos desadaptados sociales, como fenómeno preminente. Pero hoy, existe una gran cantidad, una enorme cantidad, de personas psicóticas que usan sustancias de abuso y dependencia. Y de personas que utilizan productos de tipo estupefaciente, y pautas de consumo tales, que tienen efectos graves sobre su cuerpo y su salud física. Y debemos ocuparnos de todo esto. Sin duda alguna.

**En el presente, ¿hay una mayor comorbilidad o existe mejor actitud clínica en el diagnóstico?**

Ambas cosas. Lo primero, es hartamente evidente. Lo segundo, quiero creer que es así.

**¿Por qué preferís usar el término toxicomanías?**

La palabra adicción, no remite necesariamente a uso de sustancias. Se puede ser adicto a las apuestas, por caso. Casi nunca uso la palabra adicto. La palabra droga, además, es tan amplia y abarcativa, que no suele designar con precisión las sustancias de abuso y dependencia. Droga es una hormona, un antibiótico, cocaína, LSD, un anticonceptivo, cualquier químico que produzca alteración, o cambios en nuestro cuerpo. La palabra drogadicto, reúne los dos defectos. Drogadependiente, hace demasiado hincapié en la situación de dependencia, quedando por fuera otros tipos relacionales sujeto-droga. Drogodependiente, es demasiado castizo para mi gusto, aunque el prefijo drogo, me gusta, pues me hace acordar a “La Naranja Mecánica”. Las sustancias que usan nuestros pacientes, tienen todas ellas, la propiedad de intoxicar al Sistema Nervioso Central. Son entonces, en primera instancia, tóxicos del SNC. Y nuestros pacientes muestran una gran devoción por su uso. Un furor, o una manía, por su uso. A mí me gusta una palabra que destaque eso. Cuando escucho palabras como toxicómano, o toxicomanía, pienso que quien las emplea, ha delimitado con cierta precisión los límites de lo que desea nombrar. Me suenan más médicas, menos periodísticas, y más eruditas.



---

**¿Cuál es peor amenaza: el paco o las drogas de diseño?**

*El paco es el peor de los compuestos adulterados de la pasta base de cocaína. Es un producto de pésima calidad, que se pone habitualmente al alcance de las clases sociales más pauperizadas. Las drogas de diseño, cuyo prototipo es el MDMA Éxtasis, se ubican habitualmente, en el extremo social opuesto, donde los consumidores son personas de mejor poder adquisitivo, y muy dadas al culto de la propia imagen. En ambos casos, las consecuencias son sumamente negativas. En el caso del paco, seguramente, aún peores, ya que la población es mucho más vulnerable y se halla alejada del acceso a los servicios de salud.*

**¿Cuál es tu postura ante la despenalización del consumo de cannabis?**

*En términos de salud pública, que es lo que a mí me interesa, la despenalización del consumo de cannabis no aportará nada. Ninguna solución. Impacto cero. No habrá más toxicómanos. Tampoco menos. La existencia de sustancias de abuso y dependencia que están penalizadas, como la cocaína y la marihuana, junto a otras que no lo están, como el alcohol y los sedantes, nunca ha generado diferencias dignas de mención, en el consumo de unas y otras, tales que sirvan de base para predecir resultados clínicos en la salud de la población, a partir de medidas jurídicas. Ahora bien, en materia de libertades individuales, y derechos de las personas, se plantea claramente otro tema. A este respecto, y en lo personal, me parece más urgente ocuparse de otras cuestiones, necesidades, y derechos inalienables de todos los ciudadanos, que aún hoy, no se hallan plenamente garantizados. En lo cotidiano, el fallo de la Corte Suprema “Arriola, Sebastián...” ya ha producido fácticamente una realidad despenalizante, que rige visiblemente. A los jueces, en cambio, la despenalización del cannabis les ahorra enorme cantidad de trabajo.*

**En tu carácter de médico experto ¿podés confirmarnos el uso farmacológico del cannabis?**

*Compuestos medicinales basados en el cannabis, pueden ser usados para incrementar el apetito, en pacientes caquéxicos. O para disminuir las náuseas y el vómito en pacientes tratados con quimioterapia oncológica. No superan a otras sustancias conocidas y sin efecto adictivo. Son gotas o comprimidos. No se usa cannabis fumada. Se trata de usos meramente accesorios, o coadyuvantes, en casos en general, bastante extremos. Hasta ahora, no se sabe que el cannabis cure ninguna enfermedad.*

**¿Cuál es tu opinión sobre quienes plantean el diagnóstico de “personalidad adictiva”?**

*Yo nunca he usado ese diagnóstico. Varias personalidades anormales, son sin duda susceptibles de mostrar una mayor inclinación hacia el abuso de sustancias.*

**Según tu experiencia, ¿te parece significativo el correlato que algunos especialistas hacen entre déficit atencional y el posterior uso indebido de drogas?**

*Se observa cierta correspondencia en la casuística reciente. Pero estimo que es aún algo prematuro, concluir que una cosa predispone a la otra. Hace falta reunir más evidencia.*

**¿Considerás que desde las políticas de Salud Pública, más allá de los diagnósticos clínicos, hay que diferenciar a los pacientes toxicómanos, entre aquellos pertenecientes a grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, de aquellos otros, directamente, vulnerados?**

*Sí. Me parece muy acertado para poder establecer las estrategias de la prevención.*

**Retomando aspectos clínicos; ¿creés que las toxicomanías replotan, de alguna manera, los diagnósticos de personalidades psicopáticas?**

*Sí. Creo en eso. Sobre todo si nos referimos al concepto de personalidades psicopáticas que de manera fecunda nos brinda la Fenomenología Psiquiátrica en general, y la psicopatología de Kurt Schneider en particular. En nuestro país se usa mucho la etiqueta de personalidad psicopática, para definir un trastorno en especial, dado por la preminencia de lo antisocial, en diferentes grados, el egoísmo, y la manipulación de los demás. El psicópata clásico, o “psicopatón”. Los psiquiatras fenomenólogos de la tradición de Heidelberg, en Alemania, veían el concepto de personalidad anormal, de una manera mucho más compleja y rica. Schneider es quien describe los tipos de personalidad psicopática o anormal, que aún hoy pueden ser empleados sin ningún forzamiento. En el campo de las toxicomanías, podemos ver a menudo a estos tipos de trastorno, y no tanto la meneada “personalidad adictiva” de la que hablamos antes.*

**¿Por qué desde tan joven te inclinaste con tanto ahínco a esta problemática?**

*Fue a partir de mis primeras experiencias laborales, en el campo de la asistencia privada, que se dio el hecho de tener que ocuparme de gran cantidad de pacientes alcohólicos, al estar al frente de un consultorio, que atendía a obras sociales. Era tan habitual, el recibir este tipo de pacientes, que los profesionales que allí trabajábamos, comenzamos a reunirnos en grupo, para discutir los casos y estrategias. Del alcoholismo, pasamos a estudiar las adicciones a otras sustancias, y finalmente, conformamos una asociación civil, dedicada a las toxicomanías, la que aún existe. Una cosa llevó a la otra, y en 1992 llegué al CENARESO. Lo del ahínco es algo que sale solo, es algo que en general está.*

---

**¿Sos plenamente consciente que en tu libro “Toxicomanías” transmitís tu vasta experiencia con un relato apto tanto para quienes no están compenetrados en este tema como para expertos?**

*No plenamente consciente, diría yo. Sí, fue deliberada la intención de hablar con la mayor claridad posible, llamando a las cosas por su nombre y evitando las vaguedades, circunloquios y teorías unipersonales. Pero es verdad, que la mayor parte de comentarios favorables a mi libro, provienen de esa franja de profesionales y técnicos, que no están dedicados de lleno a esta patología en particular. Y debo decir que tal resultado me complace.*

**¿Te parece que sería fundamental que los médicos en etapa de especialización como psiquiatras, tengan una rotación por el CENARESO?**

*Sí. Ciertamente me lo parece.*

## Dr. Julio Ángel Brizuela

Médico psiquiatra. Presidente del Capítulo de Juego Patológico y otras Adicciones Conductuales de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) y Coordinador de la Sección de Juego Patológico y otras Adicciones Conductuales de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)  
julioangelb@gmail.com

### Resumen

Luego de una breve síntesis explicativa del trastorno denominado Juego Patológico o Ludopatía se describen las funciones fundamentales de la Salud Pública; considerando la notable expansión de los juegos de azar legalizados es necesario que desde esta instancia se diseñen estrategias comprensivas y efectivas para prevenir y mitigar los problemas surgidos del juego inmoderado. A tal fin, se analizan los principios de la Salud Pública referidos a los juegos de azar que deberán guiar la toma de decisiones. Se analiza la prevención en función de los juegos de azar como así también las iniciativas referidas a ellos.

### Palabras claves:

salud pública, juego patológico, ludopatía, juegos de azar, epidemiología, prevención, población vulnerable, alianzas estratégicas.

### Abstract

*After a brief explanatory summary of the disorder called Pathological Gambling, the fundamental functions of Public Health are described. Considering the dramatic increase in legalized gambling, it is necessary from this instance to design comprehensive and effective strategies in order to prevent and mitigate the problems arising from excessive gambling. To this end, Public Health principles related to gambling, which should guide the decision-making process, are being analyzed. And prevention on the basis of gambling as well as the initiatives concerning them are being examined.*

### Key words:

*public health, pathological gambling, compulsive gambling, gambling, epidemiology, prevention, vulnerable population, strategic alliances.*

El autor declara no tener conflicto de intereses.

## Consideraciones sobre Juego Patológico (J.P.)

Se entiende por Juego Patológico (JP) o Ludopatía al fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar (juegos de azar) los cuales dominan la vida del sujeto. Esta conducta de juego compromete o lesiona sus objetivos personales, familiares o vocacionales.

El DSM IV TR lo ubica dentro de los Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.

Los criterios diagnósticos en dicho manual son los siguientes:

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

1. Preocupación por el juego.
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia.
6. Después de perder el dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de “cazar” las propias pérdidas).
7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
8. Se cometen actos ilegales para financiar el juego.
9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo u oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

### B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maniaco

Sobre la manera de jugar de la población, la nomenclatura establecida por el National Research Council (1999) y Shaffer, Hall y Vander Bilt (1999) refiere:

- El **nivel 0** representa a la gente que no juega,
- El **nivel 1** son aquellas personas que juegan de manera recreativa sin sufrir consecuencias adversas,
- El **nivel 2** se asocia a una clase con un amplio rango de consecuencias negativas derivadas del juego,
- El **nivel 3** incluye a las personas que tienen consecuencias adversas que son lo suficientemente importantes para reunir los criterios diagnósticos de juego patológico del DSM-IV (APA, 1994), y

- El **nivel 4** incluye a los jugadores que buscan ayuda por sus problemas de juego, sin importar el grado de estrés o afectación que estén padeciendo.

Se trata de un trastorno de baja prevalencia poblacional. Estudios multicéntricos (Kallick, Suits, Dielman y Hybels, 1979; Shaffer y Hall, 2001; Volberg, Abbot, Ronnberg y Munck, 2001; Bondolfi, Osiek y Ferrero, 2000; Abbott, 2001; Sproston, Erens y Oxford, 2000; Collins y Barr, 2001) en Estados Unidos de América, Suecia, Suiza, Nueva Zelanda, Gran Bretaña, África y Hong Kong, nos revelan los siguientes datos de media estadística: 0,5 % a 2,5 % de la población que juega padece de Juego Patológico y de 3 % a 5 % tiene problemas con su manera de jugar (riesgo de desarrollar la enfermedad). El 30 % de esta población es de género femenino. Siempre está relacionado al juego de apuestas. Es independiente del dinero que se juegue. De instalación lenta y engañosa. Siempre se niega el problema. Hay un desconocimiento general del tema.

Una amplia mayoría de los apostadores (cerca al 95%) juega de manera recreativa, sin sufrir ninguna consecuencia adversa. Estudios realizados en EEUU y Canadá indican que los problemas relacionados con el Juego Patológico son más frecuentes en los adolescentes que en los adultos. Ellos tienen cuatro veces más riesgo para desarrollar problemas con el juego. Preocupa la aparición de la adicción a los juegos de azar que parece estar estimulada por una mayor disponibilidad y promoción de los mismos. El costo en términos sociales para la familia por las relaciones disfuncionales, violencia, presión financiera e interrupción de los proyectos individuales y familiares puede ser de magnitud. La mayor prevalencia de los juegos de azar y los problemas relacionados entre la población adolescente, incluyendo las apuestas deportivas en colegios y universidades motiva la búsqueda de soluciones innovadoras. Otros grupos vulnerables como la población de mayor edad y en estado de retiro jubilatorio, poblaciones migrantes, individuos que abusan de sustancias o padecen de trastornos de salud mental, pueden verse también involucrados negativamente por la expansión de los juegos de azar que al impactar en la salud como así también en la esfera social y económica merecen la atención de la Salud Pública (S.P.).

Otro aspecto importante a considerar es la dimensión lograda por los juegos de azar a través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Problemas vinculados a las innovaciones de la computación por la frecuencia, accesibilidad y variedad de juegos de azar ofrecidos. La inquietante disponibilidad y potencial adictivo de las terminales de lotería, como así también la generalizada oferta de sitios “on line” de apuestas con características de casinos pero sin regulación alguna, son nuevas alternativas a tener en cuenta desde la perspectiva de la S.P.

## Consideraciones sobre Salud Pública

En el antiguo Egipto, aparecen las primeras observaciones sobre normas de higiene personal y el origen sobrenatural y natural de la enfermedad. En India, registros de medicina ayurveda registran programas de salud pública basados en patrones de alimentación, sexualidad, descanso y trabajo. El Levítico, manual religioso atribuido a la pluma de Moisés, dedicado al uso de los sacerdotes encargados del culto, que

aconseja sobre distintos tipos de celebraciones, purificaciones, expiaciones, sacrificios sagrados y fiestas religiosas hace referencias sobre la salud del pueblo judío (1500 años a. de C.). De la misma manera, Hipócrates de Cos, padre de la medicina, que ejerció en el siglo de Pericles, escribe sobre la influencia del ambiente físico y social sobre la salud de la población. De la antigua Roma, quedan registros sobre la higiene pública, característica del agua para consumo de la población y formas de conducirla a través de acueductos. En el siglo XIX, Luis Pasteur hace los primeros estudios sobre bacteriología (1870). Rusia (1854) y Alemania (1884) se preocupan por la medicina sanitaria y los servicios de salud. El 28 de Enero de 1909 se inaugura en Cuba la Secretaría de Sanidad y Beneficencia siendo el primer antecedente de Ministerio de Salud Pública del mundo. Hay que tener en cuenta que la noción de S.P. es compuesta, resultando de la combinación del concepto de salud, la cosa pública y el estado. En los estados modernos surge frente a la noción de progreso y productividad. Combina valores éticos e intereses políticos. Entendida como una práctica y un acontecimiento colectivo, representa una verdadera disciplina. En el año 1920, C. E. Winslow propone una noción técnica de S.P., donde integra tres tipos de acciones: protección, prevención y promoción de la salud, definiéndola como “el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: a) el saneamiento del medio, b) el control de las enfermedades transmisibles, c) la educación sanitaria, d) la organización de los servicios médicos y de enfermería, e) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad, un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud”. El surgimiento y consolidación de los organismos internacionales de la salud como la Organización Mundial de la Salud (O.M.S. 1946) y la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S. 1947) han hecho una contribución destacada al desarrollo de la medicina social y los servicios de salud en la segunda mitad del siglo XX.

En el año 1990 Milton Terris define la S.P. como “la ciencia y el arte de prevenir dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de higiene personal, organizar los servicios de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.

Se reconoce como funciones esenciales de la S.P. al conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, preservar y mejorar la salud de las poblaciones. Pudiendo enumerarse de la siguiente manera:

- Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
- Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- Promoción de la salud.
- Participación de los ciudadanos en la salud.

- Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación, y gestión en materia de salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación, y fiscalización en materia de salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
- Investigación en salud pública.
- Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

Propone una comprensión multidimensional de los diferentes problemas relacionados a la salud en general y mental en particular. El adoptarlas conlleva muchas implicancias importantes.

## Salud Pública y Juego Patológico

Considerando que en la primera década de este nuevo siglo se ha producido en el mundo una expansión notable del juego legalizado, presumiendo que obedece a las siguientes razones:

- a) La búsqueda por parte de los gobiernos de nuevas fuentes de ingreso sin recurrir a nuevos impuestos a la población.
- b) El desarrollo de las empresas de turismo para destinos de ocio y entretenimiento que suman los juegos de azar como parte integral de las mismas.
- c) El advenimiento de juegos de azar a través de nuevas tecnologías de comunicación (juegos de apuestas online, terminales de loterías, juegos y equipos offshore) con total disposición horaria y sin control alguno. (Offshore: deslocalización de un recurso o proceso productivo)

Las acciones de la S.P. conllevan al diseño de estrategias más efectivas y comprensivas para prevenir, minimizar y tratar los problemas relacionados a la forma de jugar (juegos de azar) en forma inmoderada y los surgidos del J.P.

## Temas del Juego de Azar atinentes a la S.P.

1. Tendencias en la población adulta.
2. Modalidad en los jóvenes y adultos mayores.
3. Impacto en grupos vulnerables y con necesidades especiales.
4. Efectos que provocan en la familia y en la calidad de vida comunitaria.
5. Costos y beneficios.
6. Análisis de la relación entre los factores económicos, socioculturales, nivel de ingresos, el desempleo y la pobreza con los juegos de azar.

## Principios de la S. P. referidos a los Juegos de Azar que deberán guiar la toma de decisiones:

Las iniciativas de la S.P. deberán ser proactivas ( no sólo tomar la iniciativa, sino asumir la responsabilidad de hacer que las co-

sas sucedan; decidir en cada momento lo que se quiere hacer y cómo se deberá hacer).

Jerarquizar el rol del estado como regulador y coordinador del desarrollo y explotación de los juegos de azar y de las acciones en salud.

Apelar a la responsabilidad personal, social y empresarial para las políticas y prácticas de los juegos de azar.

Asegurar que la prevención de los problemas relacionados a los juegos de azar sea una prioridad en la comunidad, mediante el apropiado desarrollo de recursos para llevar a cabo iniciativas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Adoptar una actitud neutral o desprejuiciada, considerando los costos como los beneficios de los juegos de azar (ventajas y desventajas de los mismos)

Estimular la investigación científica, estableciendo las bases del conocimiento en S.P. Realizar estudios epidemiológicos a través de observaciones estadísticas en diferentes poblaciones.

## Prevención en S.P. aplicados a los juegos de azar

**Prevención Primaria:** acciones destinadas a evitar la enfermedad. Estarán dirigidas a resaltar las características del juego de azar saludable, evitando el juego inmoderado o descontrolado.

**Prevención Secundaria:** centrada en la detección precoz de las enfermedades, al arbitrar los medios necesarios para su detección, facilitando el diagnóstico precoz. En el caso de los juegos de azar consiste en la detección precoz del juego inmoderado o descontrolado y patológico.

**Prevención Terciaria:** consiste en el tratamiento y/o rehabilitación de las secuelas dejadas por la enfermedad o los daños inherentes a la misma en las funciones físicas, psíquicas y/o sociales. En los juegos de azar están referida al tratamiento y rehabilitación del Juego Problema y Patológico.

**Prevención Cuaternaria:** consiste en la prevención de recaídas.

## Las iniciativas de la S. P. referidas al Juego incluyen los siguientes componentes:

- Estimular la creación de sistemas de supervisión e informes para monitorear las tendencias actuales en el juego y la incidencia y el daño de las enfermedades vinculadas al juego.
- Establecer lineamientos saludables de juego para el público en general, similares a los establecidos para el beber alcohol con el mínimo riesgo. Tender a un equilibrio responsable entre el estímulo al juego como diversión y entretenimiento y la protección al público consumidor del posible perjuicio relacionado con el juego inmoderado.
- Analizar y controlar la publicidad referida al juego de azar, en particular los mensajes dirigidos a los jóvenes, grupos socioeconómicos más necesitados y población vulnerable. Exigir además que los operadores de los juegos de azar exhiban las probabilidades de ganar y perder de cada una de sus actividades
- Proyectar objetivos de moderación y abstinencia para los



---

jugadores de niveles 2 y 3 (jugadores problema y patológicos) los cuales deben ser ofrecidos desde una actitud profesional de no-juzgamiento.

- Analizar el impacto sobre la calidad de vida de la población, que abarca una estrecha relación entre condiciones sociales, sanitarias, económicas y ambientales.
- Desarrollar una metodología estándar, a fin de cotejar costos y beneficios sanitarios, sociales y económicos de los juegos de azar y los problemas relacionados a ellos. Intentar consensos entre las partes interesadas en donde deberán participar expertos en salud pública y adicciones conductuales.
- Focalizar más recursos en la identificación y tratamiento de los jugadores problema y patológicos. Comprender el comportamiento de los jugadores problema conduce a la disminución de los costos sociales y daños asociados con los trastornos de juego inmoderado.
- Facilitar la formación de profesionales de la salud en temas atinentes al Juego Patológico o Ludopatía (prevención, diagnóstico y tratamiento) como así también disponer de servicios en los hospitales públicos para su asistencia integral y gratuita.
- Establecer políticas públicas a nivel nacional, provincial y municipal con un mismo esquema referencial.

## Conclusiones

El Juego es un tema emergente en el ámbito de la Salud Pública, basado en la epidemiología, los costos sociales y las repercusiones sobre la calidad de vida.

Es necesario un mayor conocimiento por parte de los profesionales de la salud sobre el impacto potencial de los juegos de azar en individuos vulnerables, poblaciones especiales y en situación de riesgo.

El Juego representa una oportunidad para desarrollar intervenciones innovadoras desde la perspectiva de la Salud Pública, basadas en la prevención y reducción del daño del Juego Patológico y la promoción del Juego Responsable o Saludable.

Para ello será necesario lograr una alianza estratégica entre los Gobiernos, la Industria del Entretenimiento y expertos en salud, responsables del estudio y abordaje del tema.

Cuando la población general, los hacedores locales de políticas sanitarias, los legisladores y demás autoridades comienzan a comprender cuál es la prevalencia real de los trastornos surgidos por la inmoderación o descontrol en los juegos de azar en el mundo, se podrán examinar los factores de riesgo y protectores que influyen en la transición del juego recreativo al juego problema e identificar a los grupos demográficos vulnerables.

---

## Referencias bibliográficas

Ashton, John "La nueva salud pública" Edit. Masson, s.a. Italia 1990

Brizuela J. A. y Cia A. H., Manual de Juego Responsable, 2007.

Brizuela J. A. "Salud Pública y prevención de la Ludopatía", Presentación XXV Congreso Argentino de Psiquiatría, 2009.

Campbell CS, Smith GJ. Canadian gambling: trends and public policy issues. En: Frey JH, editor. Gambling: socioeconomic impacts and public policy. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1998.

Carta de Ottawa APS MSP, Año XI, n° 30, abril 1998

Gerstein D, Murphy S, Toce M, Hoffmann J, Palmer A, Johnson R, et al. Gambling impact and behavior study: report to the National Gambling Impact Study Commission. Chicago: National Opinion Research Center, University of Chicago; 1999.

Korn, D.A. Gambling expansion in Canada: Implications for health and social policy. Canadian Medical Association Journal 2000; 163 (1):61-64.

Korn DA, Shaffer HJ. Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective. Journal of Gambling Studies 1999; 15(4):289-365.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR)

Morales Calatayud, F. "Introducción a la Psicología de la Salud" Edit. Unison, Mexico 1997.

Nacional Research Council (US). Pathological gambling: a critical review. Washington: National Academy Press; 1999.

Shaffer, HJ, Hall MH, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A Research Synthesis. American Journal of Public Health 1999; 89(9): 1369-76.

Shaffer HJ, Korn DA. Gambling and Related Mental Disorders: A Public Health Analysis. Annual Review of Public Health 2002; 23:171-212.

Volberg RA. The prevalence and demographics of pathological gamblers: implications for public health. Am J Public Health 1994;84(2):237-41.

Yaromir Muñoz-Molina, Revista Salud Pública. Vol. 10 N° 1, Bogotá, Jan/Feb. 2008. "Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007".



# Entre el viejo y el nuevo mundo: construir, desarrollar y mejorar en Salud Mental |

*Between the old world and the new world: to build, to develop and to improve in mental health*

## Daniel Moldavsky, MD

Especialista en Psiquiatría (Argentina, Israel, Gran Bretaña). Psiquiatra Consultor del Servicio Nacional de Salud (NHS) en Sherwood, Nottingham, Gran Bretaña. Senior Fellow del Instituto de Salud Mental de la Universidad de Nottingham. Vicepresidente del Capítulo de Salud Mental en Atención Primaria de la Salud de APSA.  
daniel.moldavsky@nottsc.nhs.uk

### Resumen

*El autor actualiza su postura tras dos años de haber presentado una conferencia sobre "Políticas de Salud Mental en Gran Bretaña. Experiencias del Servicio Nacional de Salud y posibles implicancias para la Argentina" en el último Congreso de APSA.*

*En la referida actualización repensa y trabaja a partir de los cambios notables que se han dado en los países de Europa Occidental y América del Norte que hicieron necesaria esta revisión. La creciente inestabilidad del capitalismo globalizado no es una manifestación más de las llamadas "crisis cíclicas" del mismo, sino que estamos frente a una crisis radical en la cual su viabilidad está en tela de juicio histórico. Ello se expresa asimismo por un ataque de los sectores dominantes sobre el modelo europeo de estado de bienestar, que incluye a las áreas de salud y servicios sociales en primer lugar.*

Palabras clave: Salud Pública – Salud Mental – Gestión y legislación en Salud Mental – Países desarrollados y en vías de desarrollo

### Abstract

*The author updates his position after two years of a lecture he delivered on "Mental Health Policies in Great Britain. Experiences of the National Health Service and possible implications for Argentina" at the last APSA Congress. On said updating, he reconsiders and works from the remarkable changes that have taken place in Western European and North American countries, which made this review necessary. The growing instability of globalized capitalism is not another manifestation of the so-called "cyclical crises" of the same, but we are facing a radical crisis in which its viability is called into question historically. This is also expressed in an attack by the dominant sectors on the European model of well-being, which includes health care and social services in the first place.*

Key words: Public Health – Mental Health – Management and Legislation in Mental Health – Developed and developing countries.

En abril del 2010 acepté la generosa hospitalidad de APSA, y presenté en el Congreso Argentino de Psiquiatría una conferencia sobre "Políticas de Salud Mental en Gran Bretaña. Experiencias del Servicio Nacional de Salud y posibles implicancias para la Argentina"<sup>1</sup>. Quisiera en este artículo repensar y trabajar de nuevo algunas de las ideas expuestas hace dos años. Muchas cosas han transcurrido desde entonces en los países de Europa Occidental y América del Norte que hacen necesaria esta revisión. La creciente inestabilidad del capitalismo globalizado no es una manifestación más de las llamadas "crisis cíclicas" del mismo, sino que estamos frente a una crisis radical en la cual su viabilidad está en tela de juicio histórico. Ello se expresa asimismo por un ataque frontal de los sectores dominantes sobre el modelo europeo del estado de bienestar, que incluye a las áreas de salud y servicios sociales en primerísimo lugar.

Comenzaré por resumir cuales fueron las líneas principales de mis propuestas en la conferencia citada, y pasaré de allí a poner las mismas bajo un signo de interrogación. Quiero expresar, ante todo, que las ideas aquí expuestas son el producto de experiencias y reflexiones desarrolladas en más de dos décadas de trabajo profesional en el exterior, más que conclusiones basadas en un enfoque tecnocrático y científicista. Además, creo personalmente que todos aquellos profesionales y científicos argentinos en el extranjero tenemos el deber moral de contribuir al país. Esto es, hoy en día, aún más necesario. La crisis presente está viendo el comienzo de la desintegración de la Comunidad Económica Europea, frente a la cual se consolidan algunas de las economías latinoamericanas. La Argentina constituye un ejemplo creciente para los países europeos, mostrando cómo se puede y debe encarar una política de mayor independencia frente al capital financiero que controla crecientemente las agendas de los gobiernos.

Es así, casi diría, que se impone una suerte de inversión de los términos bajo los cuales fue estructurada mi presentación del 2010. Podríamos decir hoy: ¿tiene Gran Bretaña (GB) algo que aprender de la Argentina? ¿Debemos los argentinos siempre mirar a Europa, o tenemos la posibilidad de pensar y desarrollar modelos creativos en las áreas de salud y bienestar social de manera independiente?

## Dos años atrás

En la primer parte de mi conferencia ofrecí una descripción detallada de cómo funciona el sistema de salud mental (SM) en GB<sup>2</sup>. En la segunda parte, presenté algunos datos de un ejercicio comparativo realizado en base a los datos disponibles de la OMS. Comparaba ahí aspectos fundamentales de los sistemas de SM en cinco países: Argentina, GB, Israel, Canadá y Estados Unidos de América (USA). Tomando diversas variables, comparaba el estado de los sistemas de SM en los siguientes dominios: 1) Planes de SM. 2) Legislación en SM. 3)

1 APSA, XXVI Congreso, Mar del Plata. Agradezco al Dr. Enrique Stein, coordinador del Simposio del cual la conferencia formo parte, y al Dr. Alfredo Cía, Presidente de APSA, quien me ha invitado generosamente a presentar la presente contribución a "Sinopsis".

2 Lamentablemente por razones de espacio no puedo incluir aquí dichos contenidos. Remito al lector interesado a mi artículo publicado en "Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina" de diciembre del 2009.

Financiamiento del sistema de SM. 4) Recursos materiales y humanos. 5) Estado de la SM en la Atención Primaria de la Salud (APS).

Nuevamente lamento que por razones de espacio no pueda incluir aquí todos los datos expuestos entonces. Empeño, expondré aquello que me permita concentrarme en el espíritu del presente trabajo; espíritu de cuestionamiento y revisión.

- 1) Planes de SM: Salvo USA y Argentina el resto de los países considerados tienen planes de SM. GB se caracteriza por establecer cada diez años políticas amplias de SM que servirán de punto originario de planes locales y generales.
- 2) Legislación en SM: GB es también el país más desarrollado en este sentido. El 2007 vio la puesta en marcha de la nueva legislación en SM en base a dos nuevos instrumentos parlamentarios que regulan ampliamente temas como las internaciones obligatorias, los derechos del paciente en sentido amplísimo, los deberes de las autoridades de salud y servicios sociales, y aspectos vinculados a la capacidad mental y consentimiento informado.
- 3) Presupuesto en SM: GB es el país de los cinco comparados que más destina a SM, medido como porcentaje del gasto en salud en general. Siguen a GB, Israel y USA. No se disponen de datos exactos sobre la Argentina.
- 4) Camas psiquiátricas: Canadá posee casi el doble de camas comparado con los cuatro países restantes. La Argentina figura última, con la mayoría de las camas en hospitales psiquiátricos por oposición a hospitales generales. Sin embargo, no teniendo información suficiente sobre el sector privado esta información es necesariamente incompleta.
- 5) Profesionales: es en este aspecto en donde vemos una notable diferencia entre la Argentina y el resto de los países considerados. Si bien los cinco tienen números aproximadamente similares de médicos psiquiatras, la Argentina posee notablemente el mayor número de psicólogos, excediendo en ello por más del triple a los restantes. Inversamente, el número de enfermeras psiquiátricas es en la Argentina muy bajo (en GB es aproximadamente equivalente al número de psicólogos en Argentina). Es asimismo muy bajo en Argentina la cantidad de trabajadores sociales.
- 6) SM en APS: en Canadá, Israel, y particularmente en GB, la SM forma parte integral de los sistemas de APS. Ello es particularmente destacado en GB, en donde la derivación a los servicios de SM debe a la fuerza pasar por el filtro del médico generalista. Son precisamente aquellos dos países que poseen un fuerte peso específico del sistema de medicina privada (incluyendo los planes de prepago), Argentina y USA, los que no tienen la SM integrada en la APS. Este déficit se refleja además en dos variables conexas. Tanto en USA como en Argentina no existen programas amplios de entrenamiento en SM en APS, ni programas de tratamiento comunitario con base en la APS, salvo algunas excepciones.
- 7) Datos epidemiológicos: en este rubro, la Argentina es

el único de los cinco países que no posee un sistema centralizado de información epidemiológica, ni sistemas apropiados de recolección de información.

## A modo de resumen parcial

Hasta aquí podríamos resumir estos datos de la siguiente manera.

- 1) La Argentina es rica en recursos humanos. Si consideramos esta aseveración a la luz de la rica tradición clínica argentina, incluyendo a la investigación en el área clínica, junto al hecho que la psiquiatría argentina ha, tradicionalmente, integrado los enfoques provenientes del psicoanálisis y disciplinas relacionadas, podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que hay en el área de recursos humanos una riquísima promesa de presente y futuro. Es notable que países como USA y GB se hallen en déficit crónico de candidatos a la formación de postgrado en psiquiatría. GB de hecho depende especialmente de graduados extranjeros.
- 2) Empeño, algo que de algún modo está en oposición a lo anterior, es el déficit en la Argentina de personal de enfermería y trabajo social.
- 3) Deficiencias notables adicionales se notan en la Argentina respecto de la falta de un plan nacional de medicamentos, listas actualizadas de medicación y sistemas de información epidemiológica.

## Los contextos

En la conferencia que originó este artículo me aventuré a señalar algunas propuestas de solución a los problemas que identifiqué en la SM en Argentina. Presenté primeramente un panorama de los contextos de las políticas de salud, en las áreas: económica, política, social; y de epidemiología y salud pública. Lo hice así tratando de enfocar el tema recurriendo a los instrumentos conceptuales de la escuela social británica para el estudio de los sistemas y las políticas de salud.

Simultáneamente, debo decir que no me atrevería a presentar algunas de mis conclusiones como soluciones preparadas de antemano, y menos aun desde Europa<sup>3</sup>. En todo caso, es más apropiado presentar ideas que constituyan puntos de partida para el debate<sup>4</sup>.

Es en la referencia a los contextos en donde se imponen

3 El Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE), un organismo oficial del gobierno británico, promovió en el 2008 y 2009 una iniciativa de vender tecnologías médicas a países en desarrollo. Se trataba de tecnologías relacionadas con la regulación de presupuestos y recursos, guías clínicas, y otras. NICE llegó a llamar a formar grupos que promoverían las relaciones con los sistemas médicos gubernamentales de aquellos países. Hubo solo interés de cuatro países (en Latinoamérica, solo Colombia). Ninguno finalmente compró nada, y NICE se vio obligado a disolver el programa. ¿Se trata de una iniciativa que posee algo de neocolonialismo?

4 Desde quienes vivimos y trabajamos en el exterior, pero queremos mantener lazos con la Argentina, creo podemos ofrecer la función de intermediación entre lo que se produce fuera del país, pero es eventualmente de potencial utilidad dentro del mismo. Mucha de la información de NICE, por ejemplo las guías clínicas, está libremente disponible en inglés. Pero las guías no tienen valor si no se conocen y debaten los contextos, y si son impuestas, o vendidas, desde afuera.

las reflexiones a posteriori del 2010. Veo ahora más claramente que el ejercicio comparativo tomaba países con sistemas variados de salud, y divergentes en su estructura: GB con el sistema de medicina socializada a nivel nacional, Argentina y USA con sistemas mixtos pero con predominio del sector privado (y, en el caso argentino, sistemas pobremente regulados), Israel con un sistema mixto socializado pero abierto parcialmente a los prestadores privados.

Pero, además, es evidente que la crisis que atraviesan los países desarrollados, crisis que los mismos sectores gobernantes califican como inusitada, afecta hoy radicalmente a los contextos económico, político, y social. Hoy, en medio de esta crisis, en lugar de tomar los países centrales como ejemplo, son algunos de estos los que deben recurrir al aprendizaje de experiencias latinoamericanas. Por ejemplo, la política social recientemente adoptada por el Brasil es crecientemente estudiada por GB, y la marcha algo más independiente de los dictados del poder financiero de la economía argentina es citada como ejemplar por medios de la prensa británica y estadounidense.

## Puntos fuertes a pensar

Lo que considere en el 2010 como los puntos fuertes del sistema británico de SM lo resumí así:

- 1) Las políticas de salud integradas en planes y políticas amplias y reguladas, con énfasis en la inclusión social.
- 2) La definición de metas y planes a nivel nacional, provincial, y local.
- 3) El énfasis en los sistemas de atención comunitaria y APS por sobre el modelo hospitalario.
- 4) La política de vivienda como parte integrante de las políticas de SM.

Desde la época de Thatcher se acentuó el foco en el manejo de los trastornos mentales severos por sobre las neurosis (trastornos mentales comunes), en gran parte por la política de cierre de los hospitales psiquiátricos. Desde el año 2009 se intenta equilibrar el foco entre los dos grandes grupos de trastornos, severos y comunes.

En lo contextual, sin embargo, aspectos fundamentales del modelo se ven crecientemente complejizados. El año próximo pasado vio la separación de los servicios de salud y servicios sociales, los que estaban integrados en las últimas dos décadas. Las políticas sociales en sentido amplio están dejando de existir. El pleno empleo y el acceso a la educación son reliquias del pasado. La represión policial reemplaza a los trabajadores sociales, mientras crecen los sin techo<sup>5</sup>. Los servicios creados para los pacientes neuróticos son insuficientes, y por la falta de recursos humanos y presupuestarios se ha recurrido al entrenamiento breve y superficial de personal de enfermería y otras carreras cor-

tas para que sean terapeutas cognitivo conductuales. Incluso personal de enfermería ha sido autorizado a prescribir medicamentos.

Prestadores privados tendrán, de este año en adelante, poder de ser contratados por los médicos generalistas agrupados en "consorcios", eufemismo que significa que la atención médica se irá privatizando crecientemente, bajo la supervisión de los médicos generalistas, apoyados por el conservadorismo neothatcherista<sup>6</sup>. En resumen, asistimos a un proceso de privatización regresiva lisa y llana.

## Conclusiones a considerar

¿Cómo podemos reformular lo positivo a aprender de otros sistemas, para mejorarlo? Se me ocurren los siguientes puntos, teniendo en claro que el tema no se agota.

- 1) La Argentina es rica en recursos humanos. Desarrollando las profesiones de enfermería y trabajo social, no habiendo reducción de los aspirantes a formarse en psiquiatría, y manteniéndose el número de psicólogos, están creadas las condiciones para crear equipos multidisciplinarios a lo largo del país.
- 2) Debe estimularse la promoción de la SM en APS, particularmente relevante según me parece en el interior del país.
- 3) Definitivamente se requiere una independencia mayor de los nombramientos políticos. Debemos aspirar a la creación de un servicio estatal civil estable, incluyendo directores de hospitales, servicios, y programas.
- 4) Un sistema de medicina socializada es también posible en la Argentina, si se debaten las políticas de salud, incluyendo los proyectos de leyes, ampliamente y sin exclusiones. Se deben incorporar a estos debates todas las organizaciones profesionales, estatales, y de pacientes y familiares, sin excepción. Es en este debate en donde se fijará cual es el papel posible del sector privado, el que debe por fuerza estar subordinado al estatal.
- 5) Como asociación que agrupa a los psiquiatras argentinos residentes en el país y fuera del mismo, APSA, es única en su género. Ello presenta una valiosa oportunidad de canalizar las energías y experiencias acumuladas en distintos países, y comenzar a construir planes mejores y adecuados a los contextos actuales del país.

Ante todo, la Argentina necesita el fortalecimiento de un plan de salud, que incluya la SM. Es absolutamente necesario adoptar e internalizar el concepto de responsabilidad del Estado sobre los ciudadanos, en las áreas de salud, educación, vivienda, y empleo. Ello implica aprender de las experiencias de los estados de bienestar europeos, pero superando la parálisis contextual en la cual los mismos se hallan.

<sup>5</sup> Desde quienes vivimos y trabajamos en el exterior, pero queremos mantener lazos con la Argentina, creo podemos ofrecer la función de intermediación entre lo que se produce fuera del país, pero es eventualmente de potencial utilidad dentro del mismo. Mucha de la información de NICE, por ejemplo las guías clínicas, está libremente disponible en inglés. Pero las guías no tienen valor si no se conocen y debaten los contextos, y si son impuestas, o vendidas, desde afuera.

<sup>6</sup> Los médicos en general no somos buenos como hombres de negocios. Los médicos generalistas británicos están crecientemente delegando en directores y ejecutivos estas tareas de comprar servicios del sector privado. Ello llevará a la conformación de estructuras equivalentes a las clínicas privadas en el pleno sentido del término, y al fin de la medicina social vigente en GB desde la posguerra.

---

Los modelos europeos se están agotando, y no solo en GB. Quienes trabajamos en Europa lo escuchamos en cada encuentro regional de profesionales. Sin duda, en ninguno de esos encuentros se viven el entusiasmo y la pasión que se experimentan en los contactos con colegas de América Latina.

---

## Referencias bibliográficas

Breilh, Jaime. "Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad". Lugar Editorial, 1o edición, Buenos Aires, 2007.

Moldavsky, Daniel. "Visión del sistema de Salud Mental en Inglaterra. Progresos y desafíos". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 54(4), 250-261, 2008.

Moldavsky, Daniel. "Políticas de salud mental en el sistema nacional de salud en Gran Bretaña. Posibles implicancias para la Argentina". Simposio en el XXVI Congreso Argentino de Psiquiatría, APSA, Mar del Plata, abril 22, 2010.

Rogers, Anne & Pilgrim, David. "Mental Health Policy in Britain". Palgrave Macmillan, 2nd edition, 2001, Basingstoke.

Organización Mundial de la Salud. "WHO Mental Health Survey". WHO, Geneva, 2005.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

**Dra. Analía Ravenna**

### **Trabajando en y con grupos**

Vínculo y herramientas.



285 páginas

*Dra. Diana Kordon, Dra. Lucila Edelman,  
Lic. María Elisa Díaz, Dr. Daniel Kersner,  
Susana Pintos, Dr. Bruno Linne, Dr. Juan  
Carlos Turnes, Dr. Jorge Luis Pellegrini.*

Psicolibro Ediciones, Colección de  
Psicoanálisis de las configuraciones  
vinculares.

Buenos Aires, año 2011

En la Argentina existe una vasta experiencia en abordajes grupales y comunitarios y en la producción teórica acerca de la grupalidad. Su diversidad y profundidad dan cuenta de que la práctica anticipa muchas veces y ayuda a la elaboración de ideas. Desde los aportes fundacionales y aún imprescindibles de Enrique Pichón Riviére hasta la actualidad hay una rica línea de trabajo en la temática cuyos autores guardan entre sí simultáneamente continuidades y rupturas.

Los grupos, trabajando con las situaciones de sufrimiento subjetivo, son un instrumento que ofrece variadas posibilidades tanto en la búsqueda de efectos terapéuticos directos como en la utilización del plus que brindan para la elaboración de distintas problemáticas y para el proceso de aprendizaje. El propósito de este libro es contribuir a la conceptualización de esta temática y a la difusión de distintas experiencias de trabajo grupal. Para ello se presentan aportes de diferentes autores que reconocen una larga trayectoria en el trabajo con distintos dispositivos grupales en espacios institucionales. Sus prácticas y reflexiones responden a diversos modelos teóricos y operacionales.

### **Aportes a la Psiquiatría Argentina del Siglo XXI**



316 páginas

*Capítulos de subespecialidades de la Asociación  
de Psiquiatras Argentinos (APSA)*  
Asociación de Psiquiatras Argentinos  
(APSA). Buenos Aires, año 2011

El libro recomendado, que contó con el aval de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), consta de 44 capítulos divididos en seis áreas: Humanidades, Neurociencias, Psicosocial, Clínica y Psicopatología, Psiquiatría legal y Terapéutica.

Presenta un meritorio material de trabajo de los Capítulos de APSA, expresión de su historia como subespecialidades dentro de la Institución y, además, es una pertinente actualización de vastos temas de la especialidad.

Cada capítulo aporta reflexiones e interrogantes teóricos y clínicos que nos desafían a analizar y pensar sobre posibles nuevas producciones e investigaciones en la compleja temática de nuestro campo.

Tal como plantea el Dr. Horacio Vommaro en la presentación: "la psiquiatría es una bisagra entre las neurociencias y la filosofía, la antropología, la sociología y la psicología", este espectro de inquietudes está planteado y nos motiva a leerlo para seguir buscando los encuentros y las discrepancias en el amplio contexto de nuestra práctica.

## OBITUARIO: Alejandro Lagomarcino

**Dr. Sergio Halsband** Dr. Alejandro Lagomarcino

Decía Paulo Freire -inspirado en Gramsci- que el objetivo de la educación es crear un sujeto capaz de ejercer la crítica y de transformar la realidad.

En el campo de la Psicofarmacología muy pocos han llevado esta idea a la práctica con la maestría de Alejandro Lagomarsino. Condición necesaria, pero no suficiente, para ser un docente brillante, es ser un excelente profesional. A su vez, para cumplir con esto, es necesario, pero no suficiente, ser una muy buena persona. Claramente, todo esto estaba presente en él.

Porque fue un generoso docente, no sólo con sus alumnos, sino también con sus colegas, sus amigos, y muy especialmente sus pacientes. Principal difusor del estudio del trastorno bipolar en nuestro país, creó la Fundación de Bipolares, FUBIPA, que desde su fallecimiento dirige el Dr. Carlos Vinacour.

Deja en APSA una marca indeleble. En el lejano 1994, asume como presidente del Capítulo de Psicofarmacología y como Profesor Titular de la Cátedra de Psicofarmacología del Instituto Superior de Formación de Posgrado para Médicos Psiquiatras. En ambos espacios tuve el orgullo de ser llamado por él para colaborar. Fueron años en que tuve el mejor modelo de cómo se puede impartir psicofarmacología centrada en la clínica y cómo se desarrolla el pensamiento crítico, primero en nuestras reuniones docentes, y luego con los colegas alumnos.

Alejandro nos dejó el 18 de junio de 2011. Pocos meses antes recibí una noticia que me embargó de tristeza: su salud ya no le permitía seguir sosteniendo la función docente y me encomendaba el honor de reemplazarlo en la conducción de la Cátedra. Actualmente, junto con mis compañeros docentes, Rubén Barenbaum, Carlos Lamela, Mario Levin, Marcia Marinelli y María Delia Michat proyectamos nuevos caminos y desarrollos creativos para tratar de mejorar día a día nuestra comunicación con los colegas más jóvenes en nuestra disciplina. Creemos que es la mejor manera de honrar su memoria.

Gracias, Alejandro, por haberme enseñado a enseñar Psicofarmacología. Y por tu larga amistad.

Dr. Sergio Halsband