



**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 • apsa@apsa.org.ar

Comisión Directiva de APSA

Presidente

Dr. Horacio Vommaro

Vicepresidente

Dr. Analía Ravenna

Secretario

Dr. Luis Herbst

Prosecretaría

Dr. Laura Rosales

Tesorera

Dr. Nora Leal Marchena

Vocales Titulares

Dr. Darío Lagos

Dr. Silvia Aguayo

Dr. Graciela Onofrio

Dr. Mauricio Massacanne

Dr. Juan Cristóbal Tenconi

Dr. Ricardo Pérez Rivera

Vocales Suplentes

Dr. Hugo Dramisino

Dr. Federico Pavlovsky

Dr. Sebastián Romero Arena

Dr. Ernesto Serrano

Dr. Sara Amores

Dr. Ángel Uslenghi

Órgano Revisor de Cuentas

Titulares

Dr. Jorge Rubín

Dr. Guillermo Belaga

Suplentes

Dr. Gustavo Gómez

Dr. Esteban Pieckiwiez

Comité de Disciplina

Titulares

Dr. Alberto Sassatelli

Dr. Diana Kordon

Dr. Eduardo Fernández

Dr. Andrés Mega

Jacobo Gutman

Suplentes

Dr. Julio Brizuela

Dr. Elba Picot

Dr. Humberto Velázquez

Comité Editorial

(2011-2013)

Director

Hugo Dramisino

Comité Editorial

Guillermina Berkunsky

Tania Borda

Eduardo Burga Montoya

Gabriel Brarda

Julio A. Brizuela

Miguel Ángel Castro

Mariana Lagos

Nora Leal Marchena

Pedro Pieczanski

Hugo Pisa

Analía Ravenna,

Sergio Rojtemberg

Martín Ruiz

Comité Científico Nacional

Dr. Lucila Agnese

Prof. Dr. Ricardo Angelino

Dr. Ester Allegue

Dr. Sebastián Alvano

Dr. Sara Amores

Dr. M. de las Mercedes Baccaro

Prof. Dr. Héctor Basile

Dr. Jorge Berstein

Dr. Raquel Bianchi

Dr. José Bozzo

Dr. Julio Ángel Brizuela

Dr. Ingrid Brunke

Dr. Carlos Calatroni

Dr. Gustavo Carlsson

Dr. Hugo Carroll

Dr. Enzo Cascardo

Dr. Alfredo Cia

Dr. Cristina Deprati

Dr. Gustavo De Vega

Dr. Javier Didia Attas

Dr. Guillermo Dorado

Dr. Lucila Edelman

Dr. Luis Ellerman

Dr. Eduardo Espector

Dr. Celina Fabrykant

Dr. Juan C. Fantín

Dr. Guillermo Fernández

Dadam

Dr. Andrés Ferdman

Dr. Lía Marcela Fernández

Dr. Alejandro Ferreira

Dr. Pablo Gabay

Dr. Anibal Goldchluk

Dr. Nieves Grieco

Dr. Sergio Griselli

Dr. Rafael Groisman

Dr. Julia Gutreiman de Erlich

Dr. Sergio Halsband

Dr. M. Julia Herrero Chego

Dr. Yany Jaritonsky

Dr. 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

Dr. Elena Levin

Dr. Graciela Maltagliatti

Dr. Silvia Melamedoff

Dr. Verónica Mora Dubuc

Dr. Cecilia Moise

Dr. Liliana Moneta

Dr. M. Eliana Montuori

Dr. Carlos Moretti

Dr. Víctor Ocampo

Dr. Luis Ohman

Dr. Oscar Olego

Dr. Graciela Onofrio

Dr. Federico Pavlovsky

Dr. Adhélma Pereira

Dr. Humberto Persano

Dr. Elba Picot

Dr. Mónica Pucheu

Dr. Lía Ricón

Dr. Carlos Repetto

Dr. Jorge Rocco

Dr. Carlos Rodríguez Peña

Dr. Héctor Rubineti

Dr. Adriana Sánchez Toranzo

Dr. José Schliapochnik

Dr. Gabriel Schraier

Dr. Darío Saferstein

Dr. Susana Sarubbi

Dr. Tomás Sepich D'Almeida

Dr. Ernesto Serrano

Dr. Rafael Skiadaressis

Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro

Dr. Enrique Stein

Dr. Enrique Stola

Dr. Juan Cristóbal Tenconi

Dr. Elba Tornese

Prof. Dr. René Ugarte

Dr. Ana María Vaemet

Dr. Laura Valbonesi

Dr. Víctor Vergara

Dr. Juan José Vilapriño

Dr. Horacio Vommaro

Dr. Diana Zalzman

Dr. Julián Zapatel

Dr. Rodolfo Zaratiegui

Comité Científico

Internacional

Dr. Carmita Abdo (Brasil)

Dr. Miguel Adad (Brasil)

Dr. Sergio Aguilar Gaxiola (EEUU)

Dr. Renato Alarcón (Perú)

Dr. Julio Arboleda Florez (Canadá)

Dr. Alejandra Armijo (Chile)

Dr. Edgard Belfort (Venezuela)

Dr. Carlos Berganza (Guatemala)

Dr. Miguel Bernardo (España)

Dr. Eugenio Bayardo Cancela (Uruguay)

Dr. Joao Romildo Bueno (Brasil)

Dr. Carlos Cabán (Puerto Rico)

Dr. Enrique Camarena Robles (México)

Dr. Aitor Castillo (Perú)

Dr. Sissy Castillo (Costa Rica)

Dr. Cástulo Cisneros (Ecuador)

Dr. Rodrigo Córdoba Rojas (Colombia)

Dr. Rodrigo Chamorro

Oschilensky (Chile)

Dr. Jesús Ezcurra (España)

Dr. Jean Garrabé (Francia)

Dr. Silvia Lucia Gaviria (Colombia)

Dr. Antonio Geraldo da Silva (Brasil)

Dr. Francisco Golcher Valverde (Costa Rica)

Dr. José Miguel Gómez (Rep. Dominicana)

Dr. Miguel Gutiérrez (España)

Dr. Cecilia Idiarte Borda (Uruguay)

Dr. Elda Jirón González (Nicaragua)

Dr. Carlos León Andrade (Ecuador)

Dr. Marco López Butrón (México)

Dr. Juan Maass (Chile)

Dr. Eduardo Madrigal de León (México)

Dr. Cristóbal Martínez (Cuba)

Dr. Tirza Merino (El Salvador)

Dr. Rafael Navarro Cueva (Perú)

Dr. Humberto Nicolini (México)

Dr. Hernán Olivera Arauco (Bolivia)

Dr. Ángel Otero (Cuba)

Dr. Freedy Pagnussat (Uruguay)

Dr. Sybil Prado (Guatemala)

Dr. Virginia Rosabal Camarillo (Costa Rica)

Dr. Lexma Ruiz (Panamá)

Dr. Pedro Ruiz (EE.UU.)

Dr. Antonio Ruiz Taviel (México)

Dr. Ismael Salazar (Guatemala)

Dr. César Sánchez Bello (Venezuela)

Dr. Javier Saavedra (Perú)

Dr. Jesús Saavedra Caballero (Pto. Rico)

Dr. Kennet Vittetoe (Honduras)

Dr. Ángel Valmaggia (Uruguay)

Dr. Fátima Vasconcellos (Brasil)

Dr. Elvia Velázquez (Colombia)

Dr. Jaime Vengoechea (Colombia)

Dr. José Vernet Taborda (Brasil)

Dr. José Vera Gómez (Paraguay)

Dr. Laura Viola (Uruguay)

Dr. Raquel Zamora (Uruguay)

INDICE

Psiquiatras Argentinos Dra. Silvia Bermann	3
Editorial Comité de redacción	5
Editorial Comisión Directiva de APSA	6
El Hospital José Tiburcio Borda no es un manicomio Dr. Horacio Vommaro - Presidente de APSA	7
Ansiedad/Depresión: “La nueva Epidemia” <i>Anxiety/Depression: “The new Epidemy”</i> Dra. Marina Edith Bevilacqua	9
Intervenciones en Discapacidad Visual <i>Interventions in visual incapacity</i> Lic. María Nazaret Valentini	15
Psiquiatría ¿Especialidad Médica o Medicina Especial? Dr. Daniel Izrailit	19
Deporte y Violencia <i>Sports And Violence</i> Dr. Luis Ohman	23
El síntoma mental como orientador en la práctica clínica <i>The mental symptoms as orientators in the clinical practice</i> Dra Laura F. Gibilaro	29

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.

Número impreso en el mes de Agosto de 2013.
ISSN: 2313-9161

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. Sylvia Bermann (1922-2012)

Emblema de mujer que honró la Psiquiatría, la Salud Mental y Laboral, a través de su vida de compromiso ético-político y social.

*“Nacida en Córdoba en 1922, puedo decir que la inquietud por los problemas del trabajo y los trabajadores me viene de antiguo. A partir de la segunda y tercera décadas del siglo en la Córdoba posterior a la Reforma Universitaria en la cual mi padre, Gregorio Bermann, fue uno de los protagonistas, la atmósfera familiar era constantemente atravesada por los sucesos de la época (...) Así como en la figura de mi madre, Leonilda Barrancos, pedagoga y alumna brillante en la mejor época de la Escuela Normal de Paraná. Puedo evocar como temas muy presentes en mi infancia el sacrificio de Sacco y Vanzetti, los mártires de Chicago; La Unión Latinoamericana con Alfredo Palacios, Haya de la Torre, Manuel Ugarte y Augusto César Sandino; el Comité Pro Paz y Libertad de América contra la guerra paraguayo-boliviana con Deodoro Roca, Enrique Barros y Gregorio Bermann (...) Puso en vilo mi adolescencia, la participación de mi padre como Comandante Médico en la Guerra Civil Española, sus reiteradas exclusiones de la cátedra de Medicina Legal por defender la Reforma Universitaria, la constante preocupación por la fatiga y salud de los trabajadores. (...) Hice los tres primeros años de medicina en Chile en la época en que Salvador Allende era Ministro de Salud, del gobierno del Frente Popular, con quien mantuvimos cordial amistad. Me integré al Comité Central de la Juventud Socialista y a la dirección de la Federación de Estudiantes de Chile (...) Durante mi paso por las aulas universitarias y la Federación Universitaria de Córdoba de la que fui Secretaria General, planteaba la necesidad de la unión obrero-estudiantil para enfrentar los problemas nacionales”. Al decir de la propia Sylvia en su obra **“Trabajo Precario y Salud Mental”** (Narvaja Editor, Córdoba, 1997).*

En 1953 se casa con Arnaldo Torrents, médico y en 1954 nace su primera hija Irene Laura. Su segunda hija, Nora Beatriz, relata en su texto: **“Sylvia Bermann: mi madre”**: *“mi abuelo, Gregorio Bermann, tenía una clínica para enfermos mentales que había fundado en 1936. Mi mamá hizo su especialidad en Psiquiatría al igual que mi abuelo y mi tío Claudio. En 1954, se creó en el hospital de Avellaneda un servicio de Psicopatología que dirigió mi madre, donde luchó infatigablemente por la salud mental de aquella populosa ciudad llena de obreros y de gente muy humilde, villas miserias de gente venida del interior del país, expulsada por la falta de oportunidades”.*

La Dra Bermann describe así, su experiencia profesional y docente, en su libro Trabajo Precario y Salud Mental: “El ejercicio de la Psiquiatría y de acciones de Salud Mental desde un Hospital Público, así como la docencia universitaria en un ámbito obrero y popular del gran Buenos Aires, el Policlínico Presidente Perón en Avellaneda, me permitieron junto a la gran psicoanalista Marie Langer, una mayor aproximación a los problemas de este sector social, en particular de la mujer trabajadora. Fui profesora Titular por concurso de Salud Mental en la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata y Adjunta en la Psicología Médica en la UBA” (...) “Fue la rica aunque breve experiencia acumulada en el Instituto de Medicina del Trabajo en la Universidad de Buenos Aires, durante la primavera camporista lo que orientó y confirmó mis inquietudes en este sentido, ejercidas simultáneamente con otras actividades gremiales y sociales. Ejercí la Presidencia de la Federación Argentina de Psiquiatras en el período 1974-76. Su brusca interrupción, a raíz del proceso militar, conjuntamente con el secuestro y la desaparición de mi hija mayor, forzó la partida al exilio en México, donde también realicé tareas vinculadas con la salud de los trabajadores y en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.”

El Dr. Horacio Barri (médico sanitarista, miembro fundador de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Presidente del Movimiento por un Sistema Integral de Salud (MOSIS), y docente universitario), quien me facilitó la mayoría del material para esta reseña, conoció y trabajó con Sylvia, como rápidamente la llamaban, en Bs As, en 1974, siendo auditor de Salud Mental del IPAM (Instituto Provincial de Atención Médica de Córdoba).

“Frente a denuncias de las prácticas en Psiquiatría, pedí asesoramiento a las distintas entidades científicas en las que se sentían representados los psiquiatras cordobeses. La Federación Argentina de Psiquiatras, que presidía Sylvia fue la única que realizó la tarea y me asesoró acerca de normas de atención en Psiquiatría”.

Norah Bermann nos relata en el escrito dedicado a su madre: *“En abril de 1976 mi tío Claudio estuvo preso y el 13 de noviembre de 1976 se produce el secuestro de mi hermana Irene por parte del ejército. El hecho está debidamente documentado en el proyecto desaparecidos y en los documentos de Madres de Plaza de Mayo. Mamá se queda a cargo de Martín, hijo de Irene mi hermana y hace innumerables gestiones con organismos internacionales: la OEA, el embajador del Vaticano en Buenos Aires y con el obispo de las fuerzas armadas, además de los recortes en los periódicos y el recurso de habeas corpus que no dio ninguna respuesta. En mayo de 1977, mi mamá viaja a Brasil con un nombre falso y Martín como su hijo. El cuatro de junio de 1977 viajamos todos a México”.*

Sylvia nos transmite otra impactante experiencia autobiográfica: *“En 1979 participé activamente coordinando la Brigada Sanitaria “Adriana Haidar”, que fue a colaborar con el Frente Sandinista y el pueblo de Nicaragua (...) A mi regreso a Córdoba tanto desde el centro “Juan Biale Masse” para la Salud de los Trabajadores como desde la Comisión Intersectorial de estudios epidemiológicos en Salud Mental de la Provincia, continué realizando actividades en este sentido, vinculada también a la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y a los Encuentros Nacionales de Salud en el Trabajo. Integro la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames) y dirijo ahora el Instituto “Dr. Gregorio Bermann, clínica psiquiátrica que fundó mi padre en 1936”.*

El Dr. Barri nos recuerda: *“Volví a ver a Sylvia a fines de 1983, en que me encontraba haciendo un Curso de Medicina Social en México y me comunicaron que retornaba a la Argentina, prácticamente al día siguiente en que asumía Alfonsín. Desde principios de 1984 empezamos a trabajar juntos en el MOSIS (Movimiento por un Sistema Integral de Salud). Abordó con singular empeño la salud mental de las víctimas y familiares de los afectados por la dictadura, de los trabajadores de la mayoría de los sindicatos, realizando investigaciones relevantes. Recuerdo especialmente las reuniones iniciales de formación con las empleadas domésticas y también con las trabajadoras sexuales; su respeto, claridad y profundidad, daban cuenta de la perspectiva ética de su práctica y de su sensibilidad visionaria frente a las necesidades de los trabajadores y los derechos a conquistar. Sostuvo, mientras pudo el Sanatorio Bermann, tan caro a su historia y sus afectos, hasta que la gestión neoliberal menemista en el PAMI, favoreció las prácticas manicomiales y sofocó económicamente a la institución. Integró cuantos grupos e iniciativas hubiera a nivel local o nacional: ¡Siempre estaba! y lo hacía con creación y humor permanente, a pesar de sus dolores, de los que sólo hacía mención entre pares. Promovió la Estrategia de la Epidemiología Comunitaria propuesta por Gianni Tognoni y fue principal impulsora, de un grupo de asesoramiento, tarea que realizó ad honorem, en la gestión en salud municipal en Córdoba (2003-2007). A partir de sus 83 años, su salud comenzó a deteriorarse; aun así luchó denodadamente por seguir adelante con sus principios: “la lucha por los derechos”... siempre estaba preocupada por los demás ayudando o enseñando a compañeras “porque es importante prepararse” decía...”*

ApsiCo (Asociación de Psiquiatras Cordobeses) le dedicó íntegramente sus terceras Jornadas –año 2012- “Posibilidades y Aperturas de la Psiquiatría del siglo XXI” en reconocimiento a sus aportes a la Psiquiatría, la Salud Mental y a la Medicina Psicosocial. De esta manera honramos su vida donde su quehacer profesional, científico y académico fue el lienzo donde plasmó su compromiso ético y social.

Dra. Laura L. Rosales Arozarena

Médica Especialista en Psiquiatría General e Infanto Juvenil / Socia Fundadora de ApsiCo / Integrante de las Comisiones Directivas de APSA y ApsiCo/ Psiquiatra en “Casa del Joven” y Coordinadora del Comité de Ética de la Investigación en Salud Mental, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Comité de Redacción

Los miembros del Comité Editorial tenemos el agrado de presentar un nuevo número de SINOPSIS con la particularidad de contar con el sustantivo aporte de colegas no pertenecientes a Buenos Aires, por eso destacamos las presentaciones de Laura Gibilaro de Córdoba, Marina Bevilacqua de Paraná, Nazaret Valentini de Santa Fé, de Alberto Sassatelli de Córdoba e incluso nuestra sección "Psiquiatras Argentinos" está dedicada a una figura señera de la Salud Mental de Córdoba (escrita por Laura Rosales, también de la provincia mediterránea), creemos que ésta es una prueba contundente de nuestro intento de promover el trabajo de profesionales de las provincias, en total correspondencia con el espíritu federal que impera en nuestra asociación.

Por otra parte, hace más de un año, nos propusimos, entre otros estímulos, para alentar el intercambio de las producciones de los miembros de APSA en el ámbito de SINOPSIS, crear un premio. Así fue como inauguramos una modalidad para compartir y reconocer los artículos que van nutriendo a nuestra revista. Hemos elegido a nuestros congresos anuales como el espacio apropiado para el anuncio y entrega de nuestro PREMIO SINOPSIS. En tal sentido tenemos el honor de destacar que, en abril próximo pasado, hemos concretado -en ocasión del último congreso de Mar del Plata- la entrega del Primer PREMIO SINOPSIS a la Dra. Liliana Mato por su artículo, "Trastornos de la Conducta Alimentaria y autolesiones en la piel: manifestaciones de la clínica actual" (Sinopsis, año 24, número 48).

Desde este Editorial felicitamos a nuestra querida colega y celebramos la concreción de un nuevo paso en el camino iniciado de hacer de SINOPSIS un ámbito para el intercambio y la creatividad en la compleja trama que implica la riqueza de nuestra especialidad como disciplina clínica - social.

Apostamos a dar continuidad a esta iniciativa con el deseo que cada vez se sumen más voces y letras para convertir a SINOPSIS en la publicación que contribuya a dar identidad a la nueva cultura de APSA por la que venimos trabajando.



Dr. Hugo Dramisino, Dra. Mariana Lagos, Dra. Liliana Mato y Dra. Analía Ravenna

El 9 de marzo del corriente año se realizó la Asamblea General Ordinaria de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) en la cual se aprobaron la Memoria y Balance de los estados contables del año 2012. Con la vigencia del nuevo Estatuto se eligió por primera vez la nueva Comisión Directiva a través del voto secreto y por lista completa.

La Asamblea constituyó un ejemplo de participación y ejercicio democrático por parte de los socios quienes enriquecieron con sus opiniones y propuestas los puntos del orden del día que se pusieron a consideración.

Los puntos centrales del programa que se puso a consideración en la asamblea, para los dos próximos años, encarnan la continuidad, el enriquecimiento y la actualización de la nueva cultura para APSA iniciada en el año 2008. Sus aspectos principales se refieren a:

- 1) Defender el derecho de los argentinos a la salud en general, y a la salud mental, en particular, persistir en la defensa de la salud pública y del hospital público, así como en el respeto irrestricto de los derechos de los pacientes y los trabajadores de la salud, y el acceso igualitario y universal a la asistencia integral en la prevención, asistencia y rehabilitación.
- 2) Continuar bregando por una transformación racional de la asistencia psiquiátrica en los subsectores públicos, de obras sociales y privados, rescatando la concepción integral del rol profesional del psiquiatra.
- 3) Proyectar el Observatorio de Psiquiatría y Salud Mental de APSA, que funciona con más de 50 profesionales, entre jefes de los servicios de los hospitales generales, y directores de los hospitales de especialidad
- 4) Avanzar en la federalización de APSA que implica buscar todos los espacios de nucleamiento de los médicos psiquiatras en el país, a través de sus diversos centros de interés, y que esos espacios respondan a estos centros de interés de los psiquiatras. En ese sentido, ir nucleándonos por regiones, por provincia, porque esto es un aporte a la organización de la salud mental.
- 5) Desarrollar el Instituto Superior de Formación de Posgrado de la Asociación, donde, en este momento se dicta la carrera de Médico Especialista en Psiquiatría, no sólo en el área metropolitana, sino también en el Comahue. Son casi 130 médicos que están haciendo esta carrera entre ambas regiones. Asimismo existen acuerdos con la Universidad de Tucumán y con la Universidad del Litoral para abrir la carrera de especialista.
- 6) Lograr el perfil del psiquiatra que queremos con una formación integral, concibiendo la psiquiatría como una disciplina social, comprometida con la salud pública y con la mejor atención al paciente.
- 7) Continuar con el PROAPSI (Programa de Actualización en Psiquiatría), editado con la editorial Panamericana, para el dictado de un curso de tres años de formación para la recertificación.
- 8) Avanzar con los Psiquiatras en Formación (PEF). Es un ámbito muy importante, donde se nuclean residentes, concurrentes y todos los que cursan las carreras de la especialidad. Contribuye a ir formando el perfil de psiquiatra que queremos, y a participar con un compromiso con lo sanitario.
- 9) Federalizar las subespecialidades de la psiquiatría, los capítulos de APSA. Todos tienen un radio muy importante de acción, están en condiciones de federalizarse, de nuclear a los psiquiatras con intereses alrededor de las distintas subespecialidades. Pero además queremos que muchos de estos capítulos tengan acción hacia la comunidad
- 10) Seguir con la política de garantizar la participación societaria. Hemos tenido un crecimiento muy importante en este sentido. Más del 50% de los socios activos tienen su cuota al día, es decir, tienen un compromiso con la institución. Queremos seguir acercando, y hacer que todos los psiquiatras reciban el boletín semanal por vía electrónica de APSA, y estén informados de lo que su Asociación está haciendo.
- 11) Desarrollar la revista SINOPSIS que constituye un instrumento idóneo para que a través de sus páginas se expresen la actividad de la Institución y la opinión académica, científica y profesional de sus socios.

Para finalizar es importante destacar el significado del XXVIII Congreso de APSA realizado entre el 17 y 20 de abril próximo pasado en la ciudad de Mar del Plata. Se destacó por sus 5.200 participantes, por la calidad de los trabajos presentados, que desarrollaron el lema del Congreso y porque contribuyó al diálogo entre las distintas disciplinas, hubo muchos espacios donde la presentación de talleres, mesas y simposios, estuvo organizado a partir de concebir el diálogo interdisciplinar.

Hubo espacios que implicaron la transmisión de la experiencia, en una especie de diálogo entre las distintas generaciones, para conocer experiencias pasadas, no para copiarlas ni como nostalgia del recuerdo, sino en sentido crítico, para desarrollar experiencias nuevas que aportaran al acervo de la riqueza de nuestra disciplina. Fue un motivo de encuentro de todo el ámbito psiquiátrico y de la Salud Mental de nuestro país, con delegaciones del exterior, con el presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), con el presidente de la Asociación de Psiquiatras de América Latina (APAL), y presidentes de asociaciones nacionales amigas. Constituyó un lugar donde se avanzó en la confraternidad entre los psiquiatras.

Se realizó el Foro del Observatorio de Psiquiatría y Salud Mental de APSA, se hicieron encuentros con Asociaciones de Familiares y con integrantes de la Fundación Marita Verón donde se reiteró el compromiso institucional con dichas asociaciones.

En definitiva, el Congreso dejó en claro que frente a ciertas actitudes pragmáticas o de empobrecimiento de la clínica (reduccionismos biologicistas o comunitarios) hay que rescatar la multidimensión de lo humano de la vida.

El Hospital José Tiburcio Borda no es un manicomio

Dr. Horacio Vommaro
Presidente de APSA

El viernes 26 de abril 2013 la Policía Metropolitana irrumpió en el Hospital Borda violando las más elementales normas del derecho nacional e internacional sobre los espacios hospitalarios. Ninguna fuerza de seguridad debería irrumpir en un ámbito público como un hospital donde hay pacientes que son personas vulnerables y, más aún, si se trata de gente que padece trastornos mentales.

Inmediatamente la Asociación de Psiquiatras Argentinos –APSA- se hizo presente en el lugar y se dirigió a la Legislatura metropolitana para denunciar y exigir el cese de la brutal intervención. Se convocó a la prensa y se dio a conocer una declaración que manifestaba su más enérgico repudio al ingreso de efectivos de la Policía Metropolitana del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires al Hospital Borda, quienes armados con escudos, palos, escopetas con balas de goma, lanzagases y carros asalto desataron una represión indiscriminada.

Es un hecho muy grave el que fuerzas de seguridad ingresen de esta manera a un ámbito que se presupone está abocado al cuidado de la salud. Es muy grave el avasallamiento del hospital público, es muy grave la represión generalizada contra pacientes, sus familiares, médicos, enfermeros y trabajadores. Se trata de un hecho inadmisibles. La represión dejó más de 30 heridos entre pacientes, médicos y trabajadores del hospital.

La represión policial también dejó profundas consecuencias sobre los pacientes. Tras el ataque entre los pacientes domina el miedo que podría desembocar en distintas respuestas según sus patologías particulares: crisis de ansiedad, crisis psicóticas, fantasías suicidas, angustia, lo que han obligado al personal profesional de guardia a un estricto cuidado por el riesgo que corren los pacientes. La Asociación de Psiquiatras Argentinos finalizaba su comunicado “exigiendo una inmediata investigación sobre estos graves hechos y el castigo a los responsables de haber vulnerado la dignidad de los pacientes, de sus familias y de los trabajadores del hospital.

Sostenemos la defensa del hospital público, de la salud mental, y nuestro compromiso ético con la dignidad de los pacientes.”

El gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires esgrimió como argumento el conflicto por el espacio del Taller Protegido 19 que se inició el año pasado debido a que el gobierno porteño tiene previsto construir en ese lugar un Centro Cívico y, en varias oportunidades, intentaron desalojar el espacio. Sin embargo, haber padecido un acto de represión donde hubo heridos por balas de goma y bastonazos, resulta inadmisibles y no puede ser justificado por ninguna cuestión jurídica, en este caso incluso violada porque seguía vigente la medida cautelar.

Desde hace varias décadas, los talleres del Borda trabajan fundamentalmente con pacientes esquizofrénicos o que padecen distintos tipos de psicosis con el objetivo final de ofrecerles la posibilidad de una rehabilitación o la reinserción social. A través de la capacitación en algún arte u oficio, como puede ser la carpintería, la pintura o la electricidad, se les devuelve a estas personas la sensación de utilidad para la sociedad. Han cumplido un papel muy importante. Muchísimos pacientes se han podido compensar y lograron reinsertarse en sus familias y sus ámbitos de pertenencia. Incluso para quienes no era posible lograr la rehabilitación era beneficioso asistir, porque se trataba de un espacio de interacción social.

A lo largo de los últimos años el hospital ha evolucionado positivamente con mucho esfuerzo de sus trabajadores. Hay micro emprendimientos cooperativos, funciona la radio La Colifata, hay una buena rotación de pacientes que se internan y se externan, hay un abordaje grupal a través de la palabra y del cuerpo y hay unos 300 pacientes, abandonados por sus familias, pacientes sociales para quienes debe crearse una red intermedia, hoy inexistente en la Argentina, que los pueda contener.

El Hospital Borda cuenta con 30 servicios de internación psiquiátrica tanto de emergencia como de corto y largo plazo. En el hospital muchos pacientes aprenden oficios y muchos en situación de calle concurren por la comida. No sólo son atendidos por sus trastornos mentales sino que también se tiene en cuenta su salud física. Hay más de 100 talleres de rehabilitación de formación e incluso con salida laboral. Funcionan talleres de cine experimental, talleres de tango y se realizan distintas actividades artísticas.

El Borda tiene 700 pacientes internados de los cuales el 50% son pacientes que continúan internados por causas sociales

y/o familiares podrían salir pero no tienen a dónde ir más que a la calle. Estos pacientes no salen no porque el hospital no cumpla la Ley 26657 sino porque no existen los dispositivos alternativos (casas de medio camino, residencias protegidas, hostales, familias sustitutas). La evolución del hospital, las actividades que se realizan, los emprendimientos tienen como efecto que el paciente siente que el Borda los alberga. Por eso vale la pena recordar que el concepto de manicomio es un lugar donde un ser no es considerado como un sujeto, donde no se lo cuida, donde no se lo atiende. El manicomio es una lógica de pensar al trastorno mental. Mandar sujetos a la calle, a la anomia, al desamparo y a la no atención es una lógica manicomial. El concepto de manicomio está en una guardia general con un paciente que entra y sale, o termina atado a una camilla porque no se sabe qué hacer con él.

La defensa del Hospital Público y del Borda está basada en que es la única posibilidad para la población más vulnerable. Cuando se habla de las falencias si es a partir de la decisión de resolverlas y solucionarlas es parte de su defensa sino es destruir al Hospital de los más necesitados.

Ansiedad/Depresión: “La nueva Epidemia” | *Anxiety/Depression: “The new Epidemy”*

Trabajo acreedor del primer puesto en el Concurso Anual del Círculo Médico de Paraná (evaluado por jurado integrado por la AMA)

Dra. Marina Edith Bevilacqua

Especialista en Salud Mental – MP 9498
Médica Auditora
Integrante titular de la Comisión directiva de APSEER
Socia de APSA
e-mail: luccabb5@hotmail.com

Introducción

La Psiquiatría se ha definido como una rama de la Medicina que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos⁽¹⁾.

La importancia de determinar cuáles son las patologías prevalentes, radica en otorgar un marco objetivo que permita generar políticas de salud que impliquen un reforzamiento de las estrategias de promoción, prevención y asistencia.

Actualmente, y bajo la nueva Ley de Salud Mental Nacional⁽²⁾, las prácticas inherentes al abordaje de los trastornos psiquiátricos tienen que jerarquizar el cumplimiento de los derechos humanos; estimulando la aplicación de tratamientos ambulatorios, intervenciones interdisciplinarias, internaciones breves y voluntarias (evaluadas por dos ó más profesionales), rehabilitación y reinserción familiar-social y laboral.

El cambio en el proceder de nuestras prácticas tratando de adaptarlas para acompañar la aplicación de la citada ley, hace que actualmente estemos ensayando diferentes métodos ante situaciones complejas que requieren un urgente abordaje. Sin lugar a dudas estamos presenciando y vivenciando una crisis de paradigmas, hecho que nos obliga a tener una visión certera del estado del universo al que asistimos para poder reformular mecanismos óptimos que mejoren la calidad de vida de los individuos. Es necesario tener en cuenta que este cambio de modelo no reconoce sus raíces en el presente, sino que se inicia décadas anteriores con pioneros en la Psiquiatría Argentina que reconocieron la necesidad de cuestionar la Salud Mental como era concebida en aquellas épocas, entre ellos cabe destacar a:

- **Domingo Felipe Cabred:** (1859-1929): En 1897, junto al Dr. Eliseo Canton (quien era diputado), lograron la aprobación de la ley N° 3548 que ordenaba la creación de una Colonia Nacional de puertas abiertas u “Open Door”, la cual se fundó en 1908 (con el nombre de Colonia Nacional Psiquiátrica Dr. Domingo F. Cabred –primera en su tipo en América Latina). Calificó a los métodos implementados en este tipo de instituciones como la trilogía científica y humanitaria (libertad-trabajo-bienestar físico y moral). En esta Colonia se realizaban coordinación de salidas transitorias, actividades recreativas, deportivas y laborales remuneradas (agricultura, avicultura, producción de ladrillos), con finalidad de autoabastecimiento, rehabilitación y aprendizaje.
- **Enrique Pichon-Rivière:** (1907-1977) Fue uno de los introductores del Psicoanálisis en la Argentina. Su patrimonio principal es el aporte del concepto de Psicología Social (ciencia que estudia los fenómenos sociales e intenta descubrir las leyes por las que se rige la convivencia, investiga las organizaciones sociales y trata de establecer el comportamiento de las personas en grupos, sus roles y cómo ellos influyen en su accionar). Incorporó la psicoterapia grupal en nuestro país llevándola a la práctica en el Hospicio de la Merced (donde se desempeñaba), allí organizó a grupos de enfermeros para instruirlos mejorando su relación con los internos. Cito: “...la psicología social ofrece una mayor capacidad operacional y la posibilidad de hacer accesible el análisis a grupos de personas que no podrían costearse un tratamiento individual, es una democratización del psicoanálisis y, por lo tanto, lo hace más útil, eficaz para la sociedad...” “...la psicología social no pone su acento en la familia, sino en la interacción entre la familia y la sociedad...”⁽³⁾.

Objetivos

Obtener datos de las patologías prevalentes, población vulnerable e intervenciones realizadas en la institución en estudio para elaborar estrategias en Salud Mental. Se evaluó el semestre comprendido desde noviembre del 2010 hasta abril del 2011. Se realizó la revisión manual de 2370 historias clínicas y se redujo la población a 292 casos. Variables estudiadas: edad, sexo, diagnósticos según DSM IV y tipos de intervenciones.

Resultados

- Las patologías prevalentes fueron los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo.
 - Las mujeres son las que más consultan.
- Franja etaria vulnerable: entre los 19 y 40 años.
- La Psiquiatría sigue siendo la especialidad con mayor demanda.

Palabras clave

ansiedad – depresión – prevalencia – Psiquiatría – Psicología - Salud Mental

Summary

The proposal of the present article is to obtain data about: prevalent pathologies, vulnerable population and interventions made in the Institution under study in order to elaborate strategies to preserve Mental Health. The research was carried out from November 2010 to April 2011. The medical history has been made with 2370 people was revised and from these population, 292 cases were included in the research. The intervening variables were: age, sex, diagnoses according to DSM IV and types of interventions.

Results

- *Prevalent pathologies: anxiety disorder and states of mind disorders (depressive syndromes)*
 - *Female are principally mental health consulters.*
 - *It was determined that people between 19 and 40 years old are the most vulnerable population.*
- *Psychiatry is the most demanded medical specialty.*

Key words

anxiety - depression – prevalency – Psychiatry – Psychology – Mental Health

- **Mauricio Goldenberg:** (1916-2006). Pionero en el desarrollo de la Psiquiatría comunitaria. Implementó hospitales de día, servicios de extensión comunitaria en barrios marginales, servicios con abordajes interdisciplinarios, terapias breves individuales, grupales y familiares.

Fue consultor habitual de la OPS durante varias décadas y nombrado Director de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires en 1967. Desde ese cargo desarrolló e implementó el primer plan comprensivo de Servicios de Salud Mental –siguiendo el modelo interdisciplinario y bio-psico-social puesto a prueba originariamente en el servicio del Lanús, así como el establecimiento de consultorios externos y de inter-consulta psiquiátrica en todos los hospitales públicos mayores de esa ciudad. Su proyecto se basaba en los procesos de descentralización, desmanicomialización y reinserción social. Su trabajo fue obstaculizado por la necesidad del exilio ante las autoridades militares en 1976, quienes lo consideraban subversivo por su pensamiento orientado hacia la atención comunitaria⁽⁴⁾.

Por lo que se desprende de este breve repaso de nuestra historia los recursos en Salud Mental, hoy citados como innovadores, se vienen desarrollando hace muchos años atrás generando cambios en la formación y desempeño de los especialistas en Salud Mental.

Es difícil prever el futuro. Las variables que lo determinan son tantas, que limitan la posibilidad de pronóstico. No obstante, cabe expresar la esperanza de que a medida que mejore la situación del país, mejore también la asistencia en materia de Salud Pública⁽⁵⁾.

Material y Métodos

El presente estudio se realiza en base a datos obtenidos del Centro Provincial de Orientación en Salud Mental (Paraná V), único Centro de Salud monovalente de la Provincia de Entre Ríos. No tiene área programática, por lo que asisten personas de diferentes puntos de la ciudad y de otras. En relación a los criterios de admisión a la Institución tampoco hay límites en cuanto a las edades y se asiste a personas con todo tipo de trastornos psiquiátricos o padecimientos psíquicos. El equipo de trabajo está compuesto por diez psicólogos, tres psicopedagogos, tres trabajadores sociales, un enfermero y dos médicas especialistas en Salud Mental. En esta Institución se realizan diferentes tareas de promoción, prevención y asistencia. Por cuestiones inherentes al grado de complejidad de la Institución no se asisten urgencias psiquiátricas, ya que carecemos de farmacia e infraestructura para abordarlas. En dichos casos se contiene al paciente y familiares o acompañantes hasta poder coordinar con el único Hospital (en Salud Mental, monovalente) que recibe a pacientes psiquiátricos en nuestra ciudad para la internación (solo si el equipo interdisciplinario previamente evaluó que no había otra alternativa terapéutica).

Habiendo descripto la fuente de dónde parten los datos del presente se detallan las características del mismo desde el punto de vista epidemiológico; se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, se fundamenta en una serie de análisis y pruebas para llevar a cabo la valoración de los resultados. Es un ensayo de corte transversal⁽⁶⁾.

Al carecer de un sistema informatizado, se realizó la revisión manual de 2370 historias clínicas (se excluyeron los documentos inactivos por más de 1 año). Se determinó como grupo de estudio las historias clínicas en las que había intervenciones realizadas en el semestre comprendido entre el mes de noviembre del 2010 y el mes de abril del año 2011. El grupo sometido a análisis se redujo a 292 historias clínicas (muestra representativa del universo en el que está inmerso), de ellas se extrajeron los siguientes datos⁽⁷⁾:

- Sexo
- Edad
- Especialidades intervinientes y número de las mismas (Psicología, Psicopedagogía, Trabajo Social, Psiquiatría y Clínica Médica)
- Diagnósticos según DSM IV⁽⁸⁾

Seleccionamos las variables que someteríamos al estudio y establecimos los criterios para su registro:

Variables:

1. Sexo:

- Mujer
- Hombre

2. Edad: se conformaron seis grupos etáreos:

- Desde el nacimiento hasta los 12 años.
- De los 13 a los 18 años.
- De los 19 a los 40 años.
- De los 41 a los 60 años.
- Mayores de 60 años.
- Grupo sin registro por falta de datos en historia clínica.

3. Diagnóstico: se realizó mediante la codificación del Manual de Trastornos Psiquiátricos DSM IV. Se compactaron los mismos realizando 12 categorías⁽⁸⁾:

- Del F00 al F09: demencias y trastornos cognitivos mnésicos de origen orgánico.
- Del F10 al F19: trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.
- Del F20 al F 29: esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Del F30 al F39: trastornos del estado del ánimo (depresiones, bipolaridades, ciclotimias, etc.).
- Del F40 al F49: trastornos de ansiedad (trastorno de angustia con o sin agorafobia, fobias, trastornos por estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizado, trastornos adaptativos, etc.) y trastornos somatomorfos (trastorno de somatización, trastorno de conversión, hipocondría, etc.)
- F60: trastornos de la personalidad.
- Del F70 al F79.9: retrasos mentales.
- Del F80 al F90: categoría heterogénea en donde se agrupan otros trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia.

- Códigos Z: otros problemas que pueden ser objeto de atención (códigos V para el CIE 9 MC).
- Grupo que sólo acude por controles clínicos.
- G40 y 41: pacientes con epilepsia.
- Pacientes sin diagnóstico específico o el mismo se encuentra en estudio.

4. Especialidades intervinientes:

- Psiquiatría
- Psicología
- Trabajo social
- Psicopedagogía
- Clínica médica
- Prácticas interdisciplinarias (participación coordinada de 2 ó más disciplinas)

Los resultados numéricos fueron plasmados en una planilla de referencia⁽⁷⁾ y reconvertidos en porcentuales para mayor claridad en el momento de la lectura y de los gráficos.

Resultados

Del grupo estudiado y teniendo en cuenta la variable sexo se observa que el 63% corresponde a consultas realizadas por mujeres (gráfico 1).

Según las edades, las personas que tenían entre 19 y 40 años son las que más consultan a nuestra Institución. El rango se extiende, casi con el mismo número de personas, hasta los 60 años (gráfico 2).

Las patologías prevalentes, presente en el 53% de la población estudiada, son los trastornos de ansiedad y somatomorfos (se destacan, por su frecuencia, el trastorno de ansiedad generalizada y los trastornos adaptativos). Del total de éstos, el 66% afecta a mujeres y el 34% a hombres (se debe tener en cuenta que los hombres no consultan con la frecuencia que lo hacen las mujeres).

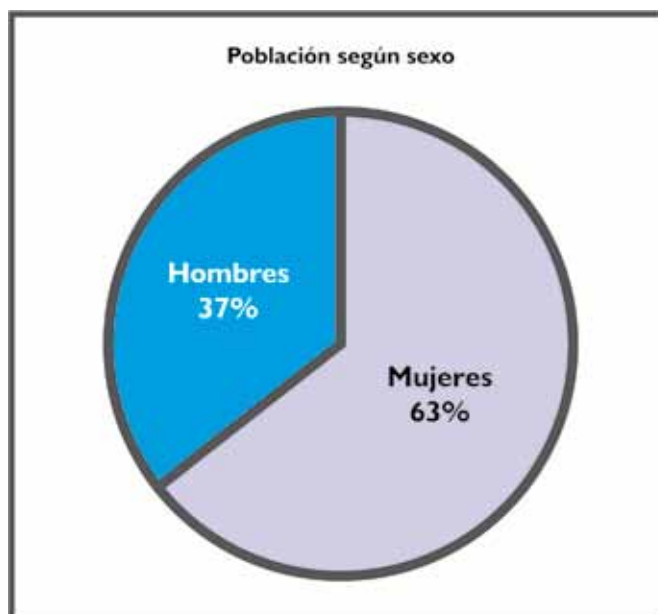
Le siguen con un 14%, aproximadamente, los trastornos del estado del ánimo, de los que toman jerarquía los síndromes depresivos, de los cuales los reactivos o situacionales o neuróticos son los más frecuentes, por lo que el abordaje mediante psicoterapia está indicado y se evalúa la necesidad de tratamiento farmacológico según cada caso (gráfico 3).

Se debe aclarar que las cifras relativas al calcular las prevalencias (número de casos de una patología específica sobre el número de casos totales en estudio nos otorga una cifra que va de 0 a 1) para mejor lectura y entendimiento, fueron reconvertidas en porcentuales.

De los datos obtenidos se desprende que la asistencia psiquiátrica (como única especialidad interviniente) sigue siendo la prevalente, alcanzando al 34,9% de la población en estudio (gráfico 4).

El abordaje interdisciplinario ha tomado una real importancia, llegando esta modalidad de trabajo al 29,8%.

El tratamiento sólo psicológico se observa en el 27,8% de los casos estudiados.



• Gráfico 1: Del grupo estudiado y teniendo en cuenta la variable sexo se observa que el 63% corresponde a consultas realizadas por mujeres

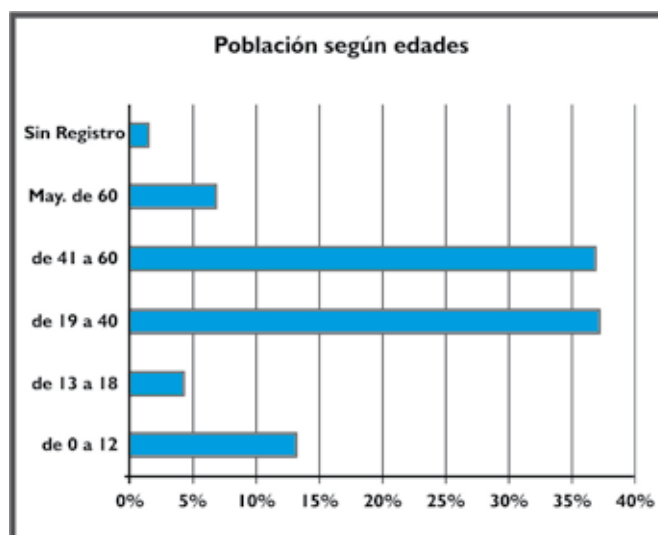


Gráfico 2: Según las edades las personas que tenían entre 19 y 40 años son las que más consultan a nuestra institución. El rango se extiende, casi con el mismo número de personas, hasta los 60 años.

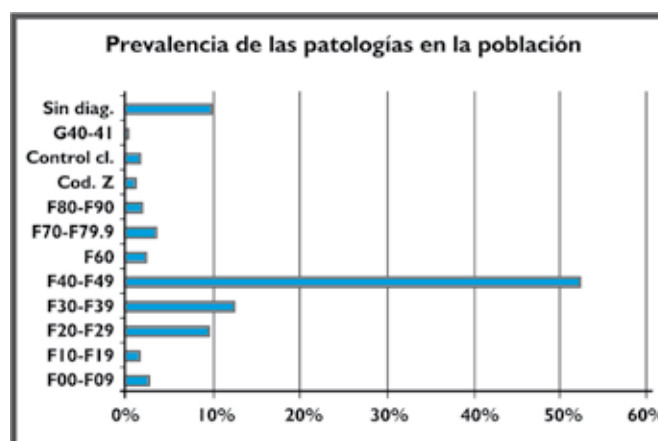


Gráfico 3: La patología prevalente presente en el 53% de la población son los trastornos de ansiedad y somatomorfos. Le siguen, con un 14% aproximadamente, los trastornos del estado del ánimo (de los que toman jerarquía los síndromes depresivos – F32).

Discusión

Por los resultados obtenidos puedo afirmar que una gran parte de nuestra población padece de trastornos de ansiedad (dentro de una estructura neurótica desde la visión psicoanalítica).

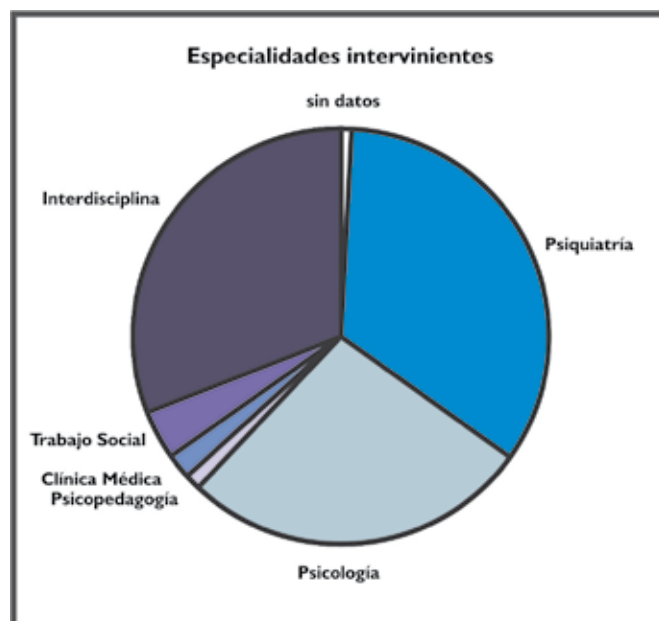
Se debe poder diferenciar lo que es la angustia normal de la patológica para poder determinar la estrategia terapéutica y no incurrir en la medicalización de las emociones normales. La angustia/ansiedad patológica queda definida por ser más corporal, desproporcionada al estímulo y persistente por encima de los límites adaptativos, ya que mantiene al sujeto en un estado de hiperactivación inadecuada que afecta el rendimiento, el funcionamiento psicosocial y la libertad personal⁽¹⁾. Clásicamente se ha tratado de diferenciar a la angustia de la ansiedad considerando que desde el punto de vista psicopatológico ofrecen matices diferentes. La angustia posee un carácter más somático o visceral (opresión precordial y epigástrica); en cambio la ansiedad se manifiesta como más fluida y espiritual, presentando síntomas respiratorios predominantes (falta de aire, ahogos, sobresaltos). A los efectos prácticos se consideran como sinónimos, dado que en los últimos tiempos se ha establecido esta tendencia⁽⁹⁾.

Debido a la importancia (según los resultados obtenidos) que adquieren los trastornos de ansiedad y específicamente dentro de ellos los de ansiedad generalizada y los adaptativos, haré una breve reseña en relación al cuadro sindrómico que los caracteriza:

- **Trastorno de ansiedad generalizada:** enfermedad que comprende una preocupación excesiva e incontrolable la mayoría de los días durante por lo menos seis meses. Provoca alteración en el desempeño de las actividades habituales de la vida. Presenta alteraciones cognitivas, conductuales (disfunción en la ejecución de sus tareas habituales) y fisiológicas. Todas estas manifestaciones, a lo largo del tiempo, generan un cuadro de marcada psicoastenia con fatiga y alteración en la capacidad de concentración (disprosexia).

Criterios diagnósticos según DSM IV:

1. Ansiedad y preocupación excesiva, la mayor parte de los días, durante un periodo mínimo de seis meses.
2. Estas preocupaciones excesivas son difíciles de controlar.
3. La ansiedad y la preocupación se asocian por lo menos con tres de los siguientes síntomas: inquietud, dificultad para concentrarse, fatiga fácil, irritabilidad, tensión muscular, alteración del sueño.
4. Tanto los síntomas de ansiedad como los de preocupación generan un distrés y una disfunción vital significativos.
5. El motivo de las preocupaciones no se encuentra restringido a hallazgos en otras alteraciones del eje; por ej., la preocupación del paciente no es acerca de tener nuevos ataques de pánico, lo cual sería el caso de un trastorno de pánico; o de presentar múltiples quejas somáticas, como puede ser un trastorno somatoforme. Tampoco la ansiedad y preocupación están referidas a sucesos traumáticos, como puede ser el caso de un trastorno de estrés posttraumático.



• Gráfico 4: el 34,9% de la población estudiada sólo realiza tratamiento psiquiátrico. El 27,8% sólo es asistido mediante terapia psicológica. El 29,8% es tratado mediante el trabajo interdisciplinario.

6. El trastorno no está relacionado directamente a los efectos de una sustancia, sea medicación o droga de abuso, o una condición médica general, como puede ser un hipertiroidismo, ni ocurre exclusivamente durante el trastorno de humor, un trastorno evolutivo de desarrollo o una psicosis.

- **Trastornos adaptativos:** desórdenes que se caracterizan por presentar una respuesta psicológica a uno o varios estresantes claramente identificables (por ejemplo: enfermedad médica incapacitante o crónica, dificultades económicas o emocionales como divorcio, separación, problemas matrimoniales, dificultad en los negocios, casarse, tener hijos, jubilarse, etc.) que se traduce clínicamente en síntomas emocionales o de comportamiento significativos.

Criterios diagnósticos según DSM IV:

1. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
2. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo: a) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante. b) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
3. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.
4. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
5. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

Según el mencionado nomenclador podemos encontrar: trastornos adaptativos con estado de ánimo depresivo o con an-

siedad o mixtos o con trastornos del comportamiento o con alteración mixta de las emociones y el comportamiento. Se debe especificar si es agudo o crónico.

Dada la semejanza o punto de encuentro de estos trastornos y su inevitable evolución hacia un cuadro de psicoastenia (ya que ningún individuo puede soportar psíquica y físicamente estos estados de ansiedad por tiempo prolongado) donde se comparten características de los síndromes depresivos reactivos, es que en la actualidad se ha instaurado el llamado “espectro ansioso-depresivo” al que algunos aportan el término de “somatomorfos” (por las frecuentes somatizaciones y deterioro físico que desencadenan).

Desde el punto de vista neurobiológico los trastornos de ansiedad han sido atribuido principalmente a una disfunción del sistema serotoninérgico (es por ello que en el tratamiento farmacológico se utilizan inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: IRSs. La aparición de estas drogas ha tenido un impacto extraordinario en el tratamiento de los llamados trastornos del espectro ansioso-depresivo). Otros neurotransmisores implicados son: el glutamato (excitatorio por excelencia), el ácido gama-amino-butírico o GABA (molécula inhibitoria que integra el sistema de freno del cerebro, necesario para interrumpir los disparos neuronales) y la noradrenalina (responsable de la activación de los sistemas corporales, interviniendo en la activación autonómica del sistema nervioso periférico)⁽⁹⁾.

En muchas ciudades de nuestro país es posible dosar los neurotransmisores para poder evaluar la alteración en forma específica y realizar el tratamiento acorde. En nuestra Provincia aún no se pueden realizar éstos laboratorios, primero por sus costos y segundo porque las obras sociales no lo reconocen en su nomenclador, por lo que nos seguimos basando en la clínica psiquiátrica para determinar las conductas a seguir. Si se ha adoptado en unas pocas áreas de la administración públicas para evaluar al personal que transita por períodos de reposo laboral debido a enfermedades psiquiátricas. Cabe aclarar que la gran mayoría de los mencionados reposos por tratamiento de largo plazo en nuestra Provincia son por indicaciones de los médicos especialistas en Salud Mental, hecho a tener presente al evaluar los costos relacionados al estado actual de la población.

El grupo de mayor riesgo es el que presenta edades comprendidas entre los 19 y 60 años (edad productiva y en la que se presentan constantes cambios/crisis).

Si bien acuden a la consulta más mujeres, se debe reconocer que el hombre es más reticente a la consulta en la materia, por lo que no estoy en condiciones de afirmar que la mencionada población presenta menos riesgo de padecer éstos trastornos.

Reconociendo y jerarquizando que la interdisciplina (caracterizada por la cooperación entre las diferentes ramas que intervienen en la atención de la Salud Mental, la reciprocidad, el intercambio y, como resultado, un enriquecimiento en las intervenciones) ha contribuido a una optimización de los recursos humanos y a un mejor abordaje de las patologías en general, se puede afirmar que la consulta directa o por derivaciones específicas a la especialidad en Psiquiatría sigue siendo la más demandada, esto revalida la importancia del tratamiento farmacológico que, aplicado oportunamente, cuando el caso

lo demande y por el tiempo establecido (según la evolución de cada individuo), genera una mejoría subjetiva que se refleja directamente en la calidad de vida del paciente repercutiendo indirectamente en el entorno donde se desempeña.

Se debe destacar que el abordaje interdisciplinario ha generado la apertura de un abanico de posibilidades en el tratamiento que disminuyen el riesgo de la sobre medicación (hecho que siempre fuera cuestionado en el ejercicio de nuestra especialidad). La asociación del abordaje terapéutico por medio de la Psiquiatría y la Psicología es una de las fórmulas más implementadas en muchos de los trastornos psiquiátricos. Si bien los especialistas en Psiquiatría estamos validados (por nuestra formación) en la realización de psicoterapia, cabe aclarar que en el lugar donde se origina el presente estudio es prácticamente imposible poner dicha capacidad en funcionamiento; esto se debe a la gran demanda y a escasez de recursos en nuestra especialidad (página 7: constitución del equipo) hecho que nos limita temporalmente al momento de la asistencia. Por las mismas razones tampoco nos es posible realizar tareas de prevención y promoción extramuro, por lo que nuestra labor queda confinada (lamentablemente) a los límites del consultorio. El área de trabajo social, terapeutas ocupacionales, acompañamientos terapéuticos, sumó una visión holística del individuo y toman gran importancia al momento de favorecer el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos (sobre todo cuando no hay familia continente), la rehabilitación y la reinserción social.

Dentro de la Institución no se ha llegado a la ejecución del trabajo transdisciplinario, entendida como una etapa superior de integración disciplinar donde se llega a la construcción de sistemas teóricos totales, sin fronteras sólidas entre las disciplinas, fundamentadas en objetivos comunes y en la unificación epistemológica y cultural. Posibilita la articulación de otros marcos, al proceso de conocimiento específico de una disciplina, de tal forma que podría decirse que en la actualidad los paradigmas de una ciencia o saber no le pertenecen exclusivamente. Mucho deberíamos avanzar, en lo individual y en lo grupal, para poder desempeñarlo.

Conclusiones

De los 292 casos en estudio se destaca claramente la dominancia de los trastornos de ansiedad y somatomorfos. Por ello es que se deben mencionar los factores intervinientes:

- Factores genéticos (que aumentan el riesgo de padecer disfunción a nivel neuronal)
- Factores predisponentes (ligados a la historia infantil)
- Factores desencadenantes (ligados a la situación actual vivenciada)
- Factores perpetuantes (ligados al entorno inmediato actual)

Estos trastornos tienen una gran tendencia a la cronicidad y a gatillar o descompensar trastornos orgánicos como: diabetes, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, síndrome ácido sensitivo, colon irritable, enfermedades de piel (ej.: lupus eritematoso sistémico, psoriasis, etc.) síndrome metabólico, etc. con todos los riesgos que derivan del padecimiento de estas enfermedades.

Muchas veces el paciente con su cuadro psicopatológico de base en status crónico llega a la consulta observándose una marcada psicoastenia, hecho que genera su diagnóstico de depresión (convirtiéndose en un trastorno del estado de ánimo que requiere un abordaje más complejo).

Asimismo, aumenta el riesgo de abuso de sustancias psicoactivas (de dos a tres veces más que en la población general).

Es necesario que se generen políticas de salud que aborden el problema con la relevancia que presenta, no sólo por las repercusiones nefastas que originan en el propio individuo sino por el costo económico que genera la asistencia de la patología en sí misma y de sus complicaciones.

Debe ser tratada como lo que realmente es: “una enfermedad endémica, en vías de expansión y de evolución progresiva”. Se deben garantizar la observancia de los derechos humanos (de tener una infancia, adolescencia, adultez y vejez digna- saludable). Es necesario no solo remitirnos a la nueva Ley en Salud Mental, sino a las Leyes en general que contemplan la protección del individuo en sí mismo, tejiendo las redes necesarias (sociales, familiares, laborales, etc.) para la contención de la

situación actual en la que todos estamos inmersos siendo partícipes de los resultados observados y del potencial cambio.

Considero necesario que al momento de relevar datos sean evaluados específicamente los factores desencadenantes y perpetuantes, que son los que nos orientarán a encontrar la puerta de entrada que nos conduzca en la elaboración de estrategias óptimas a seguir (la utilización de la evaluación multiaxial del DSM es una herramienta útil a considerar para su implementación y uso para todas las disciplinas).

Es importante concluir que la población en riesgo real, según el presente estudio, es la que afronta los avatares de la vida actual o cotidiana con los recursos psíquicos que tienen, los cuales pueden ser más o menos eficientes hecho que determinaría el menor o mayor riesgo de padecer síntomas del espectro ansioso-depresivo (característica a la que se refieren cuando se menciona la vulnerabilidad individual).

Por último, deseo agradecer a todos los compañeros de trabajo que, de una u otra forma colaboraron para la concreción del presente trabajo, ayudando en el relevo de datos e incentivándome en el cansancio para continuar.

Referencias bibliográficas

- 1- Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría, 6ª Ed., Barcelona (España): Ed. Elsevier-Masson, 2006
- 2- Ley Nacional N° 26657 de Salud Mental – Boletín Oficial del Estado, 03-12-2010 – Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación.
- 3- Vicente Zito Lema, “Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière” sobre el arte y la locura, 1ª Ed., Buenos Aires (Argentina): Ed. Timerman, 1976.
- 4- Wolfson Mariano, “Mauricio Goldenberg una revolución en la Salud Mental”, Ed. 2009, Buenos Aires (Argentina): Ed. Capital Intelectual, 2009.
- 5- Marchant, N., Monchablón Espinoza, A. Tratado de Psiquiatría, Tomo I, 1ª Ed., Buenos Aires (Argentina): Ed. Grupo Guía S.A. – A.A.P., 2005.
- 6- Métodos Cuantitativos. URL: www.wikipedia.org – 2011.
- 7- Anexo: planilla de datos (adjuntada en documento aparte con formato office Excel) – Historias clínicas. Centro Provincial de Orientación en Salud Mental, Paraná (Argentina). 2010-2011.
- 8- DSM IV on line. URL: www.es.wikipedia.org – 2011.
- 9- Cía., A., La Ansiedad y sus Trastornos, 2ª Ed., Buenos Aires (Argentina). Ed. Polemos, 2007.

Intervenciones en Discapacidad Visual |

Interventions in Visual Incapacity

Lic. María Nazaret Valentini

Universidad Nacional de Rosario
Centro de Rehabilitación para Personas con
Discapacidad Visual "Valentín Haüy"
(Psicóloga Titular)
Miembro del Capítulo Salud Mental, Actividad
Física y Deporte de APSA
e-mail: nazarevalentini@hotmail.com

Resumen

La idea de este trabajo es brindar algunas herramientas a las personas que estén interesadas en comenzar a trabajar con discapacidad visual.

Lo primero que intentaré es hacer un breve recorrido histórico sobre la ceguera, para dar cuenta cómo fue evolucionando hasta llegar a la idea actual de ser considerada como un déficit en el sistema sensorial. Luego continuaré con una mirada sobre la estructuración psíquica en la ceguera congénita, me referiré sobre la importancia de las funciones maternas primordiales siguiendo las hipótesis de Winnicott, el sostenimiento o sostén (*holding*), la manipulación o manejo (*handling*), y la presentación objetal (*objet-presenting*) y del rostro de la madre como imagen simbólica en la constitución psíquica.

Mi planteo es cómo se debe reformular el diálogo madre e hijo cuando no contamos con las imágenes que, convencionalmente, reflejan las emociones y tampoco hay una incorporación espontánea de la información que brinda el mundo externo.

Por último, daré cuenta de la necesidad que en la terapia de personas con discapacidad visual se realice un planteamiento transdisciplinario, en el que, más allá de trabajar con el mundo interno, se recurra a herramientas específicas para el manejo del mundo externo con la finalidad de habilitar una vida autónoma.

Palabras clave

Discapacidad visual - Ceguera Congénita -
Función Materna - Imagen Simbólica -
Rehabilitación

Summary

The idea of this work is to offer some tools to persons who are interested in working with visual incapacity.

The first thing we do is a short history survey of the blindness, to expose how it evolved until the actual idea of being considered as a deficit with a survey over the psychological structuring in the congenital blindness, I will refer to the importance of the maternal functions, holding, the objects handling and the mothers face as a symbolic image in the psychic constitution.

The reformulation of the dialog between mother and son when we dont count neither with images which, conventionally, reflect the emotions, nor with a spontaneous incorporation of the information offered by the external world.

Ultimately I will account for the necessity, that the therapy of with persons having visual incapacity should be realized as a transdisciplinary call, where the final goal is to give an autonomous life, beyond al the work done with the internal world.

Key words

Visual incapacity - Congenital blindness- maternal functions- rehabilitation

El niño se constituye no en su cuerpo, sino en ese "extra" cuerpo del lazo con el otro y la alteridad que esa relación le propone por medio de las creencias e ideales, anticipándole un futuro...

Esteban Levin

¿Qué sucede con la constitución psíquica en la discapacidad visual congénita? Cito esta frase de Levin como disparador para el tema. Nos posicionamos en la idea de cómo se va constituyendo un niño con ceguera, el vínculo con la madre, cómo se interpreta el mundo cuando las representaciones mentales no cuentan con la percepción visual y cuando la idea de echar una mirada a las cosas no es posible. La ceguera es entre las discapacidades una de las que más inhibe, más desorienta y más atravesada por mitos está.

Si hacemos un análisis histórico vemos que la idea que se tiene sobre la persona ciega ha ido cambiando constantemente hasta llegar al momento actual. Desde la mitología griega se comienza a hablar de la ceguera y se le da un valor trascendente, "es el que puede ver más allá". Tiresias, hijo de Everes y de la ninfa Chariclo, era uno de los videntes más famosos de la mitología griega, hay dos versiones sobre su ceguera y sus poderes paranormales. En la primera se dice que, en cierta ocasión, vió a la virginal diosa Atenea bañándose desnuda junto a su madre, después de eso, Atenea le privó del sentido de la vista, dándole a cambio el entendimiento del lenguaje de las aves y el poder para predecir el futuro, asegurándole una larga vida. Según la otra versión, Tiresias, encuentra a dos serpientes copulando en la montaña y golpea a la hembra con su vara, que como venganza lo transforma en mujer. Ocho años después, siendo aún mujer, encuentra a las mismas serpientes pero en esta ocasión golpea a las dos, y así es devuelto a su estado primitivo de hombre. Un día, cuando el rey de los dioses Zeus y su esposa Hera se encuentran discutiendo sobre cuál de los dos sexos disfruta más haciendo el amor, Tiresias fue el elegido para hacer la prueba definitiva. Tiresias afirmó que la mujer disfruta más que el hombre, respuesta que enfada a Hera y lo deja ciego. Nada pudo hacer Zeus para rectificar la cruel acción de Hera, pero lo compensa, dándole el don de la clarividencia.

Otro giro de la historia cambia completamente el valor social de la ceguera que deja de ser una recompensa de los Dioses y pasa a ser el estigma de una vida pecaminosa. Con el surgimiento de la sífilis, la ceguera comienza a multiplicarse y a cargar con todo el peso social y moral que acarrea la enfermedad que en esa época estaba especialmente reservada a navegantes, mendigos y prostitutas. En esa época la persona ciega es el representante de la mala vida, la que no cumple con los principios morales, y su hijo es el hijo del pecado. Si la infectada es mujer y está embarazada, el bebé infectado puede tener, entre otros males, retraso mental, ceguera, meningitis, malformaciones o nacer muerto. Desde ese momento se comienza a ocultar la ceguera porque representa todo lo marginal y pecaminoso.

Con el paso del tiempo se comienza a hablar de un sexto sentido en las personas ciegas que les sirve como un radar similar al de los murciélagos, que pueden percibir los objetos por vibraciones o sensaciones que los mismos emiten.

Recién en 1786 hay un giro importante en la concepción de la ceguera y es cuando Valentín Haüy funda en París el Instituto de los Niños Ciegos, primera escuela

para la instrucción y colocación laboral de personas ciegas. A partir de ese momento se comienza a pensar en la idea de educar a las personas con discapacidad visual, se las comienza a mover del mito y se empiezan a ver las potencialidades de las mismas.

Valentín Haüy diseña un método de escritura para ser descifrado con el tacto. Se trata de un proceso de impresión de tipos de gran tamaño, en relieve y con tinta negra, sobre cartulina húmeda; aquellas letras y cifras podían ser leídas con los dedos. De esa manera se comienza con la primera alfabetización de las personas con ceguera. Uno de los alumnos fue Louis Braille quien da un paso más e inventa el sistema de lectura Braille que consta de 63 caracteres formados de uno a seis puntos y que al ser impresos en relieve, en papel, permiten la lectura mediante el tacto. Con la alfabetización de las personas ciegas comienza un nuevo paradigma, ya no sólo es posible que se alfabeticen, sino también se empieza a valorar la posibilidad que se inserten laboralmente. De esa manera se da un giro de esta visión que limitaba, donde no había expectativas de autonomía personal, a la concepción actual (que se ha reforzado con la informática adaptada y la aparición de internet), donde la persona con discapacidad visual si se rehabilita y cuenta con las herramientas necesarias puede constituirse en una persona autónoma que puede elegir el tipo de vida que desea llevar a partir de su deseo y de un proyecto propio que le permita construir una existencia digna.

Este breve recorrido histórico sobre la ceguera no tiene otro objetivo más que el de plasmar como fueron cambiando las concepciones y los posicionamientos al momento de mirar al sujeto ciego, y también da cuenta de por qué todavía es una de las patologías de las que menos se sabe y más limita a las personas al momento de tener que tratar a una persona con discapacidad visual.

Función materna en la ceguera congénita

Retomando la idea del principio de este trabajo, intentaré exponer, a partir de las distintas corrientes psicológicas, cómo se realiza la constitución psíquica en la ceguera congénita teniendo en cuenta fundamentalmente el vínculo mamá - bebé. Este bebé que puede mirar y es mirado por su mamá pero de una manera distinta.

El bebé al nacer no existe como tal, sino que lo que existe es un puñado de anatomía y de fisiología, un potencial a desarrollarse, un ser totalmente dependiente que se va a ir constituyendo y que necesita de un otro que le vaya decodificando el mundo, que lo pueda libidinizar y narcisizar, y que lo inscriba en una cadena simbólica. La encargada de estas primeras inscripciones simbólicas es la madre. Winnicott habla de una madre suficientemente buena, capaz de desarrollar las funciones maternas pero que también pueda frustrar para que el niño pueda transitar desde una dependencia absoluta hasta un estado de independencia. Cuando nos referimos a esta madre, nos referimos a la función materna. La función implica una acción, más allá del individuo concreto, biológico, que realiza el cuidado materno. De ahí que la función maternal puede ejercerla, indistintamente, todo aquel que tenga condiciones y disposición para hacerla.

Las funciones maternas primordiales son tres: el sostenimiento o sostén (*holding*), la manipulación o manejo (*handling*), y la presentación objetal (*objet-presenting*). Estas tres funciones determinan, de forma correlativa, una forma de desarrollo en el bebé: un primer proceso de integración, en la fase de dependencia absoluta; un proceso de personificación en aras de la unidad psique-soma; y un proceso de realización que fundamenta la capacidad de establecer relaciones interpersonales.

La función del sostenimiento (*holding*, “hold”: sostener; amparar, contener) es un factor básico del cuidado maternal que corresponde al hecho de sostenerlo emocionalmente de manera apropiada. Es una etapa de “*dependencia absoluta*”, al comienzo el feto y después el lactante dependen totalmente del cuidado maternal. Hay una incapacidad del bebé de tomar conciencia de sus necesidades, estas son sólo estímulos desordenados, todavía no hay una diferenciación del adentro y del afuera. El *holding* plantea que esta función de la madre (padre o sustituto) es la que permite la continuidad del ser del bebé. La madre que sostiene al bebé con tranquilidad (sin miedo a dejarlo caer) adecuando la presión de sus brazos a las necesidades de su bebé, lo mece con suavidad, le susurra o le habla cálidamente, le proporciona la vivencia integradora de su cuerpo y una buena base para la salud mental. Este sostenimiento cuando está bien constituido facilita la integración psíquica del bebé.

Otra de las funciones maternas primordiales es la manipulación (*handling*). Esta función contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática (la unidad psique-soma). La manipulación facilita la coordinación, la experiencia del funcionamiento corporal y la experiencia del *self*. Favorece la personalización del bebé, esto significa que el bebé y su cuerpo se vayan constituyendo en una unidad.

Junto con el sostenimiento o sostén (*holding*) y la manipulación o manejo (*handling*), Winnicott describe una tercera función maternal: la presentación objetal (*objet-presenting*). Esta función consiste en mostrar gradualmente los objetos de la realidad, para que pueda hacer real su impulso creativo. En la relación inicial de una madre con su bebé, la mostración de objetos promueve en su hijo la capacidad de relacionarse con objetos; es la introducción al mundo, él y su mamá comienzan a tener una realidad compartida. La relación con los objetos es el comienzo de la relación con los otros, él despliega su capacidad de habitar el mundo. La presentación objetal promueve la integración del bebé al mundo, por el contrario, las fallas maternas bloquean el desarrollo de la capacidad del niño para sentirse real, seguro, diferenciado y personalizado de forma independiente.

En este proceso de dependencia absoluta a dependencia relativa, se establecen tres logros: integración, personalización y comienzo de la relación de objeto. Estos logros no son consecutivos sino que son interdependientes y se superponen. Luego, a medida que va creciendo comienza de a poco a desarrollar recursos para tolerar la frustración. Es necesario que la madre pueda “frustrar” a su bebé, para esto es necesario que él tenga una acumulación de experiencias de cuidado y confianza en el ambiente. Si su madre no viene a auxiliarlo cuando él la reclama, puede calmarse por unos momentos porque sabe que ella va a venir. La tolerancia a la frustración da cuenta de que él está bien integrado.

Otro de los puntos a desarrollar es el “rostro de la madre” como constitutivo de la subjetividad. Winnicott comienza a teorizar con la siguiente observación: *“Cuando el niño se encuentra ante el pecho materno, y está sostenido por su madre, en ese vínculo afectivo estrecho, es muy posible que no lo mire mientras lo succiona y se alimenta. Por el contrario, el rasgo más característico lo constituye el hecho que el que el niño dirija su mirada hacia el rostro materno”*. Continúa explicando que en esos tiempos primarios, el niño no la reconoce aún como otro, sino como formando un todo con él. El rostro materno entonces impondrá de forma contundente, su marca en la existencia del ser humano. Reflejar al niño con su rostro será pues, en estos momentos de dependencia absoluta, sin duda, una de las funciones capitales de la madre.

“El rostro materno” sobre el que teoriza Winnicott no es una imagen real, no se limita a una percepción visual, sino a una conjunción simbólica, un rostro simbólico. La madre que cuida al niño es la que representa y habilita todas las acciones que permiten su sobrevivencia. Estas serían tanto los cuidados físicos como los afectivos, cuando el niño está embelesado con la imagen de esta madre, también siente como lo alimenta, lo acaricia, lo mima y le habla.

De esta manera se establece entre ellos, sin saberlo, un diálogo visual, táctico, auditivo, cinestético y afectivo. Este conjunto de sensaciones son las que se van a unir a la imagen, formándola en un elemento fundamental en la constitución subjetiva. La imagen desprovista de todos los elementos simbólicos es una imagen vacía.

Este proceso descrito es lo que se espera para que un bebé pueda crecer y desarrollarse sanamente, pero cuando estos están atravesados por el peso de la discapacidad los esquemas comienzan a no ser tan sencillos. Lo que planteé anteriormente de la función materna, de esta decodificación del mundo, de esta traducción que debe realizarse de los impulsos y sensaciones que tiene el bebé y que él todavía no puede organizar, se complejiza bastante con los bebés que tienen ceguera congénita.

Una mamá que acaba de enterarse que tiene un hijo con ceguera, o que su hijo ha quedado ciego, tiene que afrontar un enorme dolor y un enorme desconcierto. Esta madre que está empezando a caminar por un camino desconocido para ella, que se encuentra vulnerable, tiene que comenzar a encontrar un nuevo vocabulario de signos para relacionarse con su hijo, de la misma manera que debe lograr “narcisizarlo” y posicionarlo en un lugar de deseo, “su majestad, el bebé”.

Cuando el niño nace sin visión, sin toda la información que le brinda este sistema sensorial, se pueden producir muchas dificultades para la interacción y la comunicación. La función simbólica nace y se desarrolla en la interacción social, por ella el niño puede incorporar todo un sistema de símbolos que le proporciona la sociedad y la cultura, y van a ser constitutivos del sujeto.

Muchos de los problemas en la socialización, libidinización y narcisización no derivan directamente de la ceguera del bebé, él dispone de un repertorio de conductas prefiguradas y de vías alternativas para relacionarse con el adulto. En la mayoría de los casos los padres se ocupan principalmente de las necesidades físicas del niño, alimentación, aseo, abrigo, etc. Ellos

están tan atentos en no descuidar estas cuestiones primarias que sin darse cuenta descuidan los aspectos afectivos. Este plus es lo que posibilita que un ser devenga en un sujeto de deseo, pero en la discapacidad visual, la mirada de estos padres se vuelve opaca y triste.

Este espejo está plagado de desconcierto y angustia pero cuando esta mirada puede empezar a mirar, a ver más allá de la limitación, y se comienza a enfrentar al otro como un ser, con sus potencialidades y sus virtudes, esta realidad puede empezar a cambiar. Es en esa nueva mirada, donde comienza a nacer el niño como tal, donde se comienza a generar a partir del deseo su constitución psíquica. Un sujeto no nace, deviene; es a partir del otro que se deviene sujeto. Volviendo a citar a Esteban Levin: *“Cuando un niño comienza a ser habitado y a reconocerse en las representaciones que él va produciendo, ellas mismas lo producen a él. El pequeño crece desde ellas. Crecer subjetivamente es para un niño comenzar a soñar despierto”*.

Al decir de Anny Cordié, “el lactante es un cuerpo “a”, librado a la buena voluntad y al goce del otro; a partir de esa situación pasiva debe construir su ser, para poder asumirse como forma e imagen frente al espejo...” . Pero en la discapacidad visual, una de las mayores dificultades que se encuentra en este vínculo, es que casi todos los sistemas de signos culturales son visuales. Por este motivo se deben establecer sistemas de pautas pre-verbales entre el niño y la mamá totalmente diferentes a las convencionales. Hay un amplio vocabulario de conductas expresivas que no se dan en el niño ciego y esta falta es la que desconcierta a la mamá. Está debe tener la función de despertar el interés de él por los objetos y el mundo externo. La madre tiene una función trianguladora entre ella, él bebe y el mundo externo.

Generalmente la madre atribuye el reconocimiento o el conocimiento del pequeño hacia ella a la sonrisa o a la mirada sostenida, pero nada de esto pasa con este niño porque no hay ningún tipo de lenguaje ocular o reconocimiento visual del otro. Los ojos ciegos no se conectan con los ojos de su mamá, no la miran a la cara, no reconocen su presencia.

El rostro del niño ciego es totalmente inexpresivo, no genera una sonrisa ni automática ni regular, no se da vuelta cuando alguien lo llama, ni siquiera cuando lo hace su mamá, esto genera angustia. No se sabe qué es lo que le pasa, si está bien o está mal y, generalmente, al intentar contactarse con él, ella siente una sensación de rechazo.

Los niños ciegos al desconocer la existencia del entorno más allá de lo que pueden abarcar con su cuerpo, suelen ser niños más tranquilos y menos demandantes. Su vida está limitada a lo que pueden sentir, oler, tocar, ellos no cuentan con toda la amplia y rápida información que se adquiere por la percepción visual.

El vínculo entre el bebé y su entorno se va a generar a partir de que se vaya instituyendo un nuevo lenguaje de signos, una nueva transcripción diferente del mundo. Estas nuevas significaciones se deben hacer a través de la transformación del lenguaje visual al táctil, cinestético y auditivo, donde se utilizan todos los otros sentidos como canales válidos de información.

En la clínica con pacientes con discapacidad visual no debemos perder de vista su condición visual y el momento en el que la

adquirió porque de eso va a depender su constitución psíquica. La condición visual de estos pacientes puede ser ceguera o baja visión, congénitas o adquiridas pero en este trabajo continuaremos tratando sólo la ceguera.

Si se trabaja con bebés con ceguera congénita, uno de los puntos fundamentales a trabajar es la habilitación de la madre para que ella pueda desear a su bebé y a partir de esto generar un mundo juntos, si la mamá no logra posicionar a su hijo en el lugar del deseo y comenzar a mostrarle el mundo, esta presentación de objetos de la que hablaba Winnicott, será tarea del terapeuta o del rehabilitador.

En este tipo de ceguera, la estructuración psíquica es totalmente distinta a cuando hay una pérdida de visión adquirida. Al no haber registro de lo que es ver, no existe la representación visual de las cosas, la representación mental es totalmente distinta que la de la persona vidente, en lugar de la imagen lo que va a formar la representaciones mental es la suma de sensaciones adquiridas por los otros sentidos. La palabra se va a asociar a las características no visuales, como son los sonidos, las texturas, los olores, etc. Hay cosas como las distancias, los tamaños, que es muy difícil que se puedan transmitir. Los colores son otra de las abstracciones que es imposible que se perciban sin la percepción visual.

Cuando hay pérdida de visión la realidad de la persona es totalmente distinta y el tipo de trabajo que se debe hacer con ellas también es diferente. Cuando el niño se constituye como vidente, su estructuración psíquica es la misma que la de cualquier otro niño, al sufrir una pérdida de visión se trabaja desde el duelo, la persona debe adaptarse a vivir con su

nueva condición visual. Desde la rehabilitación se trabaja con la memoria y con la representación mental que se tiene de las cosas, se debe empezar a usar como canal de información lo que se obtiene por los otros sentidos pero siempre basándose en el recuerdo porque en este aparato psíquico sí existe la representación visual, se debe aprender a asociar esta representación con la otra características adquiridas. Por ejemplo: se reconoce un vaso por el tamaño, por el material con que está hecho y se lo asocia a la idea de vaso que se guarda en la memoria.

Con los niños que anticipan una posible pérdida de visión, lo que se trabaja es el “generar memoria”, se le van mostrando la mayor cantidad de cosas posibles, para que las exploren y perciban de manera visual, táctil, olfativa, etc. y generen representaciones mentales lo más ricas posibles. De esta manera comienzan a poseer una gran cantidad de información sensorial y en el caso de perder la visión les queda un amplio registro en la memoria.

Un proceso terapéutico sólo tiene sentido si es realizado dentro de un encuadre transdisciplinario porque no solamente se trata de la superación de las angustias, los miedos, las habilitaciones tanto propias como familiares, sino que también se trata de enseñar estrategias para que la persona logre ser, dentro de sus posibilidades lo mas autónoma posible. Hay que acompañarla en su manejo del mundo interno para que logre posicionarse en un lugar de fortaleza, pero a la par se deber trabajar en una rehabilitación funcional que le ayude a lograr un buen manejo del mundo externo.

Referencias bibliográficas

- Fraiberg, S. - “Psicología de la ceguera Niños Ciegos. La deficiencia visual y el desarrollo de la personalidad”. Ediciones: Ministerio de Asuntos Sociales- Instituto Social de servicios Sociales. 1990.
- Freud, S. - “Introducción al Narcisismo (1914)”. Obras Completas Tomo XIV. Amorrortu. Re edición 1986.
- Levin, E. - “Discapacidad. Clínica y educación. Los niños del otro espejo”. Ediciones: Nueva visión 2003.
- Pereira, M. y Castro, J. - “El desarrollo psicológica en niños ciegos en la primera infancia”. Ediciones Paidós.1994.
- Rosa, A. y Ochaíta, E. - “Psicología de la Ceguera”. Ediciones: Alianza 1993.
- Schorn, M. - “Discapacidad Una mirada distinta”. Ediciones Lugar 2002.
- Winnicott, D. - “El niño y el mundo externo”. Buenos Aires. Ediciones: Hormé 1965.
- Winnicott, D. - “Las Funciones Maternales” - Un referente en psicopatología infantil (1896-1971).
- Winnicott, D. - “El gesto espontáneo”. Cartas escogidas de Winnicott Ediciones Paidós 1990.

Artículos de Internet

- Haüy, V. - Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología Madrid dic. 2005
- <http://dx.doi.org/10.4321/S0365-66912005001200014>
- Tiresias - Wikipedia, la enciclopedia libre <http://es.wikipedia.org/wiki/Tiresias>
- Sífilis- "<http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=5715>

Psiquiatría ¿Especialidad Médica o Medicina Especial?

Conferencia brindada por el Dr. Alberto Sassatelli en su carácter de Presidente Honorario del último Congreso de Psiquiatría organizado por APSA (Abril 2013)

Dr. Alberto Sassatelli

Médico Cirujano
(Universidad Nacional de Córdoba)

Doctor en Medicina y Cirugía
(Universidad Nacional de Córdoba)

Profesor Regular
(Universidad Nacional de Córdoba)

Director de la Maestría en Bioética
(Universidad Nacional de Córdoba)

Magíster en Gerenciamiento
y Administración en Servicios de Salud

Ex Presidente Consejo de Médicos (2 períodos)

Ex Consiliario (Integrante del Consejo Superior)
Universidad Nacional de Córdoba 1989-1991.

Integrante del Consejo Académico para la
Especialidad de Psiquiatría (UNC)

Integrante del Comité de Contralor en
Psiquiatría (Consejo de Médicos de la Provincia
de Córdoba)

Consultor de la Dirección de Derechos
Humanos (Municipalidad de Córdoba)

Presidente del XVIII Congreso Argentino de
Psiquiatría organizado por APSA

Ex Secretario General de la Federación
Argentina de Psiquiatras (Regional Córdoba)

Ex Vocal Titular de APSA

Miembro del Comité de Disciplina de APSA

1) Introducción

“A veces la Psiquiatría es una especie de ciencia anexa, “paramédica”, otras veces una simple especialidad, poco diferente de la patología cerebral”¹.

La presente disertación refleja una inquietud siempre presente en el universo conceptual de la Medicina y es la referida al lugar que ocupa la Psiquiatría. Con el objetivo de intentar una respuesta y tomando como ejes estructurantes: la crítica histórica, la teoría de los niveles de integración (evolución) y la reducción biologicista (negación del padecimiento psíquico como producto histórico) como posiciones teóricas que disputan la construcción del discurso sobre el padecimiento psíquico y su inserción en el campo de las ciencias la salud.

2) Materiales para una discusión

El papel de la evolución en la génesis del psiquismo. Los estudios de Henry Ey.

Tomaremos como introducción los estudios de Henri Ey, especialmente el estudio I4 para dar entrada a todas estas cuestiones².

Seguidamente veremos las aportaciones de Georges Canguilhem.

Asimismo tomaremos algunos textos de Michael Foucault y una referencia a los supuestos del reduccionismo actual en Psiquiatría para volver luego a intentar dar una respuesta al título de esta disertación. Aclarando previamente que algunas opiniones, vertidas en el curso de la disertación son una licencia que más nos aproxima al ensayo que al rigor de un trabajo científico.

Dice Ey: *“desde sus primeros pasos los psiquiatras médicos que se ocuparon de la locura tuvieron una dificultad inaudita para desprender los estados psicopatológicos de las afecciones somáticas y nerviosas propiamente dichas. [] Enfermedad orgánica y psiquismo son dos términos que se excluyen en el concepto de enfermedad mental”³.* De esta manera Ey expresa una polaridad entre las tesis psicogenetistas y las posiciones organicistas y pregunta: *“¿qué es la Psiquiatría que de ese modo ha perdido el objeto propio de su ciencia? Y bien, sufre la misma suerte y desaparece”⁴.*

Intenta superar este antagonismo que sitúa entre un dualismo y un monismo que considera igualmente falsos, continúa más adelante: *“estos dos modos de ver proceden de un mismo error: es la ausencia de desarrollo dinámico, de movimiento genético y dialéctico entre lo físico y lo moral... para unos como para otros la vida psíquica no se despliega. [] Ahora bien es esta perspectiva dinamista y vitalista⁵ la que falta por igual en estas teorías y la que hay que introducir en el vertiginoso problema que nos ocupa. []*

1 Ey, Henry,. *Estudios Psiquiátricos*. pp 67 Ed. Polemos. Bs As. 2008

2 *El título y la sugerencia de la bibliografía de H. Ey deben atribuirse a la generosidad intelectual del Prof. Dr. Humberto Casarotti*

3 *Op cit. pp68*

4 *Op. Cit, pp 69*

5 *El vitalismo es la posición filosófica caracterizada por postular la existencia de una fuerza o impulso vital sin el que la vida no podría ser argumentada. Se trataría de una fuerza específica, distinta de la energía estudiada por la física y otro tipo de ciencias que, actuando sobre la materia organizada, daría como resultado la vida. El principal exponente fue Bergson y en campo de la medicina Xavier Bichat.*

Entre lo físico y lo moral está la vida. Las relaciones entre ambas deben ser consideradas desde una perspectiva más natural como formas de evolución de la vida [] no separada, no yuxtapuesta sino siendo una engendrada por la otra. Por su desarrollo por su viviente dialéctica [] se despliega en estructuras que va desde el mundo físico al mundo orgánico y desde del mundo orgánico al mundo psíquico, sin que sea posible explicar las formas superiores por los escalones inferiores. [] No pudiendo aquí trazar la curva completa de la evolución todavía nos falta definir su sentido... [] Este edificio, este progreso funcional arraigado profundamente en la actividad orgánica, se despliega en la formas superiores de la vida psíquica, según un impulso propio, el de la libertad. El psiquismo en tanto es y constituye la forma de organización personal y adaptada, abarca y contiene el organismo, del cual emana pero al que sobrepasa”⁶.

Hasta aquí hemos visto como el autor procura dar respuesta con una teoría unificada a una problemática que plantea la conjunción de varios interrogantes.

La solución para ello es en sus propias palabras: la teoría de la evolución cuya particular interpretación ya hemos citado al propósito del estudio 14.

Para Ey la evolución es una respuesta adaptativa individual, con un supuesto filosófico definido que se sucede impulsado por un vitalismo, que partiendo de lo somático tiene como norte la libertad. Es imposible no ver en ello la influencia de las teorías de Jackson tan atractivas como insuficientes.

Sin embargo la teoría del Dr. Ey confronta con el siguiente concepto de Canguilhem:

Canguilhem: significación y lenguaje⁷

“Nosotros planteamos la cuestión siguiente: [se] admite de manera complaciente que el cerebro sea una parte del organismo, es decir, según la definición de Nageotte, de un mecanismo “cuya edificación está comprendida en su funcionamiento”. [] atribuyen al cerebro, ser el órgano en que la representación de su funcionamiento estaría comprendida en el funcionamiento mismo?”. Continúa más adelante: “El profesor Michel Jovet sostiene, un sistema sólo puede comprender a otro si es más complejo. [] Entonces ¿nuestro cerebro podrá descifrar sus propios secretos? Pero ¿la cuestión es de lógica? Anteriormente, François Jacob había invocado el teorema de Gödel (incompletud de los sistemas lógicos) en apoyo de una propuesta semejante a la de Jovet”.

Es posible inferir que la Biología, como expresión del orden natural es insuficiente, por las razones expuestas para dar cuenta de la complejidad de la estructura psíquica.

Es de rigor que el psiquiatra, en tensión constante con la realidad psíquica y el padecimiento de su paciente, se pregunte: ¿cómo integrar la experiencia de las modificaciones que producen los psicofármacos en el organismo que actúan en el marco y la lógica de lo biológico? Canguilhem responderá: “Ya que el uso de ciertas sustancias denominadas psicotropos ha permitido una mejoría real de ciertas enfermedades nerviosas o mentales, se ha podido formar la esperanza de desplazar a la causa de los

desórdenes el poder obtenido sobre sus síntomas. De ahí el interés creciente por la química cerebral, por las moléculas adecuadas para modificar la transmisión de las excitaciones a nivel de las sinapsis. El descubrimiento de los neuropéptidos —encefalinas y endorfinas—, sustancias endógenas, ha conferido un cierto poder de inhibición del dolor físico y de las penas morales. En consecuencia, a pesar de la existencia y los felices efectos de algunos mediadores químicos, a pesar de las perspectivas abiertas por ciertos descubrimientos en neuroendocrinología, no parece haber llegado el momento ansiado por esos fisiólogos, nuevos alquimistas disfrazados de químicos, de anunciar, a la manera de Cabanis, que el cerebro finalmente segregará el pensamiento, como el hígado la bilis. El error parte de considerar como un medio todo entorno, comprendido en él, el hecho social y cultural []. Pero lo esencial del entorno social humano es ser un sistema de significaciones []. Estos problemas culminan en el del lenguaje []. En resumen, el lenguaje humano es esencialmente una función semántica de la que las explicaciones de tipo fiscalista no han conseguido jamás explicar. Hablar es significar, dar a entender, porque pensar es vivir en el sentido. El sentido no es relación entre..., es relación con... Es porque escapa a todo reduccionismo que intenta constreñirlo en una configuración orgánica o mecánica”.

En el texto precedente Canguilhem pone en claro el espacio teórico, evolutivamente hablando, donde se despliegan los conceptos de significación y sentido, propios de lo humano y la imposibilidad de generarlo a partir de un determinismo evolutivo anclado en el acontecer biológico de un individuo.

Michel Foucault. La pregunta por el sentido⁸

En el pensamiento de Foucault la evolución implica la existencia de un presente y un pasado.

“La Psicología del siglo XIX heredó de la Aufklärung la preocupación por alinearse con las ciencias de la naturaleza y por reencontrar en el hombre la prolongación de las leyes que rigen los fenómenos naturales. La determinación de vínculos cuantitativos, la elaboración de leyes que operen a la manera de las funciones matemáticas, la puesta en marcha de hipótesis explicativas, son los intentos por los cuales la psicología intentaba aplicar, no sin artificio, una metodología que los lógicos creyeron descubrir en la génesis y el desarrollo de las ciencias de la naturaleza. Así es como el destino de esta Psicología, que quiso ser un conocimiento positivo, vino a descansar sobre dos postulados filosóficos:

Que la verdad del hombre se agotaba en su ser natural. (y)

Que el camino de todo conocimiento científico debía pasar por la determinación de vínculos cuantitativos, la construcción de hipótesis y la verificación experimental”.

Se trata, siguiendo el pensamiento de Foucault, de dejar de lado las hipótesis generalizantes por las cuales se asimila al hombre a un sector del mundo natural; y entender aquello que tiene de propio la realidad la realidad humana, y que escapa a las determinaciones de la naturaleza. Tomar al hombre, no en el nivel de ese denominador común que lo asimila a

6 Op cit. pp.70-75

7 Cf. www.elseminario.com.ar/biblioteca/Canguilhem_Cerebro_Pensamiento

8 Cf. www.elseminario.com.ar/biblioteca/foucault_psicologia_1850_1950

todo ser viviente, sino en su propio nivel, en las conductas en las que se expresa, en la conciencia en la que se reconoce, en la historia personal a través de la cual se constituyó. Y a través de Pierre Janet intentara responder a este interrogante: no estructuras reconstituidas ni energías supuestas, sino la conducta real del individuo humano.

Por "conducta" Janet no entiende ese comportamiento exterior en el que el sentido y la realidad se agotan al confrontarla con la situación que la provocó: eso es el reflejo o la reacción, no la conducta. Hay conducta cuando se trata de una reacción sometida a una regulación, es decir, que su desarrollo depende en forma constante del resultado que acaba de obtener.

El evolucionismo ha demostrado que la vida psicológica tiene una orientación. Pero para separar la Psicología del prejuicio de la naturaleza, resta aún mostrar que esta orientación no es solamente una fuerza que se desarrolla, sino una significación que nace.

La puesta al día de las significaciones de la conducta humana se ha realizado igualmente a partir del análisis histórico.

Según Dilthey, "el hombre no aprende lo que es rumiando sobre sí mismo, lo aprende por la historia" []. Así Jaspers pudo distinguir en los fenómenos patológicos los procesos orgánicos que son referidos a la explicación causal, y las reacciones o los desarrollos de la personalidad que envuelven una significación vivida que el psiquiatra debe tratar de comprender. Pero ninguna forma de psicología dio más importancia a la significación que el psicoanálisis. Sin duda, el psicoanálisis continúa ligado en el pensamiento de Freud []. La importancia deviene sin duda de la impureza misma de sus conceptos: es en el interior del sistema freudiano que se produce ese gran trastocamiento de la psicología; es en el curso de la reflexión freudiana que el análisis causal se transformó en génesis de significaciones, que la evolución dio lugar a la historia, y que la exigencia de analizar el medio cultural substituyó al recuento a la naturaleza.

Como vemos no se define el espacio de lo psíquico como producto del resultado evolutivo individual. En la crítica que podemos hacer a las teorías jacksonianas que recibirá en herencia Ey, un aspecto cuestionable está referido al concepto auto evolutivo presente en la teoría organodinámica.

A manera de hipótesis, si pensamos que el elevado nivel de organización social que alcanza la especie humana da cuenta de un espacio conceptual que nos permite explicar la construcción de significaciones que refiere Canguilhem. La historicidad en la construcción del psiquismo tiene en la modernidad y los autores citados la consistencia del relato histórico y en consecuencia la epistemología será una reflexión crítica sobre las historias de las ciencias.

La fundamentación en la historia de los autores citados, se encontrará en los últimos treinta años confrontada a una pretendida concepción científica.

La reducción biologicista

La linealidad está igualmente ausente en la historia de las ciencias. La tesis de Fukuyama del fin de la historia (que terminara siendo, una reflexión más que agrega a la historia y por tanto se contradice) es la expresión de un momento que trata de anular el carácter constitutivo del acontecer humano.

El neo-conservadurismo ensaya su propio discurso en el campo de lo psíquico. La reducción a una malentendida biología.

Dicho de otra manera nuestra comprensión de lo que somos y las formas de vida en las que habitamos ha regresado del *bios* al *zoe*. Es decir que la cuestión aristotélica de la buena vida: *bios*⁹ se ha convertido intrínsecamente en una cuestión de los procesos vitales de nuestra vida animal: *zoe* (*nuda vida*). La reducción a la condición biológica ha quedado en estos días patentizada en su forma más brutal, en la situación de los pacientes psiquiátricos internados en los establecimientos públicos, al menos en Córdoba, en la Colonia Alborada.

El reduccionismo biologicista asume, otras formas más elaboradas. Implica, y en esto no debemos confundirnos, **una definición ideológica entendida como biopolítica**. Una manera de manipular al otro, una modalidad de la gestión de la existencia.

Se verifica en línea con la *nuda vida*, deducir el pasaje a lo que podríamos llamar el Yo Neuroquímico y la Molecurización del diagnóstico psiquiátrico¹⁰.

Sobre el soporte de una Genética oracular, una neuro-alquimia, una imaginología fantasmática y una clasificación ateórica, se pretende la validación científica del tratamiento del padecimiento psíquico y que tiene como rasgo sobresaliente la sobre asignación de las posibilidades reales de un procedimiento diagnóstico o terapéutico.

De la mano de la producción de imágenes cerebrales que comienza en la década del 60 con la tomografía computarizada por emisión de foton único, luego la tomografía por emisión de positrones, las imágenes por resonancia magnética y más recientemente las imágenes por resonancia magnética funcional. Podemos ver la "mente" en las imágenes del cerebro vivo. La importancia de la aparente verosimilitud no ha sido solamente retórica o clínica, ¿también la pretendió epistemológica? Vemos así como la interpretación (significación) se confunde deliberadamente con la imagen misma. La mente se ha hecho visible y aplanó el espacio entre la persona y los órganos.

La mirada diagnóstica en Psiquiatría está en revisión y se fomenta la idea de especificidad en el diagnóstico. No pretende referirse a agrupaciones sintomáticas sino a una especificidad molecular y, subyacente a ella, se encuentra otra imagen del cerebro, la de la neurociencia, y otra modalidad de intervención terapéutica, la psicofarmacológica. Se avanza hacia la molecurización del diagnóstico psiquiátrico. Veamos, acompañando lo expuesto el crecimiento de los trastornos psiquiátricos o como quiera llamarse a las manifestaciones de la conducta anómala.

9 N del A *Nuda Vida puede ser interpretado como un concepto científico o médico: la vida desprovista de toda cualificación, lo que tiene en común la vida humana con la de un caracol o una planta. Enseguida se percibe que se trata de una idea filosófico-teológica, que subyace a su posterior apropiación médica y política. Su genealogía va desde Aristóteles (vida nutricia, el antecedente del concepto de vida vegetativa)*

10 Cf. Rose, Nicolás, *Políticas de la vida*. Ed. UNIPE. La Plata. 2012 p388

NOMBRE	CATEGORIAS	PAG.	AÑO
Diagnostic and Statistical of Mental Disorders II(DSM II)	180	134	1968
Diagnostic and Statistical of Menta,Disorders DSM III	292	500	1980
Diagnostic and Statistical of Mentalm DSM IV	350	886	1994

Para un observador no prevenido podríamos hablar de una revolución psiquiátrica. Se ha casi duplicado el número categorías diagnósticas identificables.

De igual manera los avances en genética nos hacen presumir una singularidad de gen para cada enfermedad mental. El oráculo de la post-modernidad (cada época tiene sus propia mitología) revelará un futuro oculto en la secuencia del ADN.

Luego de la promocionada década del cerebro, en recientes declaraciones del presidente de los EE. UU. (Obama) se pone especial énfasis político en el mapeo cerebral.

Las formas que esta concepción, el desdibujamiento de los límites entre tratamiento, recuperación, manipulación y mejoramiento se encuentran íntimamente entrelazadas con las obligaciones de esta nueva forma de vida. Esta es la clave para entender el DSM V.

Sin embargo en las fases preparatorias hacia un nuevo avance el DSM V ya en los informes preliminares advertimos en el segundo de los seis informes técnicos que *"la Psiquiatría hasta el momento no ha logrado identificar un único gen o marcador fenotípico neurobiológico que sea útil en la elaboración del diagnóstico de los trastornos psiquiátricos más importantes o para predecir la respuesta al tratamiento psicofarmacológico"*¹¹.

Su esperanza de diagnosticar en función del cerebro, en lugar de los síntomas visibles, los cambios de vida o el curso de la afección no parece demasiado sustentable.

Recordemos el texto de la renuncia de Lauren Mosher a la *American Psychiatric Association*: "El motivo general de esta renuncia. Es mi creencia de que estoy renunciando a la *American Psychopharmacological Association*, por fortuna la verdadera entidad de las asociaciones no hace necesario un cambio de siglas [] ya no tratamos de comprender a la persona en su contexto integral: estamos allí más bien para reacomodar los neurotransmisores de nuestros pacientes".

Se trata de una reducción que redefine por un lado el objeto de conocimiento, pero que no se trata solo de descubrir, sino que implica una tecnología interesada en intervenir.

El pasaje del síntoma al signo, consiste en otorgar significación al relato verbal o gestual del paciente y requiere la existencia previa de un texto de recuadro que permita significar y dar coherencia de sentido al acto terapéutico. Es el hecho capital de la clínica.

No parece tenerse en cuenta de que manera van a incidir los cambios sociales, las transformaciones globales, los nuevos

formatos familiares. En otras palabras, como se construye subjetividad y se generan nuevos valores, formas de convivencia social y representaciones colectivas, en nuestro caso del padecimiento psíquico

El reconocimiento de un nuevo nivel organizativo, territorio propio del lenguaje, de la significación y del sentido, es lo que determinará un método propio de estudio y es el método histórico, específico de lo humano.

En el campo recientemente configurado en la estructura de lo viviente (la sociedad humana) no podrá ser comprendido ni explicado, menos aun operado desde los niveles inferiores. Expuesto de otra manera el nivel organizativo de mayor complejidad supone el individuo actuando en sociedad. Contiene y explica los niveles inferiores y sus formas de enfermar.

3) Conclusión

Con lo expuesto intentaremos volver a los interrogantes iniciales. En qué consiste la condición que hace de la Psiquiatría una medicina especial. Podemos decir que en la complejidad del marco conceptual en el que se leen las significaciones, históricamente variables, valorativamente cambiantes y socialmente diversas.

La Psiquiatría pertenece de pleno derecho al campo de la Medicina.

Medicina Especial es Medicina Hipocrática entendida como un todo superior a la suma de las partes y abierta a incorporar la experiencia y otros saberes, opuesta a la biomedicina reduccionista y Especialidad Médica en el campo de la Psiquiatría implica integrar al saber médico el concepto de *bios* como vida buena. Calidad de vida y despliegue de posibilidades. No pretende desarrollar en la forma incumplida, la supresión del padecimiento humano, pero entiende como una modesta pretensión realizable "dejar de sufrir como bestias, para sufrir como hombres".

Este Congreso XXVIII tiene un logotipo presidido por la figura de Charcot y sus lemas hablan del significado y la estructura del síntoma, y no sin sorpresa vemos a los psiquiatras jóvenes interesados por la historia de su profesión y en las políticas profesionales. Una somera lectura del programa revela un cambio significativo en la orientación de los trabajos y nos queda la agradable sensación que la Psiquiatría de nuestro país, vuelve a ser consecuente con la tradición de producción y excelencia de quienes nos precedieron.

¹¹ Agenda de la Investigación Neurocientífica destinada a guiar el desarrollo de un sistema de clasificación de base pato fisiológica. Carney, Denis, Barlow, David et al

Dr. Luis Ohman

Presidente del Capítulo de Psiquiatría y Criminología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)

Coordinador Programa Nacional de Evaluación y Monitoreo del estado de Salud Mental de las personas alojadas en Unidades Penitenciarias
Ministerio de Justicia y DDHH de la Nación

Docente concursado en la Cátedra de Políticas Sociales en el área de Salud en la Licenciatura de Educación Física de la Universidad Nacional de Lanús – Departamento de Salud Comunitaria

Resumen

El presente trabajo propone una reflexión sobre los vínculos entre deporte y violencia en el marco de procesos históricos que motorizan determinadas políticas con relación a las prácticas deportivas y sociales. Analiza las relaciones del poder político con los sectores dirigenciales que se traducen en modos de abordar el deporte organizado en instituciones deportivas desde los clubes de primer nivel hasta los pequeños clubes barriales. Asimismo realiza una mirada crítica sobre las expresiones de la violencia en el fútbol como manifestación de proyectos de deshumanización de las relaciones sociales y como resultado de políticas con preeminencia de los valores del mercado.

Palabras claves

deportes – violencia – barrabrava – competencia – aguante – mercado - lazos sociales

Summary

The violence in football is a sort of "barbarization" of the social relations in the context of massive sports event with his own folk histories, identities and myths. It will require the development of new approaches and the curse of actions in aim of diminishing its many ways of violence. Therefore we shall pass from an intricate fabric of political-criminal power to a different level of understanding and fair play.

The football as a public show is partly a tragedy and partly a drama, in which the metaphor deconstruct the idea of a clash. It is also a border phenomenon, a crossroad between the public and the intimate, a framework to construct subjectivities, self-esteem with a solidarity and respectful a respectful and solidarity perspective. It should be a real thing to recover the dialogue and pedagogy of the relationships.

Key words

Sports- violence- hooligans- competition - market- social bonds

*"La historia del futbol es un triste viaje del placer al deber.
A medida que el deporte se ha hecho industria,
ha ido desterrando la belleza que nace de la alegría de jugar porque sí.
En este mundo el futbol profesional condena lo que es inútil,
y es inútil lo que no es rentable.*

*A nadie da de ganar esa locura que hace que el hombre sea niño por un rato (...)
El juego se ha convertido en espectáculo, con pocos protagonistas y muchos
espectadores y el espectáculo se ha convertido en uno de los negocios más lucrativos
del mundo que no se organiza para jugar, sino para impedir que se juegue.
La tecnocracia del deporte profesional ha ido imponiendo un futbol de
pura velocidad y fuerza, que renuncia a la alegría,
atrofia la fantasía y prohíbe la osadía."
Eduardo Galeano*

Existe un sentimiento según el cual el valor humano de una sociedad disminuye cuando se admite que el nivel de violencia física tolerado en ella es elevado y que el sentimiento de repulsión hacia espectáculos en los que las personas se herían o se mataban entre sí es menor que el nuestro. "Esto supone un importante obstáculo para comprender las diferencias del desarrollo histórico, uno de cuyos ejemplos lo constituye la comparación entre los juegos de competición antiguos y contemporáneos".

Norbert Elías tiene la convicción que el proceso civilizatorio disminuyó los niveles de violencia en el deporte. Es cierto que la lucha libre está reglamentada como práctica olímpica no tiene los niveles de crueldad y muerte que tenía el Pancracio en las prácticas deportivas en las olimpiadas griegas.

Es una necesidad histórica señalar -después del texto de Adorno sobre la dialéctica del iluminismo- que el siglo XX ha sido de una crueldad extraordinaria, el siglo de los holocaustos, el siglo de las guerras y de los grandes exterminios con un protagonista central, el poder punitivo y los estados como productores de cadáveres.

El siglo XXI comienza por parte de los estados con la misma lógica de exterminio, perpetuando la ley de conservación de la violencia, violencia fundadora y violencia conservadora del poder punitivo.

La violencia en el fútbol es parte de una suerte de "barbarización" de las relaciones sociales en un espacio deportivo que convoca a miles de jóvenes y adultos que también lo practican. En este espectáculo de masas, que reúne historias, identidades y mitos que forman parte de la cultura popular, no se puede jugar más con la ley de conservación de la violencia. Es necesario realizar una reflexión y un debate amplio, en simultáneo con acciones que disminuyan diversas formas de violencia en el fútbol. Se trata de pasar de un estado de anomia, de construcción mafiosa de intereses y poder, a una nueva forma de convivencia en el deporte promoviendo el diálogo y el juego limpio.

El fútbol espectáculo es una pasión de multitudes, un simulacro entre el drama y la tragedia en la que nunca debe caer la metáfora sino se quiere reinstalar la idea de la guerra.

El deporte es a la vez un fenómeno de borde, una intersección interesante entre el universo de lo íntimo y lo público, un espacio extraordinario donde es posible construir subjetividad, afirmar la autoestima, construir valores de solidaridad, respeto y cuidado del otro. Un verdadero acontecimiento donde es posible recuperar el diálogo y construir una pedagogía de la convivencia.

Al decir de Zygmunt Bauman: *“El territorio urbano se convierte en un campo de batalla, en una guerra continua por el espacio que a veces estalla en el espectáculo público de los disturbios en los vecindarios pobres, los choques rituales con la policía, las ocasionales incursiones de las multitudes que asisten al fútbol, que se libra diariamente bajo la superficie de la versión oficial pública del orden rutinario de la ciudad.”*

Si entre los valores sociales dominantes predomina la competencia feroz, el individualismo extremo, la lógica del sálvese quien pueda y de ganar a cualquier precio, instalamos la guerra continua, la perpetuación de la violencia.

Para aclarar las relaciones existentes entre la estructura y las funciones sociales del deporte y otros aspectos de la sociedad, es conveniente adoptar una perspectiva de larga duración –la perspectiva genealógica– y dejar de considerar el deporte como un hecho natural; es preciso preguntarse cómo y por qué se ha producido este fenómeno. El objeto de este artículo no es tanto resolver el problema cuanto plantearlo, mostrando que si bien los juegos de competición son comunes a numerosas sociedades, la forma particular denominada “deporte” es característica de un desarrollo social reciente: *“La sociología del deporte podrá avanzar si define como problema central la génesis del deporte, su desarrollo y su difusión en las sociedades contemporáneas.”*

El problema en la competencia deportiva es poder sostener la construcción de un espacio simbólico que se sostenga en la norma, en la ley. La caída de la metáfora entroniza la guerra, la suspensión de la moral, que siempre anuncia la oscuridad de los actos que se cometerán, y es lo que acontece con la violencia en el fútbol. Es parte de la dimensión urbana de la violencia pero no como mero reflejo o caja de resonancia, sino como un lugar particular con nuevos actores sociales, un escenario de crisis y vaciamiento ético-político.

Se nos plantea elevar el umbral social de violencia, desarticlar la naturalización de la violencia en el deporte, desmontar la lógica de la guerra y, como plantea Adorno, el sentido de que la barbarie es constitutiva del sujeto. Se explica así la lucha desesperada contra la barbarie, es decir la inclinación a la violencia como disposición universal de la pulsión de muerte.

La acumulación sostenida de desastres en los espectáculos públicos futbolísticos, de muertes por acción de las barras bravas, de una organización delincuencia que construyó y es parte de relaciones mafiosas de poder, tienen que encontrar un límite en la aplicación de la ley y la decisión política de todos los actores involucrados en la cuestión de la violencia en el fútbol.

Es necesario diferenciar los socios y las hinchadas de los clubes; las barras bravas deben ser parte de la página policial y judicial, no de la deportiva. No hay lugar para la mínima relación, acuerdo o beneficio entre los dirigentes de los clubes y las barras.

Las leyes y reglas de juego han de ser muy claras de manera tal que su incumplimiento signifique una sanción.

Evolución del fútbol en la sociedad argentina

La historia del fútbol como deporte de masas del que participan miles de niños, jóvenes y adultos y el fútbol espectáculo, han construido desde los orígenes clubes de fútbol, instituciones sociales y públicas como forma de organización social donde se han procesado identidades, historias y solidaridades que han contribuido a construir la idea de nación.

Este rasgo fue incorporado por la clase alta, esculpida admirando a Inglaterra y preocupado por asegurar los efectos de esa admiración no solo en la venta de granos. Esa concepción y esa acción tornaron al país en una sociedad de clubes. Pero la Argentina no hubiera sido lo que es y los clubes no hubieran cumplido su papel socializador y de pertenencia de no haber otros dos ejes políticos de la época: la inmigración y la educación.

La tendencia de generar clubes no se restringió a los grupos dominantes; otra gente, con diferentes orígenes, situación económica, posición social y vinculación con el ocio se sumaron a la corriente. ¿Quiénes fueron? Básicamente, personas que llegaron a la Argentina en el marco de un movimiento migratorio importante, y que actuaron como mano de obra para que fuera exitoso el proyecto de país modelado por quienes ejercían el poder. Con posibilidades de desarrollo económico y sin derechos políticos, los nuevos habitantes procuraron asentarse y con el tiempo afianzaron sus lazos de unión con el nuevo lugar a través de la gestión de instituciones propias. River Plate, Racing Club, Newell’s Old Boys, Tigre, San Telmo, Barracas Central fueron fundados en los primeros años del siglo XX. Boca Juniors, Platense, Colón de Santa Fe, Estudiantes de La Plata, Talleres y San Lorenzo de Almagro nacieron en los años inmediatamente posteriores.

El investigador Julio Frydenberg sostiene que *“la aparición del fútbol como deporte y como espectáculo forma parte del proceso histórico que se inicia en la Argentina a mediados del siglo XIX y que abarca más estrictamente los años que van desde 1880 a 1930, y que significó la incorporación del país a la economía capitalista mundial como productor de cereales y carnes e importador de productos industriales”*.

En el siglo pasado, el avance privatizador de la década del noventa produjo una modificación del estatus jurídico de las entidades deportivas, modificando las normas que regulaban a los clubes e impulsando el traspaso de asociaciones civiles sin fines de lucro a sociedades anónimas y tercerización empresarial en formas de “gerenciamiento”. En este contexto es donde la figura del “empresario”, el “grupo inversor”, comienzan a tener un papel preponderante en la vida de los clubes.

Con las políticas de subsidiariedad del Estado en la dictadura militar y el triunfo en los noventa de las políticas neoliberales irrumpe el utilitarismo más radical que destruyó parte de la historia social de la Argentina. Se rompieron las tramas de solidaridades y se atacó al Estado de Bienestar; la preeminencia del mercado, el utilitarismo salvaje y la idea de la competencia llegaron al fútbol. De ese modo, atravesaron todos sus estratos, desde la primera división de los clubes profesionales hasta sus divisiones juveniles, y desde estas hacia el circuito del fút-

bol infantil. Muchos clubes desaparecieron o se privatizaron, y el fútbol ya no fue solo una pasión de multitudes, pasó a ser una pasión dominada por las imposiciones del mercado, una suerte de bolsa de valores.

Se modifica el paradigma: detrás de aquel niño que se destacaba (y se divertía) jugando, hay un potencial negocio en el que interactúan dirigentes, entrenadores, representantes, padres, con la perspectiva de un negocio que no entiende otra lógica que la del resultado aquí y ahora.

Se conformó una civilización desertada de los ideales, que destruye el lenguaje como forma de relación social y que ha puesto a la palabra en retirada; domina la imagen, la rapidez enloquecedora, la modernidad líquida de Bauman. De esta forma, se ha instalado en las ligas de fútbol infantil la concepción de la necesidad de asegurarse el talento de manera precoz, sin importar los medios espurios que se empleen para eso. De aquí surgen incluso precoces figuras mediáticas en el fútbol, incluso en algunos casos antes de poder debutar en una primera división. Traspasos como el de Messi al Barcelona con apenas doce años, o la compra por parte de Boca de “un paquete” de futbolistas juveniles de Argentinos Juniors se instalan como situaciones habituales.

La moral del mercado, que en nuestro tiempo es la moral del mundo, autoriza todas las llaves del éxito aunque sean ganzúas. El fútbol profesional no tiene escrúpulos, porque integra un inescrupuloso sistema de poder que compra eficacia a cualquier precio. Al fin y al cabo el escrúpulo nunca fue gran cosa, era la menor medida de peso en la Italia del renacimiento.

Como cita Galeano, Paul Steiner, ex jugador alemán, explicaba: *“Juego por el dinero y los puntos. El rival quiere sacarme el dinero y los puntos. Por eso debo luchar contra él por todos los medios.”* Ya lejana suena aquella frase de Albert Camus, que había sido arquero en su Argelia natal: *“todo lo que sé de moral se lo debo al fútbol”*.

La violencia como problema en el fútbol

Desde la perspectiva de los dirigentes, la violencia es inherente al intrincado enjambre de relaciones que configura el tejido social, y en este sentido señalan que en el ámbito del fútbol infantil se reproducen situaciones de violencia que se dan en otros espacios de socialización.

Si entendemos que un hecho existe como violento cuando se lo nombra como tal, entonces los testimonios recabados en este segmento refieren a situaciones de violencia física, psíquica y simbólica.

En opinión de los dirigentes, los padres son los promotores de estas situaciones; las circunstancias varían pero siempre tendrán a los padres como protagonistas. Uno de los entrevistados nos refiere: *“ves a los padres gritándoles a los hijos de una manera casi bestial, digamos... un insulto al hijo porque no llegó a cerrar atrás del 3, o al arquero porque no salió en el centro a buscar la pelota, con una carga de violencia que te genera rechazo”*. Otro dirigente nos cuenta que mientras que un padre le gritaba a su hijo durante el partido *“matálo a trompadas, partilo en dos”*, otro le decía al propio, *“agarralo al referí, a ese hijo de puta, agarrale de las bolas”*.

Otra forma de violencia que emana de los padres es la presión que sufren los niños fundamentalmente por la asociación que establecen entre el desempeño deportivo del niño y el fútbol como medio de transición social, de movilidad social ascendente, el éxito y el dinero: *“Yo creo que la presión que sufren por ahí algunos de los niños es una forma de violencia, el a veces tener que cambiar los roles y ser un niño de 10 años el que a partir del momento en que se le acercó un representante que le paga, pasa a ser el principal sustento económico de la familia... un niño que a esa edad tendría que estar divirtiéndose y aprendiendo lo que es un deporte... y yo creo que todo eso es violencia; por ahí la familia que a partir de que un niño no es citado para una categoría castiga a ese niño de alguna manera, o sea, creo que lamentablemente se dan todo ese tipo de situaciones y que eso es violencia”*.

Aunque en el discurso de los dirigentes se sostienen valores que como el imaginario social relacionan la práctica deportiva y la salud, o los límites de la competencia, parece difícil resolver el conflicto de intereses, y de perspectivas entre la enunciación pedagógica, la construcción de valores y los valores propios del mercado.

¿Cuáles son los límites en el entrenamiento o en la competencia, cuando la familia y el club fundan sus esperanzas en el ascenso social y en el negocio del fútbol? De los cientos de niños que desarrollan estas prácticas llegan muy pocos; el problema es que el organizador de este relato está centrado en los que llegan y no en los que quedan en el camino.

Independientemente del esfuerzo de dirigentes y entrenadores, existe una lógica propia del mercado que ha instalado en el jugador juvenil la presión y la angustia por convertirse en un jugador profesional, una lógica cuyo discurso solo admite dos posiciones posibles: el quedar libre y el obtener un contrato profesional.

Este nivel de violencia real y simbólica en el fútbol infantil del que participan todos los actores con racionalizaciones de diverso orden deja planteadas dos cuestiones centrales. La primera es que el umbral de violencia es muy bajo, está instalado en todos los niveles como una cultura de la mortificación; y la segunda, una profunda crisis axiológica donde a veces se explica y otras se justifica la violencia.

En los dirigentes institucionales hay una disociación entre los declamados valores de la práctica deportiva y los objetivos del club centrados en la competencia y el mercado. El mercado por su naturaleza es violento de modo que no basta con el “deber ser” de los reglamentos de la práctica deportiva y la institución. Hay un olvido del ser, de la dignidad del ser en sujetos altamente vulnerables como son los niños; por lo tanto uno de los límites es la ética. Un protagonista central del conflicto es la familia, es la matriz en la que se constituye el niño. Sin embargo la familia como actor central está olvidada en el abordaje del problema de la violencia.

La palabra ya no es más la casa del ser, y la ternura y el cuidado del otro parecen más un defecto heredado que el nuevo mercado no soporta. El fin justifica los medios, todo vale es la máxima ganancia, ganar a cualquier costo sin importar incluso si se pone en juego la vida del otro. Es en esa sintonía donde se instalan los discursos: *“al rival hay que romperlo, pisarlo”* y *“ganar lo es todo”*.

El fútbol como juego debería entenderse como lenguaje colectivo, lo contrario del mero objeto o del aislamiento privatizador, consume un acontecimiento colectivo que necesita del otro y posibilita la presencia insospechada de lo imaginario... el sueño del pibe... “jugaré en primera”.

El problema es que la caída de la metáfora entroniza la guerra, y es lo que ha ocurrido con la violencia en el fútbol. Es parte de la dimensión urbana de la violencia, pero no como mero reflejo o caja de resonancia, sino como un lugar particular con nuevos actores sociales, un escenario de crisis y vaciamiento ético-político.

En este contexto se instala en la Argentina otro fenómeno importado desde Inglaterra: La barra brava, como una forma de militarización de una parte de aquella hinchada. Es el grito de guerra, la tribu portadora de ese sentimiento “de pasión y entrega inexplicable” y del enfrentamiento simbólico y real que lleva a la violencia física; el apoderamiento del otro, su aniquilamiento, amigo-enemigo, la guerra.

La nueva forma de organización de la violencia de la barra brava es heredera de los grupos de tareas, del terrorismo de Estado y de la nueva lógica competitiva del mercado.

Es también la expresión visible y violenta de la ocupación de un territorio de una construcción mafiosa de poder político, económico y policial.

Precisamente lo nuevo es el vínculo económico de un grupo organizado que vende seguridad o le hace el aguante a algún dirigente; es una construcción de domino territorial con un lenguaje de “pasión, descontrol y aguante”.

Es una nueva forma de criminalidad, una intersección entre el delito de guante blanco como la venta de jugadores, el fútbol espectáculo y otras actividades delincuenciales que organizan las barras encubiertas en la cultura del aguante, utilizando a muchos jóvenes de las capas sociales más desfavorecidas para organizar un negocio como construcción mafiosa de poder llena de complicidades policiales y dirigenciales en nombre de la pasión futbolera.

La violencia en el fútbol se conecta con una política corrupta basada en el clientelismo y la dádiva, que utiliza a las barras para perpetuar beneficios y, al mismo tiempo, se desgarran las vestiduras por tanta marihuana consumida. Política que incluye a sectores y dirigentes de la política vernácula, pero también se conecta con una sociedad fragmentada y excluyente, que ha sacrificado por lo menos una generación y va por la segunda para permitirnos ser hinchas de fútbol libremente; con una economía que produjo una disociación mortífera entre economía y sociedad que se constituyó en la década del noventa, la de mayor inequidad en nuestra historia, que expulsó a millones de argentinos del mundo del trabajo “pero les ofrecía la posibilidad de ser futbolistas”; con una cultura que exhibe el lujo del consumismo pero que se irrita cuando los pibes rompen las vidrieras de los comercios a los que no pueden entrar. Asimismo, se conecta con una cultura machista, racista, discriminadora, homofóbica que para colmo se festeja a sí misma diciendo que es sólo un chiste. También tiene que ver con una policía autoritaria, antidemocrática y deficiente, que no sabe organizar un cacheo o un traslado de hinchas y que, en muchos casos, es cómplice de la misma, organizando

una zona liberada para una emboscada de barras o permitiendo los negocios de reventa de entradas en las inmediaciones del estadio. Con legisladores que no han podido de manera eficaz redactar una ley sobre violencia deportiva y con funcionarios de los clubes llenos de explicaciones convencionales para cualquier problema “argentino” pero sin una sola idea para resolver la cuestión de fondo.

El avance privatizador de la década del noventa produjo una modificación del estatuto jurídico de las entidades deportivas con resistencia de los clubes y muchos de sus asociados. En muchos casos se modificaron las normas que regulaban los clubes impulsando el traspaso de asociaciones civiles sin fines de lucro a sociedades anónimas y la tercerización empresarial o gerenciamiento con un estrepitoso fracaso que produjo grave endeudamiento de las instituciones y, en ciertos casos, hasta su desaparición.

Como decía Amílcar Romero: “*los dirigentes deportivos no se pueden hacer los inocentes. No se puede tener semejante barra de pesados, pagarlos, mantenerlos y después decir no me mate gente en el living.*”¹ Esto es un poco mejor que las explicaciones policiales de echarle la culpa al código de convivencia de la ciudad de Buenos Aires o de utilizar el viejo argumento de que se le ha perdido el respeto a la autoridad o a la jerarquía de la institución policial. El debate que evita la sociedad es el de pensar qué implicancia tenemos en haber conformado un monstruo al estilo Frankenstein, al que se ha alimentado y estimulado para intereses políticos-económicos, y que ha tomado vida propia.

La otra cuestión social son las formas de violencia que se legitiman como subcultura de valores y prácticas claramente racistas, discriminatorias, incluida la violencia de género.

El fútbol es ese lugar donde se juega el hacerse hombres, es un espacio de afirmación de una masculinidad primaria donde todo se resuelve con un par de cachetazos o piernas fuertes, una identidad masculina con formas de violencia que se sostiene en paradigmas, imaginarios sociales y mandatos como el de el más fuerte, el más grande, el más activo, el dominio sobre el otro. Concentrado en las barras bravas se expresará como exterminio o desasistencia del otro, *moríte, mátalo, no existís*.

En los clubes no sólo se juega su hombría sino también las expectativas personales y familiares en el sueño de salir de la pobreza, la exclusión y la inexistencia. En este contexto, es donde se ha dificultado la inclusión de profesionales del campo de la Salud Mental o las problemáticas sociales que trabajen sobre estas situaciones tanto en planteles profesionales como en las divisiones juveniles.

El ambiente del fútbol se ha mostrado reticente a la incorporación de los mismos, esgrimiendo argumentos precientíficos y pseudomachistas: “*el futbol es así, te la tenés que bancar solo*”, “*acá solo llegan los machos*”, “*el mejor psicólogo es el entrenador*”.

Numerosos clubes disponen de gabinetes psicosocioeducati-

1 Pablo Alabarces – Crónicas del aguante. Ed. Capital Intelectual

vo a fin de acompañar, principalmente, el trabajo con los juveniles alojados en la pensión del club.

Dar la vida por la camiseta parece ser un desvío de la pasión y de la razón... un delirio transitorio con el que se convive con naturalidad... “y si es posible la vida del otro”, “el aguante” se transforma así, en los últimos años, en una retórica, una estética y una ética. Es una retórica porque se estructura como un lenguaje, como una serie de metáforas, hasta titular un programa de televisión. Es una estética porque se piensa como una forma de belleza, como una estética plebeya basada en cuerpos radicalmente distintos de los hegemónicos y aceptados, de los que aparecen en la televisión o en tapas de revistas de actualidad: cuerpos gordos, grandotes, donde las cicatrices son emblemas y orgullos. Una estética que tiene mucho de carnalesco, es el despliegue de disfraces, pinturas, banderas y fuegos artificiales. Y, también, es una ética, porque el aguante es ante todo una categoría moral, una forma de entender el mundo, de dividirlo en amos y enemigos, cuya diferencia puede saldarse con la muerte. Una ética donde la violencia como dijimos no está penada, sino recomendada.

“El aguante” significa entonces una orientación hacia el otro. El aguante no puede ser individual, es colectivo, pero tampoco puede ser pura mismidad, precisa de otro, se exhibe frente al otro, se compite con el otro para ver quién tiene más aguante. Las hinchadas establecen un juego permanente, una suerte de campeonato imaginario del aguante, donde el ranking se mueve todos los días – todas las fechas– con un agravante, relatan los entrevistados, “*el problema es que la policía participa de ese torneo.*”

Me animaría a decir que más que una categoría moral es una categoría sociopolítica, como la crueldad y la tortura, que expresan una concepción maquiavélica del poder, amigo-enemigo y que muchas veces cuenta con el consenso y con un muy alto nivel de tolerancia de una sociedad civil que naturaliza esa violencia.

La televisión es la maquinaria cultural típica de la postmodernidad, y en el fútbol expresa historia, mitos, y una épica dramática que tienes sus desbordes.

La visibilidad de la imagen da cuenta del escenario de exclusión, discriminación y racismo; sus consumidores son los segregados del mercado, espectadores con inclusión simbólica y exclusión real, con lenguaje chauvinista y degradado de una parte del periodismo y de los dirigentes de los clubes.

El fútbol era el gran narrador del Estado Nación, pero ha sido capturado por una retórica mediática, lenguaje del aguante, de dirigentes de clubes y políticos corruptos que son parte estructural de esa violencia mafiosa que va del fútbol a la política, de la política al sindicalismo vandorista, de la barra brava de Chacarita a las elecciones en Catamarca.

La organización de la violencia en el fútbol no es expresión de un estado de anomia mertoniana, ni una subcultura juvenil que busca por medios ilegítimos el éxito o el ascenso social. No se trata de un grupo de adolescentes que erigen su propia cultura, la tribu urbana, al margen de los valores del sistema o como expresión contestataria.

La barrabrava es un síntoma social de la historia reciente, una asociación diferencial del desarrollo capitalista salvaje de las últimas décadas de degradación argentina que instala personajes siniestros, que son parte de una construcción mafiosa de poder de la que participan las barras bravas como organización delincuenciales y promotores de una cultura de la violencia, los dirigentes de los clubes que acuerdan, la complicidad policial y punteros políticos y sindicales que utilizan la misma organización como Barrionuevo en la Pcia. de Catamarca en los comicios de la década pasada.

Llevamos 185 muertos desde el '83. No naturalicemos la barbarie, es el momento de poner punto final a esta acumulación de violencias. Se trata de terminar de manera definitiva con la barra brava que es una organización delincencial que se oculta en la cultura del aguante. No se puede negociar más ante semejante drama y todos y cada uno de los actores sociales debe asumir su responsabilidad.

“... y en honor a nuestra historia tampoco olvidemos otra gran verdad, alguna vez sostenida con firmeza, que rezaba que cada club cerrado obliga a pensar en la apertura de un reformatorio juvenil.” (Chebel- Francis- Aguilar)

En defensa del deporte: Una estrategia de prevención y promoción de la salud ante el problema de las adicciones y la violencia social

El deporte convoca a la normalización de las pasiones, surge del mito de la suspensión de las guerras, necesita sostener la mirada y el rostro del otro.

La subjetividad se funda en la irrupción del otro, el deporte necesita para consumarse recibir al otro como hospitalidad.

El mito de la guerra, la antropología de la violencia, con leyes y normas se transforman en un lazo social necesario para que el juego se produzca. Educa, es constituyente, pues sin leyes y normas no hay juegos: es la anarquía, la violencia, la locura.

El cuerpo como mercancía, como objeto de intercambio en el mercado, reinstala la guerra, suspende la moral y predomina la idea de ganar a cualquier precio.

Las prácticas deportivas en una comunidad son una invitación a la tolerancia, a construir relaciones sociales individuales y colectivas, a producir encuentros y acuerdos donde están rotos o inexistentes. Es una práctica social que educa, que promueve cultura y que por su naturaleza es anti discriminatoria.

El deporte nunca renuncia, aun en las peores circunstancias, a ser una antropología de la convivencia. El rechazo a la diferencia y la presencia de la discriminación hacen inviable la práctica deportiva; por eso el deporte es la circulación de intercambios entre personas, culturas, regiones, países y es una vía regia extraordinaria para combatir el racismo y la intolerancia. Educa en el acuerdo y la convivencia, lo necesita para su despliegue. Produce sociedad.

El deporte como práctica individual y colectiva es antes que nada una producción social y cultural, que tiene múltiples sobredeterminaciones que requieren de campos disciplinarios diversos.

Habilita la construcción de lazos sociales, de pertenencias e identidades, de formas de autonomía corporal y psíquica que tendrán consecuencias en la calidad del grado de autonomía de un sujeto a lo largo de las diferentes etapas de la vida. Sin duda que estos procesos sociales necesitan de valores articuladores de las prácticas concretas en el ámbito social comunitario. En esta línea es necesario señalar que no puede haber prácticas deportivas emancipadoras si no están atravesadas desde sus orígenes en valores de solidaridad colectiva, donde el individuo se constituye como persona humana, y no solo como ciudadano con derechos. Hay un plus de calidad de vida al asumirse como persona, que se desarrolla y alcanza grados de plenitud al momento de trascender el círculo cerrado del individualismo, o simplemente de la mera individualidad. Se trata de vivir solidariamente la relación con los otros semejantes, sujetos sociales que forman parte de la misma realidad histórica, y que de manera conjunta –unos y otros- necesitan articular y fortalecer sus vínculos alrededor de un proyecto que los reúne y otorga identidad social y cultural. Obviamente esto es un trabajo, es una construcción que significa donarse al otro, dar lo mejor en cada circunstancia de modo tal que el resultado sea la síntesis de esos aportes. No se trata de héroes ni de santos, se trata de personas que creen que para que la realidad social sea aquello que se desea y necesita, hacen falta principios éticos, pero también militancia política que generen compromiso, aunque también entusiasmo. Y alegría, por aquello de que “nada puede construirse sin alegría”.

El deporte es un derecho moderno como lo son otros paradigmas modernos, como salud para todos, trabajo para todos, educación para todos. Necesita sostenerse en principios de igualdad y equidad, en el derecho a la recreación, a la alegría

y al gozo, al tiempo libre y a la salud a lo largo de toda la vida. Se trata de pensar las prácticas corporales, el deporte, como procesos individuales y sociales, que requieren para su promoción la planificación y la gestión de políticas activas.

Para sostener el deporte como derecho positivo y como construcción social, es necesario desplazarlo de la lógica de mercado, del cuerpo como mero objeto. Los modelos de práctica deportiva deben producir y promover valores contra la desigualdad, la inequidad, la discriminación y las violencias reales a las que se ven sometidos cotidianamente los ciudadanos.

El punto de articulación de las políticas en salud, salud mental, educación y deporte es el escenario del espacio público con participación democrática y construcción colectiva; espacio en el que se produce la historia moderna, sus cambios, retrocesos y transformaciones.

En el abordaje de la adicciones y las diferentes formas de violencia social, el deporte debería ser parte de una visión psico-social, un recurso extraordinario de construcción axiológica, con políticas sociales integrales instaladas en territorio, cerca del joven y su familia, el barrio, el club, la escuela; apuntando las condiciones de existencias reales, construyendo valores y un nuevo tipo de vínculo social con el otro, alejado de la sociometabólica del capital, de las formas de subjetividad y destrucción de valores producidos por el modelo neoliberal en la década del noventa. El deporte con valores y participación social construye sociedad.

Bibliografía

- Alabarces Pablo. “Fútbol y patria”, Prometeo
- Alabarces Pablo “Crónicas del aguante”, Capital Intelectual.
- Baratta Alessandro “Criminología crítica y crítica del derecho penal.”, Siglo XXI,
- Bourdieu Pierre. “Contrafuegos”, Siglo XXI
- Bourdieu Pierre: “Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo” Materiales de Sociología Crítica Ed. La Piqueta Madrid 1986
- Bauman Z; May T. “Pensando Sociológicamente” Ed. Nueva Visión, Buenos Aires
- Bauman Zygmunt- “La globalización. Consecuencias humanas”- Fondo de Cultura Económica.
- Elias Norbert “Deporte y violencia” Materiales de Sociología Crítica. Ed. La Piqueta, Madrid 1986

El síntoma mental como orientador en la práctica clínica | *The mental symptoms as orientators in the clinical practice*

Dra Laura F. Gibilaro

Médica Especialista en Psiquiatría
Médica del Hospital Neuropsiquiátrico
Provincial de Córdoba
Docente de Psicopatología General en el
Postgrado de Trabajo Social HNP
Miembro de APSA
Socio Fundador de ApsiCo
Adherente del CIEC
e-mail: lauragibilaro@yahoo.com.ar

Resumen

El siguiente trabajo cualitativo intenta analizar y ubicar el modo de respuesta del psiquiatra ante la demanda de transformar el síntoma mental, para que desaparezca o se atenúe. Esto se evidencia en relación al aumento de los trastornos clasificados en el Diagnostic and Statistical of Manual Mental Disorders -DSM-. La clasificación de las conductas y de los comportamientos de los sujetos está instalada en diferentes modelos institucionales los cuales permiten a la misma seguir funcionando, con los efectos que produce en la clínica Psiquiátrica, tanto en la formación conceptual del psiquiatra como en la práctica que realiza, y en los sujetos clasificados de determinada manera.

Palabras claves:

Manual Clasificadorio (DSM) – Psicopatología
- Síntoma mental – Estadísticas - Construcción social

Summary

The following qualitative work tries to analyze and to locate the way of response of the psychiatrist before the demand of transforming the mental symptom, in order that it disappears or weakens. This is demonstrated in relation to the increase of the disorders classified under the Diagnostic and Manual Mental Statistical of Disorders-DSM-. The classification and of the behaviors of the subjects is installed in different institutional models which allow one to continue working, with the effects that it produces in the Psychiatric clinic, both in the conceptual formation of the psychiatrist.

Key words

Statistical manual (DSM) - Psychopathology
- Mental symptoms – Statistics - Social Construction

“... pues cada lenguaje es una manera de sentir el mundo, cada lenguaje es una literatura posible, incluso si no llega a serlo”

Jorge Luis Borges

“la medicina entró en su fase científica en tanto surgió un mundo que, en lo sucesivo, exige los condicionamientos necesarios en la vida de todos en la medida que la presencia de la ciencia incluye a todos en sus efectos”

Jacques Lacan

En la experiencia actual de la Clínica Psiquiátrica, tanto en relación a su teoría como a su práctica, la tendencia que podemos observar es aquella en la cual el lenguaje psicopatológico está en desuso. Una de las consecuencias de este enunciado que abordaré en este trabajo está en relación con la proliferación marcada de manuales clasificatorios a nivel mundial, siendo el *Diagnostic and Statistical of Manual Mental Disorders-DSM-* el de uso más extendido, y a la responsabilidad de algunos psiquiatras por el mal uso de este tipo de herramientas. El pretendido “ateoricismo” y “objetividad” que se enuncia en la introducción del DSM no es sustentable éticamente desde el momento en que se piensa o se diagnostica una determinada conducta o experiencia considerada anormal, desviada o enferma. El lenguaje psicopatológico es el efecto de intentar categorizar y describir el comportamiento humano, por lo tanto es inherente a la formación del médico que practica la Psiquiatría. Dentro de la disciplina psiquiátrica el médico tiene una “idea o lenguaje” con el cual conceptualiza determinado tipo de diagnóstico; por ejemplo, el término “delirio”.

Actualmente se han incorporado nuevos Trastornos en el DSM V, que no están aislados de los efectos de la demanda de “norma y normalidad”, sostenida aquella por políticas de salud pública, por nuevas exigencias desde el ámbito judicial como así también desde el sector educativo. Tal como lo explica Georges Canguilhem, filósofo y médico francés especializado en epistemología e historia de la ciencia, en su libro “Escritos sobre la medicina”: “Por consiguiente no siendo un organismo, la sociedad supone e incluso reclama regulaciones; no hay sociedad sin regulación, no hay sociedad sin regla, pero no hay en ella autorregulación. En ella la regulación es siempre precaria” (p. 118)

Este movimiento clasificatorio está instalado en diferentes matrices institucionales que le permite seguir funcionando, lo cual no deja de tener efectos en la formación conceptual del psiquiatra y en la práctica que realiza ya sea en una institución pública o privada, y/o en su consultorio particular. Más aún, para un sector considerable de la psiquiatría actual parece un tema poco relevante hablar sobre psicopatología,

lo que también significa importantes costos para el discurso de la misma. Uno de ellos, señalado con agudeza por el ex presidente de la *World Psychiatric Association (WPA)* Norman Sartorius¹ es la "reificación" de los modernos criterios diagnósticos, sosteniendo que muchos psiquiatras creen que la esquizofrenia en realidad es lo que los manuales como el DSM definen como tal, de acuerdo a una serie de criterios diagnósticos operativos. En relación al tema propuesto, si se consideran a las cifras de los estudios estadísticos como la única orientación de los psiquiatras para la práctica clínica, sin evaluar que existen normas que son producto de una regulación en determinado contexto social, no se dejará lugar para la posibilidad de ubicar al síntoma como singular en cada caso en particular. Además puede suceder que uno o varios síntomas que no estén dentro de las cifras estadísticas habituales no sean susceptibles de ser clasificados. El uso por parte del psiquiatra en la práctica clínica de herramientas tales como los ensayos clínicos como así también los datos estadísticos si no se sostienen por un lenguaje psicopatológico, tiende a profundizar la brecha entre el trastorno mental clasificado y la experiencia clínica del síntoma singular en cada caso.

En la conferencia dictada en la *Sorbonne*, en diciembre de 1980, denominada "El cerebro y el pensamiento", Georges Canguilhem, nos plantea que "la estrategia característica de la ciencia actual se realiza a partir de observaciones y de experiencias llevadas a cabo en un cierto dominio de la realidad con las cuales se construye un modelo; y a partir de ese modelo continúa afinándose el conocimiento, como si se tratara de un asunto con la realidad misma". El punto que debemos reflexionar es el modelo que desencadena la hegemonía del DSM que oculta la "realidad" sobre el síntoma mental por el pretendido "ateoricismo" que proponen quienes forman parte de la construcción del manual. Esto está en consonancia con lo que propone Germán E. Berrios, médico psiquiatra, filósofo y psicólogo peruano, catedrático del departamento de Psiquiatría en la Universidad de Cambridge de Inglaterra, en su libro "*Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría*": "... desde el siglo XIX, la definición de "síntoma mental" (es decir del significante) ha comenzado a depender del hecho de que está ligado a un "significado"...a una lesión cerebral (a pesar de que la naturaleza del vínculo y la lesión en si misma sigan siendo especulativas) Esta dependencia parasitaria de los síntomas en las lesiones ha tenido todas las formas de consecuencias negativas ... se ha hecho poco esfuerzo por: 1) relacionar la definición de síntoma mental con un lenguaje más amplio de psicopatología y con las representaciones sociales y culturales de las cuales dicho lenguaje es solo una función...; y por 2) comprender el proceso de formación de síntomas ..." (p155)

La consecuencia de no considerar la historia del lenguaje psicopatológico, dentro de los marcos de formación y práctica de la Psiquiatría puede provocar que se caiga en el error de olvidar que el pensamiento psiquiátrico tiene una historia, que es producto de ella y que los conceptos que empleamos, desconociendo el contexto en el cual fueron forjados, tienen sus propios antecedentes y pueden remitirnos a otros conceptos anteriores o contemporáneos.

El Síntoma mental como construcción social²

El filósofo canadiense Ian Hacking en su libro "La construcción social de qué? ubica la clasificación como socialmente construida. El autor señala que las clasificaciones son ideas construidas a partir de la irrupción de un hecho que "no está determinado por la naturaleza de las cosas, no es inevitable" y que debe ser "eliminado o radicalmente transformado" (p10). La clasificación adviene para ubicar y valorar los modos de ser de los sujetos que se adaptan o no a una determinada "clase de persona". El modo en que entra en juego un determinado "mal" social y los efectos que esto provoca en la vida de los sujetos también conllevan que los sujetos incluidos en una determinada clasificación las modifiquen. Es lo que Ian Hacking nombra como "clases interactivas".

Además hay que tener en cuenta que a principios del siglo XIX el conocimiento en relación a las enfermedades, y la atención que las sociedades de índole industrial le otorgaron a la salud de la población obrera, provocaron la implementación de mecanismos de vigilancia y mejoramiento en la calidad de vida de la misma, siendo el Estado el representante de dicha garantía. En la actualidad el tema "cerebro, comportamiento y pensamiento" ha dejado de ser sólo una cuestión de discusión teórica para pasar a formar parte de las intervenciones del Estado en materia de salud, en lo particular a lo que atañe a la Salud Mental, como se ha planteado en la introducción de este trabajo.

Ampliando este punto en cuestión, el estudio de las enfermedades comienza a ligarse a datos estadísticos referidos a diversos puntos de la misma tales como la aparición, su contexto social, su evolución, puntos que se ligan a los descubrimientos y las investigaciones en el campo anatómico-clínico, resultados que luego serán utilizados por el Estado para la implementación de medidas sanitarias.

En el libro "El surgimiento de la probabilidad" de Ian Hacking, el autor realiza un estudio ensayístico sobre la probabilidad y las consecuencias de la misma en nuestra época. El uso de la estadística se registra aproximadamente en 1603, siendo Londres el lugar donde se inicia la recolección de datos estadísticos de los nacimientos y las defunciones, sin otorgarle a estos datos mayor trascendencia. Es en 1662 que John Graunt comienza a utilizar los valores de las estadísticas para administrar los fondos nacio-

1 Psiquiatra croata, y profesor universitario. Ex Director de la División de Salud Mental de la OMS y ex Presidente de la WPA (1993-1999). Los temas principales de su obra y su actividad pública son los derechos de los enfermos mentales, la lucha contra el estigma y el prejuicio asociados con la enfermedad mental y el mejoramiento de la Salud Mental en servicios de salud.

2 Algunos pasajes de este apartado fueron publicados en la revista *Exordio* N°1: ¿Qué es la cultura?, Córdoba, 2009.

nales y locales del Estado. A raíz de este ejercicio es que se va configurando en el discurso médico la *Evidence-Based Medicine* o Medicina Basada en la Evidencia (MBE).

A partir de las cifras que aporta la MBE se argumentan métodos directivos de psicoterapia comportamental-cognitiva, la prescripción abusiva de psicofármacos, y las inversiones en investigaciones en neurofisiología, entre otras acciones positivistas las cuales buscan la normalización del pensamiento, el restablecimiento de la conducta y la capacidad productiva de los sujetos en la sociedad capitalista actual.

No es menor la diferencia de significación que soporta el significativo *evidence*, que en inglés significa datos, pruebas o indicios a favor de algo, mientras que en castellano "evidencia" significa lo que no hace falta demostrar, porque "salta a la vista". Por lo tanto la maquinaria clasificatoria o matriz soportada por las instituciones que responden a esa demanda, tienen efecto en la manera de pensar e intervenir en la clínica psiquiátrica. Un modelo de búsqueda científica se ha convertido en máquina de propaganda ideológica con dos fines: prevenir o desarmar la oposición a una invasión de un medio de regulación automatizado de las relaciones sociales; disimular la presencia de quienes deciden detrás del anonimato de la máquina. La maquinaria clasificatoria, una instancia de lenguaje que busca regular el sufrimiento de los sujetos.

El concepto de síntoma mental

A partir del siglo XX las teorías neurobiológicas proponen pensar, con cierto reduccionismo, que el conjunto cerebral es una suerte de conglomerado membranoso recubierto de receptores proteicos sensibles a intermediarios inmediatos y mediatos. Plantean que existe un funcionamiento sistémico cerebral que seguramente obedece a ciertas leyes, aunque por ahora escapen a una posibilidad de sistematización. Así, la conducta y las emociones serían la resultante de una suma algebraica de estímulos infinitos -inhibidores y excitadores- que determinaría una vía final común que sería la síntesis del comportamiento en cada momento. El barrido de todos los aspectos no biológicos hizo que la Psiquiatría actual se biomedicalizara, lo que hace necesario ubicar los problemas en la generalidad de la Biología y no en la singularidad del paciente. Además los efectos de la Medicina Basada en la Evidencia significaron que las decisiones terapéuticas se correspondieran a un uso racional, explícito, juicioso y actualizado de los mejores datos objetivos aplicados al tratamiento de cada paciente. Este modo de aplicar los criterios médicos está sostenido por la teoría de la probabilidad, que es una herramienta que surge a partir de mediados del siglo XVII explicitada en el apartado anterior, la misma "tiene dos aspectos: está conectada con el grado de creencia garantizado por la evidencia y está conectada con la tendencia, exhibida por algunos dispositivos de azar, a producir frecuencias relativas estables" (El surgimiento de la probabilidad, p13) De este modo, la tarea nosológica pareciera estar concluida como así también la necesidad de la psicopatología, ya que bastaría con argumentar la patología

o el sufrimiento mental a través de cifras dadas por las medidas estadísticas, a las cuales las políticas públicas y privadas le otorgan la garantía de lo verdadero. Este modelo estadístico propone un cambio en el paradigma del aprendizaje y el ejercicio de la Medicina, y formula el ideario del movimiento, lo que ha provocado el cambio en la formación médica en muchas facultades de medicina y de disciplinas afines en el campo de la salud, no estando exenta la Psiquiatría.³

Georges Canguilhem es uno de los filósofos que realizó un ataque frontal al edificio de la normalización tan esencial para los procedimientos de la ciencia y de la Medicina que están instauradas en la actualidad, planteando que es el sufrimiento, y no las mediciones normativas o los desvíos del patrón, lo que establece el estado de enfermedad.

Por lo tanto, para ubicar de manera breve la argumentación del título de este trabajo, el síntoma mental como orientador en la práctica psiquiátrica, utilizo como marco de referencia el concepto de síntoma mental que Germán E. Berrios continúa investigando y que explica en el libro anteriormente citado. Plantea que actualmente los objetos de estudio de la Psiquiatría, llamados síntomas, síndromes o trastornos, se consideran objetos de tipo natural, es decir, como un objeto físico posible de determinar y describir; los llama "tipos naturales" (por ejemplo entidades biológicas como árboles, caballos, oro, o variaciones de los mismos); o como "entidades abstractas o mentales que consisten en símbolos, ideas, mitos, es decir, en constructos que habitan en la mente, cuyo rasgo distintivo es no depender de una conexión relevante con el cuerpo para su existencia" (p.199).

Por consiguiente, la consecuencia de ubicarse sólo en estas posiciones favorece que se piense, se actúe, y por lo tanto se diagnostique en términos de dicotomía cerebro vs. mente, lo cual genera que algunos argumenten los síntomas a partir del efecto de una falla biológica neuronal, mientras que para otros sea solo el efecto de una invención simbólica-cultural.

Berrios introduce un tercer tipo de objeto que denomina "híbrido" (p 201) el cual se aplica a los objetos: "...que consisten en un material físico culturalmente configurado... (como la actividad neuronal) y cuya ontología original ha sido cambiada por el proceso de configuración que su significado, poder y actividad ahora dependen de su envoltura cultural..."(p.201)

Los síntomas mentales no son solo el efecto de una falla biológica, aún teniendo en cuenta aquellos síntomas que se manifiestan por presentar una ubicación anatómica precisa, son además un efecto del lenguaje en un contexto social determinado.

³ Las metodologías empleadas para determinar la mejor evidencia fueron establecidas por el equipo de la Universidad de Mc Master en Ontario, Canadá, conducido por los médicos David Sackett y Gordon Guyyatt.

A modo de conclusión

La Medicina Basada en la Evidencia y el uso desmedido del Manual Clasificador –DSM–, han aumentado el componente biológico en la actividad médica-psiquiátrica. Un énfasis dogmático en las pruebas, en los resultados de los ensayos clínicos suelen hacer pasar por alto los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del padecimiento en cuestión, por lo cual el efecto actual es la “medicamentación” -término que ha propuesto el Dr. Hugo Dramisino⁴ en el marco del XXVI Congreso Argentino de Psiquiatría- sobre la vida diaria de los sujetos. En el texto Psicoanálisis y Medicina de Jacques Lacan, intervención realizada en el Colegio de Médicos, planteaba que *“quieralo o no, el médico está integrado a ese movimiento mundial de la organización de la salud que se vuelve pública y, por este hecho, nuevas preguntas le serán planteadas”* (p.98).

La tendencia a la concepción solamente orgánica del padecimiento mental implica por un lado una transformación de la demanda de los pacientes, los cuales pretenden una desaparición rápida y efectiva del sufrimiento y, por el otro lado, un cambio de modelo en los abordajes terapéuticos de los clínicos contribuyendo a dejar de lado la subjetividad de cada paciente y el lugar de la transferencia en la relación médico-paciente. La cuestión es, por un lado, no medicamentar todos los padecimientos y por el otro lado, tener en cuenta el recurso de la medicación para aliviar el sufrimiento en relación al momento subjetivo del paciente, que va más allá de una categoría diagnóstica o de un porcentaje estadístico. La relación del psiquiatra con cada paciente es una experiencia singular, por lo tanto el desafío es cada vez, y caso por caso.

⁴ Dramisino, Hugo. Médico Psiquiatra. Actualmente es miembro de la Comisión Directiva de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, APSA y director de Sinopsis.

Bibliografía

- Berrios, G.E. El concepto de síntoma mental. Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría. Bs. As. Ed: Polemos. 2011. p.155
- Ibidem
- Berrios, G.E. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. XXII. Suplemento Especial. Primer semestre 2011.
- Canguilhem, G. Escritos sobre la medicina. Bs. As. Ed: Amorrortu/ editores. 2004
- Canguilhem, G. Conferencia en La Sorbonne para el M.U.R.S. (diciembre de 1980); primera publicación en Prospective et Santé, n° 14. Traducción al español: Ernesto Hernández B., Abril de 2004.
- DSM-IV Criterios Diagnósticos. Barcelona. Ed: ELSEVIER MASSON. 2002
- Hacking, I. Una familia de Ideas Ausentes. El surgimiento de la probabilidad. Barcelona. Ed: Gedisa S.A. 2005, p.13
- Hacking, I. La Construcción social de qué? Bs As.: Ediciones Paidós 2001
- Lacan, J. Psicoanálisis y medicina. Intervenciones y Textos I. Bs. As. Ed: Manantial.2002
- Rabinow, P. Essays on the Anthropology of Reason. Ed: Princeton University Press. 1996. <http://books.google.com.ar>.

Al Dr. Eduardo “Tato” Pavlovsky

El pasado viernes 14 de junio, Eduardo "Tato" Pavlovsky recibió el reconocimiento del Programa de Derechos Humanos de la Biblioteca Nacional por su permanente compromiso en la defensa de los Derechos Humanos y en la lucha por una sociedad basada en la igualdad y la justicia.

APSA estuvo presente y envió la siguiente declaración que fue leída y muy bien recibida por el numeroso público presente que colmó el anfiteatro Jorge Luis Borges de la Biblioteca Nacional.


Buenos Aires, 14 de junio del 2013

Querido maestro:

La Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) se complace en saludar calurosamente al actor, dramaturgo y médico psiquiatra Eduardo “Tato” Pavlovsky quien recibe en el día de hoy el reconocimiento del Programa de Derechos Humanos de la Biblioteca Nacional “por su permanente compromiso en la defensa de los derechos humanos y en la lucha por una sociedad basada en la igualdad y la justicia”.

Es un merecido reconocimiento a una trayectoria, como la de Tato Pavlovsky, que estuvo y está signada por su compromiso ético con el sufrimiento humano y con la dignidad del paciente. Fue quien introdujo en nuestro país el psicodrama como terapia clínica y contribuyó al desarrollo de la psiquiatría como disciplina social.

Cuando se cumplieron treinta años del golpe de estado del 24 de marzo de 1976, colocamos una placa en el hall central de nuestra sede con los nombres de todos los compañeros desaparecidos del campo de la Psiquiatría y de las otras disciplinas de la Salud Mental. Recordamos que la dictadura no solo tuvo la consecuencia de haber hecho desaparecer a queridos colegas, sino que también significó el borramiento de una rica experiencia que veníamos construyendo hacia la realización de las necesarias transformaciones en el terreno de la Salud Mental. La desaparición de la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP) fue el ejemplo más notable de que la desaparición física de los psiquiatras se correspondía con impedir todo intento modificador de la salud mental.



A treinta años de democracia, a pesar de los esfuerzos realizados, todavía estamos en deuda con la efectivización, y no sólo declamación, de esas transformaciones: garantizar el derecho y el acceso a la salud, y dentro de ella a la salud mental. Y brindar la mejor calidad de atención, con todos los dispositivos terapéuticos que cada paciente requiere para resolver su problemática.

En Tato reconocemos esta riquísima herencia, no desde la melancolía del recuerdo sino desde su conocimiento crítico y desde el desafío de continuar creadoramente la experiencia vivida, única manera de abrir paso a lo nuevo aún no pensado.

Uno de las principales tareas de los psiquiatras es no ser técnicos del cerebro, sino constructores de subjetividad renovada, que no es nada más ni nada menos que un intento por construir nuevas maneras de sentir y de percibir la propia realidad.

Este encuentro es una fuente de renovada energía, de reconstrucción de la historia y de semilla fecunda para reconstruir un colectivo capaz de producir inteligencia creadora.

En nombre de la Comisión Directiva de APSA, que me toca presidir, no sólo queremos manifestarle nuestras más cálidas felicitaciones sino también decirle que usted ha sido un participante principal y entrañable de esta historia que nos ha tocado y nos toca vivir.

Gracias, Maestro. Con todo cariño.

Dr. Horacio Vommaro
Presidente de APSA

Concurso Premio Revista Sinopsis

Reglamento de participación

1. El presente concurso (en adelante el "Concurso") es organizado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) a través del Comité Editorial de la Revista Sinopsis (en adelante el "Organizador"). La participación en el Concurso atribuye la condición de participante o participantes (en adelante, el "Participante") única y exclusivamente en la medida en que los interesados cumplan con la totalidad de las condiciones establecidas en el presente Reglamento e implica la aceptación plena e incondicional del mismo.
2. El presente concurso es válido en Argentina, como así también para socios residentes en el exterior.
3. Podrán participar en este concurso aquellas personas que se encuentren registrados como socios –titulares y adherentes- de APSA y con su cuota societaria al día. Quedarán exceptuados de participar del mismo los socios que integran la Comisión Directiva de APSA, los miembros del Comité Editorial de la Revista Sinopsis, autoridades del Instituto Superior de Formación de Postgrado y ex presidentes de nuestra Asociación, como así también los miembros titulares y suplentes del Jurado del referido concurso.
4. El Organizador llevará a cabo la realización del concurso promocionándolo a través de diferentes medios institucionales.
5. Operatoria: los participantes deberán enviar un correo electrónico a la dirección secretaria@apsa.org.ar
Concurso Premio Sinopsis y en el cuerpo del mensaje, Asunto: Concurso Premio Revista Sinopsis:
Nombre y apellido
DNI / Dirección / TE / Correo electrónico de referencia
Domicilio: calle / ciudad / provincia / país
Título y año de graduación (de grado y postgrado):
Universidad de origen (de grado y postgrado):
6. Texto para el concurso: Regirá el reglamento de publicación de artículos de nuestra Revista.
Es condición indispensable para la participación en el Concurso que los derechos de propiedad intelectual y de publicación de cada Obra presentada sean de titularidad del Participante que la presente al Concurso. Es responsabilidad de los Participantes asegurarse que las obras presentadas cumplan con todos los requisitos estipulados en el presente Reglamento. De lo contrario, el Organizador tendrá la facultad de excluirlos del Concurso sin que ello implique derecho a reclamo alguno por parte de los Participantes.
7. Recepción de Obras
Las Obras deberán ser presentadas con fecha límite a designar según lo estipulado para la publicación de cada número de la Revista.
8. Selección y Jurado
Las Obras recibidas serán puestas a consideración de un jurado (en adelante, el "Jurado") que estará integrado por tres socios titulares de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) que serán para esta ocasión: Dr. Horacio Vommaro, Dr. Alfredo Cía y Prof. Dr. Manuel Suárez Richards. En caso de vacante de un titular su puesto será cubierto por los miembros del jurado suplente (También socios titulares) que en esta oportunidad lo integrarán: Dra. Graciela Onofrio, Dr. Luis Herbst y Dr. Rodolfo Zaratiegui. La selección del ganador, de conformidad con el presente, estará a cargo del jurado cuya decisión será inapelable y será anunciada en ocasión de los congresos anuales de APSA.
9. Premio: El jurado elegirá al ganador del premio que consistirá en una obra de arte (el premio es intransferible y no podrá ser canjeado).
10. El Ganador será notificado a la dirección del correo electrónico desde la cual remitió el envío, dentro de los veinte días hábiles contados a partir de la finalización del concurso cuya fecha coincidirá con la del cierre del último número de la Revista previo a los congresos anuales de APSA.
11. Para poder acceder al premio el ganador deberá presentar un documento nacional de identidad y los datos del mismo deberán coincidir con los datos registrados.
12. Derechos de Exhibición:
Los Participantes aceptan que con motivo de la realización del Concurso su Obra pueda ser difundida por el Organizador a través de todos los medios que el Organizador considere oportuno.
Asimismo, el Participante autoriza expresamente al Organizador a compaginar y editar las Obras –a su criterio- para efectuar promociones del Concurso.
Para el caso que la Obra presentada fuese seleccionada como ganadora, el Participante acepta que la misma pueda ser publicada por el Organizador en ulteriores ediciones del Concurso.
13. Generalidades: Cualquier situación relacionada con la interpretación del presente Reglamento será dirimida, en primera instancia por el Organizador.
El Organizador podrá cancelar, suspender y/o modificar el presente Concurso a su solo criterio en cualquier momento y sin previo aviso.
El Participante declara y garantiza que tiene todos los derechos y autoridad para participar del Concurso y que no existe limitación legal, contractual, ni de cualquier otra índole que pudiera restringir y/o interferir y/o impedir el más amplio y libre ejercicio por parte del Organizador de aquellos derechos que puedan derivarse directa y/o indirectamente de lo estipulado en este Reglamento, en particular con relación a la facultad de publicar la Obra presentada.
14. El Participante se compromete a mantener indemne al Organizador, frente a cualquier reclamo y/o acción judicial o extrajudicial que por cualquier concepto sea efectuada y/o dirigida y/o encausada contra el Organizador por cualquier tercero alegando directa o indirectamente que los derechos sobre la Obra, su título, los libros, el formato, la bibliografía y/o cualquier otro elemento integrante de la Obra violan y/o infringen y/o afectan y/o limitan y/o de cualquier otra manera lesionan un nombre comercial y/o una marca y/o un "copyright" y/o un derecho de propiedad intelectual o industrial, de un tercero.

