



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



Sinopsis

APSA REVISTA

SUMARIO • Urgencia y subjetividad: su relación con tratamientos psiquiátricos o psicoterapéuticos | Lic. Inés Sotelo, Dr. Guillermo Belaga, Lic. Ignacio Penecino, Lic. Larisa Santimaría, Lic. Lucas Leserre, Lic. Patricia Moraga, Lic. Alejandra Rojas, Lic. Pablo Fidacaro • **Histeria: ¿In memoriam?** | Dra. Graciela Onofrio, Dr. Juan Carlos Scillamá, Dr. Juan Carlos Fantín, Dr. Juan Eduardo Tesone, Dr. Guillermo Belaga • **Entrevista a la Dra. Lía Ricón** | Dra. Guillermina Berkunsky • **Espacio de Ex Alumnos de APSA: un nuevo ámbito trófico institucional** | Dra. Ester Allegue, Dr. Hugo Carroll, Dra. Marina Grance, Dr. Juan Cristóbal Tenconi • **Editorial Espacio Ex Alumnos / Publicación de tesinas finales de carrera. Versión sinóptica** | Dra. Ester Allegue, Dr. Hugo Carroll •



**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

Dra. Analía Ravenna

Secretario

Dr. Luis Herbst

Prosecretaria

Dra. Laura Rosales

Tesorera

Dra. Nora Leal Marchena

Vocales Titulares

Dr. Darío Lagos

Dra. Silvia Aguayo

Dra. 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

Dra. Sara Amores

Dr. Ángel Uslenghi

Órgano Revisor de Cuentas

Titulares

Dr. Jorge Rubin

Dr. Guillermo Belaga

Suplentes

Dr. Gustavo Gómez

Dr. Esteban Pieckiwiez

Comité de Disciplina

Titulares

Dr. Alberto Sassatelli

Dra. Diana Kordon

Dr. Eduardo Fernández

Dr. Andrés Mega

Dr. Jacobo Gutman

Suplentes

Dr. Julio Brizuela

Dra. Elba Picot

Dr. Humberto Velázquez

Comité Editorial

Director

Hugo Dramisino

Comité Editorial

Dra. Guillermina Berkunsky

Dra. Tania Borda

Dr. Eduardo Burga Montoya

Dr. Gabriel Brarda

Dra. Mariana Lagos

Dra. Nora Leal Marchena

Dr. Pedro Pieczanski

Dr. Hugo Pisa

Dra. Analía Ravenna,

Dr. Sergio Rojtemberg

Dr. Martín Ruiz

Dra. Carina Spano

Comité Científico Nacional

Dra. Lucila Agnese

Prof. Dr. Ricardo Angelino

Dra. Ester Allegue

Dr. Sebastián Alvano

Dr. Gustavo Oscar Amido

Dra. Sara Amores

Dra. Sara Babiaki de Kijak

Dra. M. de las Mercedes Baccaro

Prof. Dr. Héctor Basile

Dra. Silvana Bekerman

Dr. Jorge Berstein

Dr. Adrián Cesar Besuschio

Dra. Raquel Bianchi

Dra. Ingrid Brunke

Dr. Carlos Calatroni

Dra. Susana Calero

Dr. Gustavo Carlsson

Dr. Hugo Carroll

Dr. Enzo Cascardo

Dr. Miguel A. Castro

Dr. Alfredo Cia

Dr. Norberto Conti

Dr. Miguel Ángel De Boer

Dra. Cristina Deprati

Dr. Gustavo De Vega

Dr. Javier Didia Attas

Dr. Guillermo Dorado

Dra. Lucila Edelman

Dr. Luis Ellerman

Dra. Judith Epstein

Dr. Eduardo Espector

Dra. Celina Fabrykant

Dra. Julieta Falcoff

Dr. Juan C. Fantín

Dr. Guillermo Fernández Dadam

Dr. Andrés Ferdman

Dra. Lía Marcela Fernández

Dr. Alejandro Ferreira

Dr. Pablo Gabay

Dr. Angel Del Guercio

Dra. Graciela Girardi

Dr. Anibal Goldchluk

Dra. Nieves Grieco

Dr. Sergio Griselli

Dra. Julia Gutreiman de Ertlich

Dr. Sergio Halsband

Dra. M. Julia Herrero Chego

Dr. Yany Jaritonsky

Dra. Alicia Kabanchik

Dr. Eduardo Kalina

Dr. Daniel Kersner

Dr. Elías Klubok

Dr. Néstor Koldobsky

Dra. Diana Kordon

Dr. Gabriel Kunst

Dr. Darío Lagos

Dr. Carlos Lamela

Dra. Elena Levin

Dra. María de los Ángeles López

Geist

Dr. Daniel Matusевич

Dra. Silvina Mazaira

Dra. Silvia Melamedoff

Dr. Verónica Mora Dubuc

Dra. Liliana Moneta

Dra. M. Eliana Montuori

Dr. Carlos Moretti

Dr. Víctor Ocampo

Dr. Luis Ohman

Dr. Oscar Olego

Dra. Graciela Onofrio

Dr. Sergio Orlandini Cappannari

Dra. María Susana Pedernera

Dra. Adhelma Pereira

Dr. Humberto Persano

Dra. Elba Picot

Dra. Mónica Pucheu

Dra. Lía Ricón

Dr. Carlos Rodríguez Peña

Dr. Héctor Rubinetti

Dra. Adriana Sánchez Toranzo

Dr. José Schliapochnik

Dr. Gabriel Schraier

Dr. Darío Saferstein

Dra. Susana Sarubbi

Dr. Tomás Sepich D'Almeida

Dr. Rafael Skiadaressis

Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro

Dra. Elba Tornese

Prof. Dr. René Ugarte

Dra. Ana María Vaernet

Dra. Laura Valbonesi

Dr. Emilio Vaschetto

Dr. Víctor Vergara

Dr. Juan José Vilapriño

Dr. Horacio Vommaro

Dr. Ernesto Wahlberg

Dra. Elsa Wolfberg

Dra. Diana Zalzman

Dr. Julián Zapatel

Dr. Rodolfo Zaratiegui

Dr. Marcelo Zukierman

Comité Científico Internacional

Dra. Carmita Abdo (Brasil)

Dr. Miguel Adad (Brasil)

Dr. Sergio Aguilar Gaxiola (EEUU)

Dr. Renato Alarcón (Perú)

Dr. Julio Arboleda Florez (Canadá)

Dra. 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)

Dra. 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)

Dra. Silvia Lucía Gaviria (Colombia)

Dr. Antonio Geraldo da Silva (Brasil)

Dr. Francisco Golcher Valverde (Costa Rica)

Dr. José Miguel Gómez (Rep. Dominicana)

Dr. Miguel Gutiérrez (España)

Dra. Cecilia Idiarte Borda (Uruguay)

Dra. 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)

Dra. Tirza Merino (El Salvador)

Dr. Rafael Navarro Cueva (Perú)

Dr. Humberto Nicolini (México)

Dr. Hernán Olivera Arauco (Bolivia)

Dr. Ángel Otero (Cuba)

Dr. Freddy Pagnussat (Uruguay)

Dra. Sybil Prado (Guatemala)

Dra. Virginia Rosabal Camarillo (Costa Rica)

Dra. 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 (Puerto Rico)

Dr. Kennet Vittetoe (Honduras)

Dr. Ángel Valmaggia (Uruguay)

Dra. Fátima Vasconcellos (Brasil)

Dra. Elvia Velázquez (Colombia)

Dr. Jaime Vengoechea (Colombia)

Dr. José Vera Gómez (Paraguay)

Dra. Laura Viola (Uruguay)

Dra. Raquel Zamora (Uruguay)

INDICE

Psiquiatras Argentinos - Dr. Guillermo Vidal Dr. Hugo Pisa	3
Editorial Comité de redacción	5
Editorial Dr. Horacio Vommaro	6
Declaración de la Comisión Directiva de APSA 	7
Urgencia y subjetividad: su relación con tratamientos psiquiátricos o psicoterapéuticos Lic. Inés Sotelo, Dr. Guillermo Belaga, Lic. Ignacio Penecino, Lic. Larisa Santimaría, Lic. Lucas Leserre, Lic. Patricia Moraga, Lic. Alejandra Rojas, Lic. Pablo Fidacaro	9
Histeria: ¿In memoriam? Dra. Graciela Onofrio, Dr. Juan Carlos Scillamá, Dr. Juan Carlos Fantín, Dr. Juan Eduardo Tesone, Dr. Guillermo Belaga	15
Entrevista a la Dra. Lía Ricón Dra. Guillermina Berkunsky	27
Espacio de Ex Alumnos de APSA: un nuevo ámbito trófico institucional Dra. Ester Allegue, Dr. Hugo Carroll, Dra. Marina Grance, Dr. Juan Cristóbal Tenconi	33
Editorial Espacio Ex Alumnos / Publicación de tesinas finales de carrera. Versión sinóptica Dra. Ester Allegue, Dr. Hugo Carroll	39

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 Diciembre de 2014.
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



Dr. Guillermo Vidal

Leer sobre el Dr. Guillermo Vidal es una aventura que invita a la reflexión sobre la psiquiatría y lo que implica ser psiquiatra. En el libro “Identidad de la psiquiatría latinoamericana: voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria”, aparece una entrevista fechada en mayo de 1986. En la misma define su filosofía: *Me gusta interrogar a la vida por mí mismo, me gusta experimentar con mis propias manos, me gusta bucear en el alma ajena y en la mía propia también, pero así a solas, sin mayores apoyos ortopédicos; me gusta errar, me gusta equivocarme o acepto por lo menos el equivocarme, el probar, el ponerme a prueba. Esto parte de mi concepción de la vida: para mí la vida es una aventura, un desafío.*

Nació en Buenos Aires el 13 de junio de 1917. Pero su infancia y adolescencia transcurrió en España. Terminó el secundario en Santiago de Compostela. De vuelta a Sudamérica, su familia se radicó en Paraguay, en la ciudad de Asunción. En ese país se graduó de médico (con medalla de oro) en 1943. En Buenos Aires fue docente de “Clínica psiquiátrica” en la Universidad de Buenos Aires, y tuvo una intensa actividad clínica en el Hospital G. Rawson. En este sentido, el Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro en la editorial de la Revista Argentina de Psiquiatría (Vertex, Nro 90) le dedicó estas palabras –con motivo del décimo aniversario de su fallecimiento–: *[Queremos] brindar nuestro homenaje a un colega que marcó con su acción infatigable la psiquiatría argentina de la segunda mitad del siglo XX. No es para menos, en 1954 fundó la revista Acta Neuropsiquiátrica Argentina; la misma pasó a llamarse en 1962 Acta Neuropsiquiátrica y Psicológica Argentina; y a partir de 1964, recibió su nombre actual, Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Estos nombres diferentes se acompañaron de cambios de orientación y, so-*

bre todo, de una mayor amplitud con respecto a los temas y disciplinas. En “1954 [comenzó] su pregón incansable, su trabajo pionero de didacta original y corajudo, el cultivo de una esperanza que nada tuvo de ilusión ni de utopía”, dijo el Dr. Alarcón.

Sus obras más importantes son la *Enciclopedia de Psiquiatría* (editada junto a Hugo Bleichmar y Raúl Usandivaras, en 1977), y los tres volúmenes de la *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría* (editada con Renato Alarcón y Fernando Lolas Stepke, en 1995). Falleció el 26 de enero del 2000.

“El nombre de Guillermo Vidal se recordará siempre en Argentina, en Latinoamérica, entre los psicólogos, entre los psiquiatras, entre las personas que creen que en nuestros campos de trabajo existen muchas más preguntas que respuestas”, concluyó el Dr. Rubén Ardila.

Pero escuchemos sus palabras de crítico implacable frente a los dogmas. Palabras de maestro que suenan y resuenan tan actuales: *Inicialmente me interesó mucho la psiquiatría biológica, y yo he hecho psiquiatría de manicomio durante años y años, y hasta tuve entonces la ilusión de dominar la psiquiatría. Yo, en aquella época, imaginaba saber psiquiatría. Después a medida que fue avanzando el tiempo, me fui dando cuenta de que sabía cada vez menos. Y ahora sé bastante poco, ahora admito que mi ignorancia es supina. Tengo una visión del hombre, un poco más holística diríase, como un hombre de una sola pieza, imaginando que eso que solemos dividir nosotros entre psiquiatría biológica y psiquiatría psicosocial, no son sino dos artificios de técnica que surgen de las propias limitaciones de nuestro aparato psíquico.*

Repitémoslas. Que no se olviden.

Comité de Redacción

En esta nueva entrega de Sinopsis continuamos presentando a nuestros lectores algunas resonancias del exitoso XXIX Congreso Argentino de Psiquiatría. En tal sentido, es un placer hacerles llegar una interesantísima actividad, "Histeria: ¿in memorian?"

Hemos podido concretar una nueva entrevista, en esta oportunidad a la prestigiosa colega Lía Ricón. La querida y admirada "maestra", a través de las preguntas de Guillermina Berkunsky, nos trae una imperdible descripción de una vida profesional plagada de intensos acontecimientos.

También tenemos el enorme agrado de presentarles un nuevo espacio dedicado a los ex alumnos del Instituto Superior de Formación de Postgrado de nuestra Asociación.

Por último, tras un año tan fecundo, les deseamos, desde el Comité de Redacción de Sinopsis, un 2015 plétórico de logros.

Comisión Directiva de APSA

El final del año 2014 y comienzos del 2015 es un momento propicio para evaluar la tarea realizada por APSA y trazar los lineamientos del año que se inicia.

Uno de los rasgos fundamentales de la segunda mitad del año pasado ha sido el afianzamiento de APSA en:

- 1) Su compromiso irrenunciable con los Derechos Humanos y como parte sustancial de ellos con el derecho y acceso a la Salud de todos los habitantes del suelo argentino.
- 2) Que parte indeclinable de ese derecho es recibir la mejor calidad de atención en Salud.
- 3) Que la Salud Mental es parte de la Salud Pública y considerarla aparte atenta contra el cuidado y la calidad de vida de los que requieren la atención de los distintos dispositivos de Salud y fragmenta a la persona humana en una peligrosa dicotomía mente-cuerpo.
- 4) La defensa del lugar del psiquiatra en los equipos de Salud y en que la psiquiatría es una disciplina social y el psiquiatra un actor social.
- 5) Continuar bregando por la defensa del hospital público, como expresión de la equidad en Salud, lo cual significa reducir las desigualdades, proteger a las personas más vulnerables y el respeto por la identidad cultural.

Otro rasgo importante es el lugar del Instituto Superior de Formación de Posgrado en cuanto al perfil del psiquiatra que nuestro país necesita y en la formación del psiquiatra y sus condiciones de trabajo. Continúan extendiéndose las carreras de especialidad en psiquiatría en todo el país y los cursos de EMC. Hay acuerdos marcos con las Universidades Nacionales de nuestro país y con Colegios Médicos de distintas Provincias. Se continúa con los Cursos de posgrado de los distintos Capítulos de Subespecialidad de APSA. Se programan importantes Cursos para el año 2015.

Hay que destacar el afianzamiento de la organización federal de APSA expresado en las múltiples jornadas y en los congresos realizados. Cabe mencionar el NOA (Tucumán, Salta, Jujuy, Catamarca y Santiago del Estero), Rosario, Comahue, Córdoba, NEA (Corrientes, Formosa, Chaco y Misiones), Santa Fe y Entre Ríos; la participación en el Congreso de Mendoza.

La realización del II Encuentro Federal de los Psiquiatras en formación –PEF- en Tucumán el 22 y 23 de agosto del 2014 fue un acontecimiento por su organización y contenido. Es importante remarcar no solo la numerosa concurrencia sino también el carácter federal de la misma. El entusiasmo y creatividad de los participantes y la profundidad de sus propuestas expresaron claramente que los PEF rescataron la importancia de formarse en las dos facetas de la estrategia terapéutica en psiquiatría cuales son la psicoterapéutica y la farmacoterapia. Es de destacar el sentido de pertenencia institucional que se expresó no solo en palabras, sino en la incorporación de nuevos asociados. Finalmente culminó con el acuerdo de juntarse el próximo año en el III Encuentro en la provincia de Córdoba.

Se realizaron las reuniones de Presidentes de los Capítulos de subespecialidad de APSA donde se pudo verificar no solo la cantidad de jornadas, encuentros realizados por los Capítulos sino también la constitución de un espacio de consulta y aprobación de lo que resuelve la Comisión Directiva. De consulta porque se anticipan temas a tratar por la CD para considerar la opinión de los presidentes y así enriquecer y hacer más participativas las decisiones de la CD, y de aprobación porque se reflejan las opiniones del conjunto.

En el Observatorio de Psiquiatría y Salud Mental de APSA, de carácter federal, se reafirmó la necesidad de mantener una férrea defensa del hospital público, de combatir la estigmatización hacia el trastorno mental, que atraviesa al hospital de especialidad y a los equipos que trabajan en dichos hospitales, lo cual incrementa el estigma social hacia la locura y que genera consecuencias en pacientes y familiares y en su inclusión social.

Hay que destacar PROAPSI. Es un emprendimiento entre la Asociación de Psiquiatras Argentinos y la Editorial Médica Panamericana con el fin de desarrollar un Programa de Educación a Distancia en Psiquiatría. El objetivo es ocupar un espacio importante en la formación continua de los médicos psiquiatras y avanzar en la formación del psiquiatra que deseamos para las diferentes regiones de nuestro extenso país.

En el transcurso del año 2015 continuaremos construyendo APSA en los cuatro vértices de nuestras propuestas: profesional, académico, sanitario e investigación. Continuar avanzando en dotar al campo de la Salud Mental de una mayor rigurosidad sanitaria como parte de la Salud en su conjunto.

Del 22 al 25 de abril se desarrollará el XXX Congreso en la ciudad de Mar del Plata en el hotel Provincial. Por la cantidad de presentaciones, similares al anterior Congreso, esperamos una numerosa concurrencia y seguramente constituirá un aporte a los requerimientos básicos para elaborar una propuesta Institucional a un Plan Nacional de Salud Mental y a poder tener la información epidemiológica imprescindible. Contribuirá seguramente a organizar la atención primaria como estrategia sanitaria.

No quisiera finalizar sin agradecer y destacar la labor cumplida por todos los miembros de la Comisión Directiva, el entusiasmo y rigor académico de la Dirección y el cuerpo docente del Instituto, el permanente aporte y compromiso de los presidentes de los Capítulos, la labor de organización y construcción federal de los miembros de las diferentes filiales de APSA en el país, a los directores de PROAPSI, a los miembros del Observatorio de Psiquiatría y Salud Mental y desde ya al Comité de Redacción de SINOPSIS por su labor consecuente en mantener la regularidad de la revista.

En resumen, un año fructífero y un futuro pleno de nuevas realizaciones lo que nos permite brindar con todos los socios por un feliz 2015 con la seguridad de que con el trabajo y la participación de todos contaremos con un APSA cada vez más desarrollada y organizada para el bien de todos y al servicio de nuestra comunidad.

Dr. Horacio Vommaro
Presidente de APSA

Corresponsalías:

Área Metropolitana: Dr. Guillermo Belaga, Dr. Miguel A. Castro, Dra. Julieta Falicoff, Dr. Federico Pavlovsky.

Provincia Buenos Aires: Dr. Santiago Primerano.

Provincia de Santa Fé: Dr. Bernabé Ibáñez.

Área Noroeste: Dra. María Eugenia Moyano, Dr. Ángel Uslenghi.

Área Noreste: Dra. Silvia Aguayo, Dr. Gustavo Gómez.

Área La Pampa y Comahue: Dra. Natalia Málaga.

Declaracion de la Comisión Directiva de Apsa

Buenos Aires, 18 de diciembre 2014

La Comisión Directiva de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) teniendo en cuenta informes recibidos por el Observatorio de Psiquiatría y Salud Mental de la Institución -donde participan Directores de Hospitales Públicos de la especialidad y Jefes de Servicios de Hospitales generales de todo el país- y las declaraciones de las Asociaciones de Psiquiatras de diferentes provincias y regiones de nuestro país, como asimismo las consideraciones vertidas en distintos documentos y foros de la Comisión de Profesores de Psiquiatría de las Facultades de Medicina públicas de la República Argentina manifiesta, una vez más:

- 1) Su compromiso irrenunciable con los Derechos Humanos y como parte sustancial de ellos con el derecho y acceso a la Salud de todos los habitantes del suelo argentino.
- 2) Que parte indeclinable de ese derecho es recibir la mejor calidad de atención en Salud.
- 3) Que la Salud Mental es parte de la Salud Pública y considerarla aparte atenta contra el cuidado y la calidad de vida de los que requieren la atención de los distintos dispositivos de Salud y fragmenta a la persona humana en una peligrosa dicotomía mente-cuerpo.
- 4) Que el Estado tiene el deber de garantizar los derechos en las condiciones de atención de los pacientes y las condiciones de trabajo de los miembros de los equipos que los atienden (profesionales y no profesionales).
- 5) Que las instituciones especializadas, habitualmente llamadas psiquiátricos monovalentes (como son monovalentes los hospitales pediátricos, oftalmológicos, de enfermedades infecciosas, etcétera) y quienes trabajan allí, sufren también el estigma social que cae sobre los pacientes que se atienden en ellas. Atacarlas indiscriminadamente, ya sea con la policía como en el Borda o con la difamación, criminalizando a los equipos que trabajan en ellas, es aumentar el estigma de la locura en la sociedad y privar a los pacientes más pobres y desprotegidos del único recurso con el que cuentan para buscar ayuda ante sus afecciones mentales.
- 6) Mil veces hemos clamado por la financiación, adecuación edilicia y necesidad de mantener a nuestras instituciones especializadas integradas en una red de instituciones intermedias en la comunidad que permitan la reinserción social de los pacientes sin familia que se internan en ellas. Pero esos recursos siguen cruelmente ausentes obligando a muchos pacientes a permanecer en las instituciones o enfrentar el abandono callejero. ¿Cuál es la razón por la que el Órgano de Revisión (OR) creado por la Ley 26657 centra su accionar en el ataque a los hospitales especializados de Salud Mental y Psiquiatría y no exige la creación de esa red, no inspecciona los servicios de hospitales generales que trabajan en condiciones

inadecuadas (como la que llevó a la trágica muerte de un paciente y un trabajador en el Hospital “Alejandro Posadas” que fue cuidadosamente acallada y no investigada por el OR) y no exige al Estado los recursos para aplicar adecuadamente la Ley 26.657 en lo que atañe a la atención cercana a los domicilios de los consultantes y la vivienda digna en la comunidad, entre muchos otros derechos? ¿Habrá que ocultar con pomposos documentos antimanicomiales los ahorros presupuestarios necesarios para poner en práctica lo que se declama?

- 7) Que las opiniones sobre los métodos terapéuticos deben tener rigurosidad científica, y apoyarse en la consulta con los medios académicos y profesionales. Dictámenes como el Anexo RES. S. E. 17/2014 sobre el uso del Electroshock, emitido por el OR se compadece más de panfletos anti psiquiátricos de la década del '70 del siglo pasado que de un documento basado en los más elementales conocimientos en la bibliografía mundial sobre su aplicación y sobre sus indicaciones precisas, como cabría esperar del OR.
- 8) Que las consideraciones del Anexo RES. S.E. No 15 /2014 sobre Muerte en Instituciones Monovalentes de Salud Mental, considerando que toda muerte ocurrida en estas instituciones debe ser considerada como una muerte dudosa y remitirse a la Justicia Penal, constituye un desconocimiento de dichas instituciones como parte del sistema de Salud, homologándolas con las cárceles. Tal desatino no puede menos que despertar nuestro repudio y nos obliga a hacer un llamado de atención a las autoridades para que cese ese ataque basado en premisas de corte ideológico y carente del más elemental conocimiento de la clínica, la psicopatología y la terapéutica de los trastornos mentales. Tales pronunciamientos falaces son discriminatorios de todas las profesiones y especialidades de los equipos que trabajan en esas instituciones de Salud.

Ante las situaciones mencionadas profundizaremos nuestros contactos e intercambios de trabajo y acción con las demás asociaciones médicas, de otras profesiones del campo de la Salud Mental y de pacientes y sus familias, para alertar a la comunidad a fin de defender su derecho a la salud y recibir la mejor calidad de atención en cada circunstancia. La captura por un grupo minoritario profundamente ideologizado, sordo y cerrado a toda consulta efectiva y transformadora de los consensos necesarios para mejorar el funcionamiento del campo de la Salud Mental de nuestro país le está haciendo daño al mismo, resta fuerza al conjunto de sus miembros y nos debilita para afrontar su enorme desafío sanitario. Una vez más, hacemos un llamado a las máximas autoridades del Estado de cada distrito para que revisen sus políticas y la conducta y criterios de sus funcionarios en relación a nuestros reclamos.

Comisión Directiva

Urgencia y Subjetividad: Su Relación con Tratamientos Psicoterapéuticos o Psiquiátricos | *Urgency and subjectivity: its relation with previous treatment*

Inés Sotelo

Lic. En Psicología
Profesora Titular Regular,
Facultad de Psicología
Universidad de Buenos Aires
misotelo@psi.uba.ar

Guillermo Belaga

Médico Especialista en Psiquiatría
Jefe de Servicio de Salud Mental
Hospital Central de San Isidro
Facultad de Psicología
Universidad de Buenos Aires

Ignacio Penecino

Lic. en Psicología
Facultad de Psicología
Universidad de Buenos Aires

Larisa Santimaria

Lic. en Psicología
Facultad de Psicología
Universidad de Buenos Aires

Lucas Leserre

Lic. en Psicología
Facultad de Psicología
Universidad de Buenos Aires

Patricia Moraga

Lic. en Psicología
Facultad de Psicología
Universidad de Buenos Aires

Alejandra Rojas

Lic. en Psicología
Facultad de Psicología
Universidad de Buenos Aires

Pablo Fidacaro

Lic. en Psicología
Universidad de la República
Montevideo. Uruguay

Resumen

Este trabajo se enmarca en la investigación UBACyt "Análisis Comparativo de la Demanda e Intervenciones en la Urgencia en Salud Mental" - Hospital Central de San Isidro (Buenos Aires - Argentina), Hospital San Bernardo (Salta - Argentina), Hospital Maciel (Montevideo - Uruguay) y Hospital Das Clínicas (Belo Horizonte - Brasil). El propósito de este artículo es indagar si hay incidencia de la presencia un tratamiento psicoterapéutico o psiquiátrico anterior o actual, en el modo de resolución de la urgencia en pacientes con padecimientos psíquicos. Se tomaron en cuenta los datos recabados de 714 pacientes de los cuatro hospitales antes mencionados.

Se encontró que más del 95% de los consultantes puede armar un relato acerca de su padecimiento. Aunque esto es condición, no conlleva necesariamente a que puedan localizar la aparición de la urgencia, o a formular hipótesis sobre sus síntomas.

Si bien no podemos adjudicar a los tratamientos la posibilidad de que el paciente relate lo que le pasa y localice algún acontecimiento, sí encontramos que hay una diferencia, en aquellos que no formula hipótesis y no ha realizado ningún tipo de tratamiento.

Palabras clave

urgencia – características subjetivas – tratamiento - guardia

Abstract

This paper is part of the UBACyt investigation "comparative analysis of the demand and interventions in mental health emergency" Central hospital of San Isidro (Buenos Aires - Argentina), San Bernardo hospital (Salta - Argentina), Maciel hospital (Montevideo - Uruguay) and Das Clinicas hospital (Belo Horizonte - Brasil). The purpose of this article is to inquire if the patient that attends the emergency room is able to solve the urgency differently when it counts with a previous or actual psychotherapeutic or psychiatric treatment. The data of 714 patients were taken into account, corresponding to the four hospitals mention above.

It was found that over 95% of patients were able to describe their suffering. Although this is a condition, it doesn't imply that the person will be able to locate the apparition of the symptoms or to formulate hypothesis of the cause of them.

Although we can not assign to the existence of previous treatments that the patient will be able to describe their suffering or to locate the apparition of the symptoms, we find a difference in those who can not formulate hypothesis and have no previous treatment.

Key words

urgency – subjective characteristics- treatment- emergency room

Introducción

El presente trabajo se enmarca en la investigación UBACyt "Análisis Comparativo de la Demanda e Intervenciones en la Urgencia en Salud Mental"¹. Hospital Central de San Isidro (Buenos Aires - Argentina), Hospital San Bernardo (Salta - Argentina), Hospital Maciel (Montevideo - Uruguay) y Hospital Das Clínicas (Belo Horizonte - Brasil). Se relevaron los datos de 714 pacientes de los hospitales mencionados.

Diversas preguntas orientaron la investigación; este trabajo se centrará en una en particular: ¿Cuáles son las características subjetivas de la población que concurre en urgencia? Y si puede establecerse alguna relación con la existencia, o no de un tratamiento anterior ya sea psicoterapéutico o psiquiátrico. Al realizar un estudio exploratorio de los cuatro

1 Los integrantes del Equipo son: Inés Sotelo (Directora), Guillermo Belaga (Codirector), Lucas Leserre, Raul Solari, Marta Coronel, Miguel Marini, Jimena Jorge, Alejandra Rojas, Mariela Vigil, Valeria Mazzia, Verónica Capurro, Ignacio Penecino, Larisa Santimaria, Patricia Moraga, Alejandra Cruz, Paola Méndez, Fernanda Gamallo, Graciela Tutanowski (Investigadores de apoyo).

Conexión del Proyecto con otros grupos de investigación del país y del extranjero:

- Salta, Argentina: Maximiliano Alesanco, Marta Pagano de Verde, Julio Cesar Amado, Mariana Torres Jiménez, Andrea de Santis y Alicia Araoz.
- Montevideo, Uruguay: Pablo Fidacaro, Eva Palleiro, Julio Lindner, Mercedes Couso y Ariel Montalbán.
- Universidade Federal de Minas Gerais y Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil: Lucíola Freitas de Macêdo, Jorge Antônio Pimenta Filho, Carolina Leal Ferreira Simões, Larissa Figueiredo Gomes, Raquel Nogueira Duarte, Iara Biondi E Rodrigo Ferreira

hospitales, se entrecruzaron estas dos dimensiones de nuestro protocolo.

En esta exploración se indagará acerca de una pregunta más abarcativa: ¿Qué relación hay entre lo que llamamos “ubicación subjetiva” y el hecho que el paciente cuente en su historial con tratamientos anteriores? Como verán, no hacemos una distinción diagnóstica ni estructural ni sindrómica, nos interesa explorar las circunstancias que posibilitan el alojamiento de lo que llamamos sujeto.

A raíz de estas preguntas se hace necesario describir aquello que llamamos ubicación subjetiva, y, en el marco de este trabajo, qué se entiende por cada una de las tres variables, que decidimos formalizar a modo de cuantificadores: “¿Relata lo que le ocurre?”, “¿Localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?” y “¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?”

Tampoco podemos dejar de plantear, definir sucintamente urgencia: concepto originalmente médico, pero que leemos desde una perspectiva psicoanalítica.

Podemos plantear una definición rápida y general de lo que llamamos urgencia como una perturbación, ya sea en las acciones mismas del paciente (peligro para sí y para terceros), en la esfera de los sentimientos (angustia traumática), o de los pensamientos (perplejidad).

Dichas perturbaciones demandan una respuesta rápida y efectiva por parte de los médicos o profesionales que asisten en la guardia. Entonces cuando hablamos de urgencia hablamos “de un traumatismo tanto a nivel de lo colectivo como en el de lo singular, donde encontramos una impotencia del discurso a la hora de leer el acontecimiento”⁽¹⁾, se trata de un acontecimiento que no se logra tramitar por ninguna de las sendas en las cuales el paciente suele estar inserto. Y “se presenta como dolor, como sufrimiento insoportable, como ruptura aguda. Freud decía quiebre de la homeostasis con que la vida transcurría”⁽²⁾.

Esta relación entre lo traumático y el acontecimiento en nuestra época ha tomado una relevancia tal, que en la gran masa de consultas que llegan a las instituciones, en especial en las guardias, es la demanda por excelencia: “Uno de los puntos principales que caracterizan hoy a las consultas de urgencia es la predominancia, en los enunciados de cada sujeto, de un “acontecimiento” que marco su vida bajo la impronta de un antes y un después”⁽³⁾. El trauma como pandemia social ha tomado toda la relevancia que se le ha visto en las últimas épocas.

Entendemos que la relación entre trauma y acontecimiento no es un producto contemporáneo, sino que es una de las dos características que tiene el trauma, al menos como es leído desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana: el trauma como proceso o como acontecimiento. Es decir el lenguaje como algo traumático, es el vivir bañados por el lenguaje, es el “malestar en la cultura”. En cambio el trauma como acontecimiento se refiere a la categoría de lo contingente, el encuentro con lo que escapa a lo programable: “todo lo que no es programable deviene trauma”⁽⁴⁾. Un encuentro fallido con lo real, dando así una dimensión de la repetición: “En la *repetición* se sacó a la luz la función de *τύχη* que se cobija tras su aspecto de *αύτοματων*: el faltar al encuentro se aísla aquí como relación a lo real”⁽⁵⁾.

Postular que en la demanda de una urgencia podríamos ubicar coordenadas subjetivas es entender que en ese padecer, que en

ese sufrimiento, hay algo particular más allá del trastorno que se muestra en la demanda. Si bien hay un encuentro contingente con lo real, esto no da cuenta de que no-todos quedan traumatizados ante el mismo hecho fáctico, la vía regia para la subjetividad es por la lógica del no-todo. Ese encuentro contingente con lo real es en una trama subjetiva, aquí la diferencia con la urgencia, la emergencia, entendida desde una perspectiva medico-cientificista.

Con respecto a una definición posible de las variables que llamamos subjetivas, entendemos que conciernen a tres niveles de lectura posibles en torno al estado psíquico actual del paciente al momento de la entrevista. Primero si el paciente relata o no lo que ocurre. Este primer nivel o “indicador de la variable” se basa en si el paciente puede hablar sobre el motivo por el cual llegó a la guardia. La perplejidad es una dificultad para comunicar algo de la propia experiencia, podríamos decir un padecimiento mudo, que no logra ser formalizado por el lenguaje. El Dr. Jacques Lacan plantea en su Seminario sobre Las psicosis un estado anterior a la aparición del delirio, que nombra “pre-psicosis”⁽⁶⁾, en donde la perplejidad es uno de los signos más importantes, Gaëtan de Clérembault decía: “si hay delirio la psicosis es vieja”. Si el que consulta logra armar en su habla un “relato”, una narración, que facilitarían el esclarecimiento de la urgencia, entendemos que ya hay un locutor (el paciente, quien consulta) dirigiéndose a un posible alocutario (el entrevistador). Como plantea Freud en su trabajo sobre el presidente Schreber: nuevamente estaría depositando la libido sobre él o los objetos⁽⁷⁾.

Cuando planteamos el indicador “¿localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?”, un segundo nivel, se intenta distinguir si el paciente, ante preguntas como ¿en qué momento apareció? ¿Qué ocurrió antes de que apareciera la urgencia?, puede o no armar una trama de acontecimientos ligados a la urgencia. Puede suceder que el paciente puede relatar que sucedió antes de la aparición de la urgencia, y no esté necesariamente articulando ambos acontecimientos. Podemos plantear que la conjunción de estos dos primeros niveles da cuenta de que el sentido libidinal esta poniéndose en marcha, algo comienza a ser interpretado por el que padece: “El trauma no es algo extraño que se enquistó, sino algo familiar que se ha vuelto extraño en el encuentro como un acontecimiento exterior”⁽⁸⁾.

Con respecto al tercer nivel, al indicador “¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?”, se tiene en cuenta si ante preguntas como ¿por qué cree usted que apareció el malestar o los síntomas actuales? el paciente logra o no formular alguna causa posible. A diferencia de las variables anteriores, aquí se intenta ubicar si el paciente puede darle el estatuto de causa de su malestar a alguno de los acontecimientos que antes enlazaba a la aparición de la urgencia, aquí no hacemos una diferencia entre causas “internas o “externas”, entre lo que ciertos autores podrían plantear entre sobre el síntoma como reactivo; sino que lo pensamos tomando lo que Miller plantea: “la palabra viene a anudarse al goce, el goce, sí, de hablar”... este nudo de palabra y goce incluyendo el “no sé lo que digo”⁽⁹⁾.

Estos tres indicadores, que conforman la variable “contexto subjetivo”, están orientados a ubicar si el sujeto que llega a la guardia en urgencia ha podido “entramar alguna red en relación a eso que aparece desarticulado del resto de la vida”⁽²⁾.

Métodos

Como en este estudio cuali-cuantitativo no se trataría de comprobación de hipótesis causales sino que es exploratorio-descriptivo, nos propusimos las siguientes hipótesis a modo de ideas directrices:

- Se trata de una población heterogénea socio-cultural y económicamente, la que concurre a la consulta de urgencia.
- El paciente que concurre a la guardia resuelve la urgencia de manera distinta, si el mismo cuenta con un tratamiento psicoterapéutico, o psiquiátrico, anterior o no.

Objetivos planteados

Como meta general nos propusimos caracterizar a la población que concurre a la *consulta en urgencia* en cada uno de los hospitales relevados, siendo los objetivos específicos:

- Caracterizar a los pacientes que asisten en urgencia desde los aspectos subjetivos (si puede relatar lo que le ocurre, si puede localizar acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia, si puede formular hipótesis sobre la causa de sus síntomas).
- Caracterizar a los pacientes que asisten en urgencia desde los aspectos que hacen a las variables si ha concurrido a un tratamiento anterior o no, ya sea psicoterapéutico o psiquiátrico.
- Entrecruzar la variable “aspectos subjetivos” en sus tres niveles, con la variable si ha concurrido a un tratamiento anterior o no, ya sea psicoterapéutico o psiquiátrico.

La población elegida para ser parte de este estudio fue la siguiente: pacientes de ambos sexos mayores de 15 años que consultan en urgencia, a lo largo de cuatro meses, en las guardias de los hospitales: Hospital Central de San Isidro de la Provincia de Buenos Aires (Argentina), Hospital San Bernardo de Salta (Argentina), Hospital Maciel de Montevideo (Uruguay) y el Hospital Das Clínicas de Belo Horizonte (Brasil). Sólo el hospital “Das Clínicas” pertenece a la Universidad Federal de Minas Gerais – Brasil.

Construcción del instrumento

La construcción del instrumento tomó las siguientes formas: se diseñó un protocolo que sería completado por el profesional, médico o psicólogo con orientación psicoanalítica a cargo de la admisión. El profesional a cargo de la consulta de urgencia de cada hospital realiza la entrevista de admisión habitual en la urgencia, según la normativa del hospital y luego completa la ficha de admisión que forma parte de este protocolo, reuniendo los datos cuantitativos epidemiológicos que se hayan obtenido.

El instrumento diseñado incluía la localización de diversos datos agrupados en diversos contextos correlativos con las variables arriba definidas: sociológico; familiar, subjetivo; contexto transfereencial contexto diagnóstico presuntivo en la urgencia; contexto de finalización de la urgencia.

El instrumento se aplicó sobre un total de 714 casos pertenecientes a los cuatro hospitales nombrados anteriormente.

Discusión

El 1º objetivo se cumplió, caracterizándose a los pacientes desde los aspectos subjetivos.

Ver Anexo, tablas nº 1, 2, 3, 4 y 5 - Distribución por contexto subjetivo.

El 95,3% de los pacientes que concurren al servicio de urgencias puede relatar lo que le ocurre con facilidad o con dificultad. Sólo un 3,2% no es capaz de armar un relato.

Del total de la muestra, un 87% pudo localizar acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia con facilidad o con dificultad. Un 11,9% no fue capaz de hacerlo.

En cuanto a formular hipótesis sobre la causa de sus síntomas, el 29,3% no puede hacerlo, mientras que un 69,3% lo hace con dificultad o con facilidad.

De aquellos que logran armar un relato sobre lo que les sucede con facilidad, el 95,8% puede localizar la aparición de la urgencia y el 79,9% logra formular una hipótesis sobre la causa de sus síntomas. A su vez, quienes relatan con dificultad, el 83% localiza la urgencia y el 60,6% formula una hipótesis sobre la causa de su padecimiento.

Al analizar los datos obtenidos en nuestro primer objetivo vemos que un gran porcentaje de los consultantes logra relatar lo que le sucede, y que dentro de estos una amplia mayoría logra “localizar acontecimientos” ligados a la urgencia, este porcentaje disminuye considerablemente a la hora de “realizar hipótesis” acerca de la causa de sus síntomas.

El 2º objetivo se cumplió, caracterizándose a los pacientes que asisten en urgencia desde los aspectos que hacen a las variables si ha concurrido a un tratamiento anterior o no, ya sea psicoterapéutico o psiquiátrico.

Ver Anexo, tabla nº 6 - Distribución por concurrencia a tratamientos anteriores

Del total de los consultantes, el 47,8% nunca realizó un tratamiento, ni psicológico ni psiquiátrico. Un 11% cuenta con un tratamiento psicológico actual mientras que un 19,2% tiene un tratamiento anterior. Al momento de la consulta, el 20,9% no contaba con un tratamiento psicológico pero sí con uno psiquiátrico.

A la luz de estos resultados vemos que casi la mitad de la población estudiada no cuenta con un tratamiento ni anterior ni actual, es un porcentaje muy importante que va delineando una respuesta a nuestra pregunta.

Vayamos a los datos de nuestro último objetivo. El 3º objetivo se cumplió: entrecruzamiento de las variables aspectos subjetivos y tratamiento psicológico.

Ver Anexo, tablas nº 7, 8 y 9

Del total de la muestra que cuenta con un tratamiento actual el 2,2% no relata, el 31,7% lo hace con dificultad mientras que el 64,4% puede armar un relato con facilidad.

De aquellos que tienen un tratamiento anterior todos pueden armar un relato sobre lo que les sucede: el 35% relata con dificultad y el 64,2% lo hace con facilidad.

De los consultantes que nunca tuvieron un tratamiento el 2,3% no relata, en tanto que de quienes sí lo hacen, el 41,9% lo hace con dificultad y el 54% con facilidad.

Por último, de aquellos pacientes que no tienen tratamiento psicológico, pero sí psiquiátrico, el 8,1% no puede armar un relato, mientras que el 35,6% puede relatar con dificultad y el 55,7% lo hace con facilidad.

Del total de la muestra que cuenta con un tratamiento actual el 7,9% no localiza, el 35,7% lo hace con dificultad mientras que el 56,3% localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia con facilidad.

De aquellos que tienen un tratamiento anterior el 12,4% no localiza la urgencia, mientras que el 29,2% localiza con dificultad y el 57,7% lo hace con facilidad.

De los consultantes que nunca tuvieron un tratamiento el 10,9% no localiza la aparición de la urgencia, en tanto que de quienes sí lo hacen, el 41,6% lo hace con dificultad y el 46,3% con facilidad.

Por último, de aquellos pacientes que no tienen tratamiento psicológico, pero sí psiquiátrico, el 15,4% no puede localizar la aparición de la urgencia, mientras que el 32,2% puede localizar con dificultad y el 51,7% lo hace con facilidad.

De quienes cuentan con un tratamiento psicológico actual el 21,1% no formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas, el 36,6% lo hace con dificultad y el 41,4% con facilidad.

En tanto que aquellos que contaban con un tratamiento anterior el 31,4% no puede formular hipótesis, en tanto que de los que sí lo hacen el 22,6% lo hace con dificultad y el 45,3% lo hace con facilidad.

De los consultantes que nunca realizaron tratamiento el 33,4% no logra formular una hipótesis sobre la causa de su padecimien-

to, mientras que el 36,1% lo hace con dificultad y el 28,7% con facilidad.

Por último, quienes cuentan con un tratamiento psiquiátrico el 22,8% no formula hipótesis sobre sus síntomas, el 29,5% lo hace con dificultad y el 47% con facilidad.

A la hora de agrupar y comparar los datos obtenidos en los cuatro hospitales, el 3º objetivo, nos encontramos con ciertos datos significativos: la diferencia entre aquellos que logran “localizar” y “no logran localizar” se mantienen siempre dentro del mismo rango de diferencia porcentual ya sea que haya o no tenido algún tratamiento psicoterapéutico o psiquiátrico al momento de la entrevista. Es decir que no encontramos una diferencia. Con respecto a los pacientes que “formulan hipótesis” y “no formulan hipótesis” la diferencia a favor de los que sí formulan y han tenido, o tienen tratamiento, es mayor, mostrando una cierta tendencia; ya que casi se equiparan los porcentajes en la población que no ha realizado ningún tipo de tratamiento.

Con respecto a nuestra pregunta: “¿Qué relación hay entre lo que llamamos “ubicación subjetiva” y que el paciente cuente en su historial con tratamientos anteriores?”, los porcentajes no muestran que haya una correlación entre “ubicación subjetiva” y que el paciente tenga tratamientos, psicoterapéutico o psiquiátrico, en su haber. No podemos cargar a la cuenta de los tratamientos la posibilidad de que el paciente relate lo que le pasa y localice algún acontecimiento, si encontramos que hay una diferencia, poco substancial, en aquellos que no formula hipótesis y no ha realizado ningún tipo de tratamiento. Concluimos, entonces, con una nueva pregunta para una próxima investigación exploratoria: sobre los dispositivos que se implementan en las guardias.

Referencias bibliográficas

1. Belaga G. La urgencia generalizada. Las respuestas del psicoanálisis en las instituciones. En: Sotelo I, editor. *Tiempos de urgencia Estrategias del sujeto, Estrategias del analista* Buenos Aires JCE Ediciones; 2005. p. 33-9.
2. Sotelo I. *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JCE Ediciones; 2007.
3. Leserre L. Acontecimiento y ciencia. En: Sotelo I, editor. *Tiempos de urgencia Estrategias del sujeto, Estrategias del analista*. Buenos Aires: JCE Ediciones; 2005. p. 63-7.
4. Laurent E. Hijos del trauma. En: Belaga G, editor. *La urgencia generalizada*. Buenos Aires: Grama; 2004. p. 23-30.
5. Lacan J. Los cuatro conceptos fundamentales. En: Lacan J, editor. *Reseñas de enseñanza*. Buenos Aires: Manantial; 1988. p. 27-31.
6. Lacan J. *El seminario, Libro 3, Las Psicosis (1955-1956)*. Buenos Aires - Barcelona - México: Paidós; 1995.
7. Freud S. Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En: Freud S, editor. *Obras completas: Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente y otras obras*. 2005 ed. Buenos Aires: Amorrortu; 1911-13. p. 1-76.
8. García G. *Actualidad del trauma*. Buenos Aires: Grama; 2005.
9. Miller J-A. *Nuestro sujeto supuesto saber. La lettre mensuelle*. 2007.

ANEXO

Tablas

Distribución por contexto subjetivo

Tabla n° 1

	¿Relata lo que ocurre?
No	3.2%
Si, con dificultad	38.0%
Si, con facilidad	57.3%
Otros	0.4%
N/S	1.1%
Total	100.0%

Tabla n° 2

	¿Localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?
No	11.9%
Si, con dificultad	36.7%
Si, con facilidad	50.3%
Otros	0.1%
N/S	1.0%
Total	100.0%

Tabla n° 3

	¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?
No	29.3%
Si, con dificultad	32.5%
Si, con facilidad	36.8%
Otros	0.1%
N/S	1.3%
Total	100.0%

Tabla n° 4

	¿Relata lo que ocurre?				
	No	Si, con dificultad	Si, con facilidad	Otros	N/S
	¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?	¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?	¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?	¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?	¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?
No	100.0%	39.1%	19.3%	33.3%	
Si, con dificultad		55.4%	19.6%	66.7%	
Si, con facilidad		5.2%	60.6%		12.5%
Otros		0.4%			
N/S			0.5%		87.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla n° 5

	¿Relata lo que ocurre?				
	No	Si, con dificultad	Si, con facilidad	Otros	N/S
	¿Localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?	¿Localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?	¿Localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?	¿Localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?	¿Localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?
No	91.3%	17.0%	4.2%	33.3%	
Si, con dificultad	4.3%	72.7%	14.9%	66.7%	12.5%
Si, con facilidad		10.3%	80.9%		
Otros	4.3%				
N/S					87.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Distribución por concurrencia a tratamientos anteriores

Tabla nº 6

	Tratamiento psicológico
Actual	7.8%
Anterior	19.2%
Anterior y actual	3.2%
Nunca realizó tratamiento	47.8%
Sin trat. Psicológico. Con trat. psiquiátrico	20.9%
N/S	1.1%
Total	100.0%

Entrecruzamiento de las variables

Tabla nº 7

	Tratamiento psicológico					
	Actual	Anterior	Anterior y actual	Nunca realizó tratamiento	Sin trat. Psicológico. Con trat. psiquiátrico	N/S
	¿Relata lo que ocurre?	¿Relata lo que ocurre?	¿Relata lo que ocurre?	¿Relata lo que ocurre?	¿Relata lo que ocurre?	¿Relata lo que ocurre?
No			4.3%	2.3%	8.1%	25.0%
Si, con dificultad	28.6%	35.0%	34.8%	41.9%	35.6%	37.5%
Si, con facilidad	67.9%	64.2%	60.9%	54.0%	55.7%	25.0%
Otros	1.8%			0.6%		
N/S	1.8%	0.7%		1.2%	0.7%	12.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla nº 8

	Tratamiento psicológico					
	Actual	Anterior	Anterior y actual	Nunca realizó tratamiento	Sin trat. Psicológico. Con trat. psiquiátrico	N/S
	¿Localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?	¿Localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?	¿Localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?	¿Localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?	¿Localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?	¿Localiza acontecimientos ligados a la aparición de la urgencia?
No	7.1%	12.4%	8.7%	10.9%	15.4%	25.0%
Si, con dificultad	41.1%	29.2%	30.4%	41.6%	32.2%	25.0%
Si, con facilidad	51.8%	57.7%	60.9%	46.3%	51.7%	25.0%
Otros						12.5%
N/S		0.7%		1.2%	0.7%	12.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla nº 9

	Tratamiento psicológico					
	Actual	Anterior	Anterior y actual	Nunca realizó tratamiento	Sin trat. Psicológico. Con trat. psiquiátrico	N/S
	¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?	¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?	¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?	¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?	¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?	¿Formula hipótesis sobre la causa de sus síntomas?
No	16.1%	31.4%	26.1%	33.4%	22.8%	37.5%
Si, con dificultad	42.9%	22.6%	30.4%	36.1%	29.5%	37.5%
Si, con facilidad	39.3%	45.3%	43.5%	28.7%	47.0%	12.5%
Otros				0.3%		
N/S	1.8%	0.7%		1.5%	0.7%	12.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Histeria: ¿in memoriam?

Simposio Nacional presentado en el XXIX Congreso Argentino de Psiquiatría (2014)

Dr. Graciela Beatriz Onofrio

Dr. Juan Carlos Fantín

Dr. Juan Eduardo Tesone

Dr. Guillermo Belaga

Organizado por:

Sección Psicoanálisis en Psiquiatría de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)

Presidente: Dra. Graciela Beatriz Onofrio

Secretario: Dr. Juan Carlos Scillamá

Disertantes: Dr. Graciela Beatriz Onofrio, Dr. Juan Carlos Fantín, Dr. Juan Eduardo Tesone, Dr. Guillermo Belaga

Introducción

Dra. Graciela Beatriz Onofrio

Un grupo de ideas...

.... hacen un ramillete...

entran en relación recíproca entre sí....

I) Nos llama la atención la desaparición de la histeria dentro de las clasificaciones de enfermedades mentales.

- La histeria, definida ya antes de la aparición del Psicoanálisis como marco teórico de comprensión de los padecimientos y enfermedades mentales, daba cuenta de las enfermedades neurológicas, o sea enfermedades en el cuerpo, sin lesión aparente y sin correspondencia anatómica de sus síntomas. Y, para la época (circa Siglo XIX, enfermedad funcional polisintomática, sin fiebre, que afectaba fundamentalmente a mujeres jóvenes).
- Freud separa en estas afecciones el componente ideativo del afectivo y afirma que es el (la) paciente quien decide “olvidar” un hecho que genera un pensamiento irreconciliable con la moral individual (traducción de la moral social) y el afecto inviste una parte del cuerpo afectando la sensorialidad o la motricidad. Para Freud pre-psicoanalítico, la inervación que podría dar lugar a la acción que se intenta rechazar.
- Un ejemplo sencillo es el pensamiento de una mujer frente al ataúd de su hermana: “ahora mi cuñado quedará libre para que nosotros podamos tener una relación amorosa”, el afecto “inconciliable” se transforma en parálisis. Se traduciría: “no puedo dar ese paso”. Otro ejemplo: una joven nerviosa en la montaña, alucina: la alucinación de un rostro monstruoso conjuntamente con lo que hoy sería una crisis de pánico. El pensamiento que dio origen al afecto inconciliable: “No puede ser que sea mi padre (en la publicación del caso de Freud: “mi tío”) el que esté arriba de mi hermana, tal vez teniendo una relación sexual”. El afecto inconciliable se trasmuda en sintomatología torturante para esta joven de 18 años que vivía en la montaña con su familia.
- De este modo, el cuerpo del afecto se expresa por fuera del cuerpo de la neurología remedando una enfermedad física, pero expresando una defensa frente a lo inconciliable. Necesito olvidar para poder sobrevivir, necesito “convertir” el afecto en inervación motora o sensitiva. El beneficio primario es el olvido del hecho traumático, el beneficio secundario es la atención que sobre ese síntoma se establece.

- Estamos frente a una defensa (neuropsicosis de defensa), una serie de síntomas y signos más o menos visibles y un MECANISMO (psicopatología).

Etapas de la memoria... cada escalón un paso, el organismo: una célula por vez... (Eric Kandel).

2) La memoria es una función que se explora como uno de los componentes de la organización del yo y forma parte de la semiología básica de apreciación del estado mental de un sujeto.

- En "Semiología y Psicopatología de los procesos de la esfera intelectual" (Pereyra C, 1951) se define la memoria: "actividad psíquica que permite utilizar el pasado en el presente, establece la continuidad del yo en el tiempo, abre asimismo la noción de futuro y, en cierto modo, lo integra porque resume toda la experiencia que se antepone a lo porvenir".
- Desde este punto de vista la simpleza de su acción es tan fundamental como la nutrición para el crecimiento de un ser humano, casi carente de instintos y librado sólo a la arbitraria construcción de su ser cultural. Lo gregario se cobra un precio y nos brinda el lenguaje polisémico como ganancia.
- La riqueza cultural, sin embargo, tiene la esclavitud de la transmisión transgeneracional, enorme tesoro plagado, paradójicamente, de mandatos y cuidados.
- La imposibilidad de usar el pasado en el presente y futuro nos abre a la comprensión de los fenómenos histéricos como aquellos que, sin develar y sin tratar, sustraen al sujeto de sus acciones, de la preparación de sus acciones y proyectos.
- Freud anticipó sus dudas acerca de las posibilidades de la curación de la histeria, lo cual no invalida su mecanismo de construcción.
- La memoria lleva el sello inconfundible de lo psíquico y el colorido de la vitalidad de la realidad pretérita, momento pleno de conciencia que puede relatarse para elaborarlo en su transmisión (Bergson).
- Una mujer puede relatar su parto una y otra vez, más colorido cuanto más traumático se haya vivido el hecho para la parturienta.
- Entonces, esta simple descripción funcional, requiere para la función descrita varios pasos a saber: FIJACIÓN, CONSERVACIÓN, EVOCACIÓN.
- La concatenación de recuerdos, encadenados según leyes propias como una montaña que, a su vez, tuviera varias capas geológicas, hace posible utilizar en ese enjambre de materiales el apropiado para la resolución de la acción planificada. Implica resolver acerca de los movimientos de búsqueda y huida.
- Recuerdos espontáneos (que muchos autores dirán "inconscientes") y recuerdos evocados (plena conciencia de su búsqueda, decidido empeño de nuestra voluntad).
- ¿Cuál es la voluntad que interviene en el recuerdo de ciertos hechos para ciertos pacientes que se enfrentan a una psicoterapia? ¿Represión o voluntad de no evocación? Probablemente, ambas.

- Entonces, ¿podríamos hablar del "derecho" a olvidar? Lo que se impone como concepto es la enorme dificultad de imponer a un otro un esfuerzo para recordar. Lo que se hace difícil también es convencer a alguien de que lo recordado lo ayudará a curarse de su neurosis. Parece que el sujeto enfermo de histeria disfruta de su olvido, que le permite avanzar impunemente sin recordar.

- Lo que señalan los caminos de la psicoterapia es lo que pierde de su vida presente, no pudiendo recordar el pasado.
- En ciencia no hay garantías... Y esta es y será la historia del crecimiento en ciencias.

"Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria" (Freud S, 1898).

3) El olvido de los nombres propios pasó a ser una pieza fundamental de la "psicopatología de la vida cotidiana".

- Lejos de las preocupaciones acerca de los trastornos cognitivos, ni siquiera de aquellos que pueden afectar a las personas mayores como una etapa "normal" del envejecimiento y desgaste de los recuerdos, Freud recreó un fenómeno que fue traducido como olvido en una primera traducción al español y como "desmemoria" por la traducción de la edición en español de Amorrortu Ediciones.
- Interesante mecanismo el de la "desmemoria" alude al intrincado enjambre de no querer comunicar (decisión del sujeto) a otro sujeto un hecho que alude indirectamente a temas que no se pueden hablar con el interlocutor.
- Aquellos temas que no se pueden hablar, hablan siempre del goce sexual, el más misterioso de los goces. Aquello que en épocas freudianas no se podía hablar por no científico y que hoy no parece no ser materia de los psiquiatras sino de los psicoterapeutas, de los sexólogos o de los urólogos, dependiendo del grado de polarización en la comprensión del derecho u obligación al goce. ¿Ha desaparecido el valor sexual de nuestros goces privados?
- Es o fue, entonces, la histeria la que permitió echar luz sobre ellos y actualmente su exhibición obscena ha desplazado hacia otros goces como pueden ser la violencia hacia uno o hacia otro, haciendo explotar el cuerpo.
- Una mujer joven cada vez que descubre una idea nueva en la psicoterapia, sale, casualmente, a hacerse un tatuaje con una leyenda sobre esa idea. Nada tiene de malo tatuarse pero, parece ser la letra escrita literal sobre la carne la única encarnadura de una idea nueva. Es más, con el tiempo, ha dicho que determinados lugares de tatuaje en su propio cuerpo son más aptos que otros porque a la mañana puede ver la leyenda y recordar entonces el mensaje que la curará en una época futura...

El camino del descubrimiento, *in memoriam*

4) El interés por la memoria empieza en la infancia...

- Me ha resultado muy interesante seguir el pensamiento de Eric Kandel cuando, desde la búsqueda biológica de la memoria, evoca el holocausto y la pérdida de los objetos de su infancia que estarán destinados sólo a ser evocados. La memoria restituye acá el trabajo de investigación infantil, Freud diría sexual, base de la sublimación aplicada a la investigación científica.
- ¿De qué están hechos los muñecos?, ¿de qué están hechos los niños, de qué está hecho el interior de nuestro cuerpo?
- Este efecto de sentido en las pérdidas de los juguetes que se fueron en la juguetería de su infancia en Viena, ancló la necesidad de una sólida base biológica de los procesos mentales.
- Dice Kandel: “Los procesos de la memoria nos son más útiles si podemos recordar rápidamente los sucesos felices y atenuar el impacto emocional de los acontecimientos traumáticos y de las decepciones.”
- “La memoria compartida enriquece nuestra vida.” “La pérdida de la memoria destruye la continuidad del yo.”
- Del individuo al conjunto, Kandel nos propone “una célula por vez”. Habla la célula nerviosa, complejos mecanismos y transmisiones intracelulares, almacenamiento y disponibilidad de datos enteramente relacionados con la nutrición celular. Fluidos dentro, fluidos extracelulares, permeabilidad de membranas. Conversaciones entre células nerviosas: las hipótesis del “caldo” contra la “chispa”. El caldo es un fluido, la idea de chispa es un movimiento único y distinto que enciende un circuito. “Perdió -dice Kandel- el ingenuo propósito de hallar en el cerebro el yo, el ello y el superyo”. Subraya que el aprendizaje y la memoria son primordiales para la identidad misma.

A distintos tipos de memoria, corresponden distintas zonas cerebrales:

- Siguiendo a Kandel: “La memoria es una función mental bien diferenciada y separada de las capacidades perceptivas, motoras y cognitivas. La memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo pueden almacenarse en lugares distintos”. La compleja y múltiple inscripción de los recuer-

dos normatiza y normaliza económicamente los esfuerzos psíquicos de nuestra vida emocional para poder adaptarnos más allá de la memoria desagradable, más allá de la memoria traumática.

- Hoy la entidad clara de la memoria traumática interviene en los juicios en los cuales se trata a la memoria de las víctimas o testigos de los hechos como si fueran la actualidad de lo relatado. Cobra entonces importancia el recuerdo como pieza fundamental para que lo traumático no quede impune. El recuerdo de lo traumático puede re-traumatizar a la víctima acerca de aquello otrora vivenciado.

5) “Funes el memorioso”, Borges J.L. (1944).

Decimos los psicoanalistas, nadie puede recordar todo como si fuera transparente. Toda su energía no puede estar al servicio de tener presentes todos los detalles de los hechos. Los hechos son por sus afectos. Los detalles recordados como un largo escrito desafectivizan las situaciones vividas.

Dice Borges sobre su cuento: “es una larga metáfora del insomnio”

“En el siglo venidero, la memoria y el deseo serán el centro de interés. ¿Será posible dar respuesta a los interrogantes que estos temas plantean?”

(François Jacob, “El ratón, la mosca y el hombre”, 1998, citado por Eric Kandel en el año 2006).

Bibliografía

- Borges J L, “Funes el Memorioso”, Argentina, 1944
- Freud S (1898), Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria, Amorrortu Ed, Arg, 1989
- Green A, El pensamiento clínico, Amorrortu Ed, Buenos Aires, Arg, 2010
- Kandel E, En busca de la memoria, Katz Ed, Buenos Aires, Arg, 2013

Historia de la histeria revisitada: contribución de la histeria a la subjetividad

Dr. Juan Eduardo Tesone

En el Hospicio de la Salpêtrière convivían alrededor de 5000 mujeres, la mayoría indigentes, con las patologías más variadas. Cuando Charcot se hace cargo en 1871 de la primera cátedra en el mundo de neurología, en el pabellón llamado de epilépticos del hospital, se encontraban alojadas en su mayoría mujeres, con los diagnósticos neurológicos más variados. Charcot sabrá diferenciar en esa amalgama de cuadros patológicos a la histeria, y al nombrarla le brinda una existencia propia. (Didi-Huberman, 1982)

Para documentar visualmente a la histeria crea *ad-hoc* un

laboratorio de fotografía dirigido por A. Londe, quien formará parte de la historia de la fotografía. Concibe una máquina foto-eléctrica especialmente diseñada para captar el movimiento. Uno de sus asistentes, Marey, crea un procedimiento llamado de cronofotografía, que permite descomponer el movimiento y plasmarlo en varias tomas sucesivas durante el ataque.

A la entrada en el hospital el paciente es fotografiado, como lo será también en caso de un ataque histérico. Con dicha panoplia de imágenes, ¿cómo no estar tentado de hacer alguna crisis histérica? Entre el interés de los médicos sedientos de ataques histéricos y las pacientes dotadas de una expresividad corporal inagotable, se conformará una espiral de goce mutuo sorprendente, a tal punto que algunas pacientes internadas podían llegar a tener 60 ataques por día... Uno de los asistentes de Charcot, Paul

Richer, profesor de anatomía en la Escuela de Bellas Artes, dibuja los distintos estadios del gran ataque puntualizando así la estética del mismo. Escultor, plasma en la piedra estatuas de los pacientes del Servicio. (Trillat, 1986)

En el anfiteatro donde hacía la presentación de las histéricas, Charcot usaba zuecos, delantal y sombrero, vestigios del uso que se daba inicialmente a dicho anfiteatro como sala de anatomía. Las famosas lecciones de los martes, que Freud traducirá luego en alemán, convocaban a numerosos discípulos venidos del mundo entero. Durante esta presentación de enfermos, presentación que Lacan reproducirá al mejor estilo francés en el Hospital Ste. Anne, Charcot, al ritmo del tam tam y algunos rayos luminosos hipnotizaba a las pacientes. Crea así una gran maquinaria óptica a través de la cual la observación, la descripción en imágenes o simplemente del imaginario, hará oficio de certeza. Aparentemente era suficiente observar, describir, fotografiar para entender.

Sin embargo, y a lo cual será sensible Freud durante su estadía, por primera vez en la historia de la medicina, y por medio de la hipnosis, Charcot crea o suprime síntomas corporales de conversión por intermedio de la palabra exclusivamente. La palabra se hace carne en el cuerpo de la histérica, quien utilizaba su cuerpo para aliviar el psiquismo.

Mundano, Jean Martin Charcot, invitaba a su residencia particular todos los martes a la noche, prolongación de sus clásicas Lecciones de los Martes, al mundo académico de la época. La puesta en escena del anfiteatro tenía una solución de continuidad con la puesta en escena de su hotel particular, como se llamaba a las grandes residencias, sita en el número 217 del Boulevard Saint Germain. Funciona actualmente en la que fue su residencia la Casa de América Latina, el más importante centro cultural de Latino América en París. Signo premonitorio o simple casualidad, durante su estadía en La Salpêtrière, de septiembre 1985 a febrero del 1986, Freud se aloja en un pequeño hotel de la calle Le Goff, del "arrondissement" 5 de París, actualmente llamado hotel Brasil. Vemos que los lacanoamericanos tienen sus antecedentes charcotianos y freudiano... América Latina ya rondaba desde los inicios pre-psicoanalíticos...

Charcot redescubrió la histeria, y su obra es fundadora. ¿De qué? Al nombrar la histeria la separa de la epilepsia y de tantas alienaciones mentales, es decir logró aislarla como entidad nosológica. Aunque la palabra adquirió letras de nobleza, sus estudios del cuerpo de la histérica serán sobre todo visuales. Los síntomas serán ante todo signos visibles en un cuerpo que no pedía más que ser mirado, entreviéndose ya el valor fálico en la histeria. Charcot describe el ataque histérico y lo divide en 4 períodos: El primer período o período epileptoide, con sus tres fases, tónica, clónica y de resolución muscular; el segundo período o de payasismo, con sus fases de contorsiones y de grandes movimientos; el tercer período, de las actitudes apasionadas y finalmente el cuarto período de las alucinaciones. Describe así un orden, y si bien reconoce que los trastornos histéricos eran de origen psíquico, a dife-

rencia de Babinsky, tiene una concepción organodinámica de la histeria: hace depender el trastorno psíquico de una localización funcional cerebral. Se produce así una visibilidad reglada del ataque histérico, ahí donde se producía un desorden catalogado de endemoniado, Charcot introdujo un orden. Pero a pesar de haber intuido el origen psíquico de los síntomas, su arsenal terapéutico permaneció clásicamente rudimentario limitándose a electroterapia, hidroterapia o magnetoterapia. Sin olvidar el compresor de ovarios en busca de la pretendida anestesia al dolor de la histérica, forma cientista del sadismo médico.

Al fijar a la histérica en una imagen, en un paciente sin historia ni deseo lo convirtió en estatua petrificada, y quizá no es casual que publicara conjuntamente con Paul Richer, *Los demoníacos en el arte*, y que tenía por subtítulo *Los deformes y las enfermedades en el arte*. La histeria como una deformidad del espíritu que había que excluir del mundo humano, la Inquisición hacía tiempo que había intentado combatir la histeria en la hoguera. La cremación como purificación de lo sexual inadmisibile. Pero allí donde hubo fuego cenizas quedan...

Es bien sabida la importancia que tuvo para Freud la experiencia con Charcot y el contacto con el cuerpo de la histeria. No hablaré de la doble conciencia desarrollada inicialmente con Breuer y luego su descubrimiento del inconsciente.

Si me detuve en el período pre-psicoanalítico de la histeria, es para subrayar que paradójicamente, una cierta deriva de la psiquiatría contemporánea vuelve a dicha etapa. Lo moderno esconde a veces cierto arcaísmo. La desaparición de la histeria en la nosografía del DSM IV y ahora V, que impera como referente de la psiquiatría en occidente, no es tan sólo un signo inocente de los tiempos; es un reflejo que para el diagnóstico de una patología psíquica, se tiene en cuenta un amontonamiento de síntomas, sin correlación con la estructura, o peor aún, sin tener en cuenta la dinámica del funcionamiento psíquico subyacente.

Se puede constatar el alejamiento de cierta psiquiatría en la consideración del sujeto. El DSMIV se define como un glosario de descripciones basado en datos empíricos. Cada trastorno mental está allí conceptualizado como "un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar; a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad" (p.21).

Esta utilización de los DSM como unidad de criterios pretende simplificar lo complejo y de esta manera avasalla la subjetividad. Los síntomas se agrupan en síndromes, pero por un deslizamiento no inocente se convierten en enfermedades con entidad, que son tratadas de manera unívoca en función de la sintomatología y no en función de la problemática subjetiva del paciente. Como en los tiempos de Charcot, el síntoma existe y se lo considera de origen psíquico, pero se lo trata de acuerdo al agrupamiento sintomático, principalmente con psicofármacos. Se decapita al síntoma, pero simultáneamente se corta la cabeza de la

metáfora, y con ella a la posibilidad de expresión simbólica de la conflictiva.

Pero confío en la histeria, en su poder de desafiar al saber establecido, como lo viene haciendo desde tiempos pretéritos. Desde siempre la histeria desafió la medicina y el orden social dado que toca a la sexualidad, y quizá un sexual todavía más difícil de admitir: un sexual femenino (en ambos sexos) y su deseo de goce temido por su carácter ilimitado. Las primeras nociones de la histeria datan de la Antigüedad egipcia, el papiro de Kahun (1900 añosA-C) describe ya las errancias nefastas del útero. Platón, Hipócrates, Galeno y tantos otros hablaron con desprecio de la histeria y la religión hizo pagar su endemoniada osadía en la hoguera de la Inquisición.

Qué es en el fondo lo que defiende la histeria sino lo que condujo Freud al descubrimiento del inconsciente y del sujeto escindido. Es decir, considerar al sujeto supone poder pasar de la puesta en escena charcotiana a un acto de palabra que devuelva al mismo su condición de sujeto deseante con una historia singular que lo hace único. Si se trata al sujeto sin que el mismo asuma su responsabilidad subjetiva por lo que le ocurre, lo estamos privando de su condición de ser único y diferente, es decir de su historicización subjetiva.

El aparente éxito terapéutico de cierta psiquiatría contemporánea consistiría entonces en imponer un orden farmacológico allí donde los síntomas solo son concebidos como expresión de un caos estéril, sin ningún relieve metafórico.

Sin embargo, es en la metáfora de su cuerpo que la histeria siempre ha triunfado. La conversión es la manera simbólica de expresar un sufrimiento que no ha claudicado a lo largo de la historia, no es fácil neutralizar a la subjetividad del sujeto histérico y apuesto a que los DSM no harán acallar a la histeria, pero esto es otra historia.

Asistimos actualmente a una cierta claudicación de la subjetividad del psiquiatra, de la relación transferencial y una neutralización del paciente como sujeto.

El paciente ya no es tomado por la máquina óptica de Charcot, aunque las imágenes cerebrales puedan dar la ilusión que algún día veremos al inconsciente, pero es estandarizado por formularios que el paciente llena en la sala de espera, agrupando así los síntomas en un diagnóstico que tan solo los amontona, dejando excluida su singularidad.

Charcot mostró el cuerpo de la histérica hasta el cansancio pero quedó estancado en su aprensión puramente visual de la misma. Freud en cambio escuchó al sujeto histérico y le permitió la puesta en palabras de su discurso singular, lo que lo condujo al descubrimiento del inconsciente. En ese sentido le debemos muchísimo a Freud, parece redundante insistir, pero también le debemos mucho a la histeria,preciado baluarte de la lucha por defender a la subjetividad no domesticada.

Paradójicamente algunas corrientes de la psiquiatría contemporánea retrotraen al histérico al período charcotiano, por el cual reconocen síntomas que pretenden

objetivables, al mejor estilo positivista, pero niegan a los síntomas su valor metafórico, buscando tan solo un borramiento farmacológico de los mismos.

Ya casi no circula entre colegas aquella frase que sostenía que un éxito terapéutico con un neurótico obsesivo era su histerización... es decir la salida de su pobreza representativa hacia una mejor expresión simbólica de su conflictiva.

No idealizo la histeria, pero confío que una vez más desafiará al saber establecido que históricamente pretende negar al sujeto escindido y deseante para reencontrar su lugar. A la histérica ya no la queman, la ignoran, forma refinada de la hoguera fría del DSM IV. En el infierno de Dante prevalecía el fuego, pero también coexistían zonas frías de congelamiento. El resultado era similar.

Freud recuerda en su texto sobre psicoterapias (1905, p. 250) que "La pintura, dice Leonardo, trabaja *per via di porre*; en efecto, sobre la tela en blanco deposita acumulaciones de colores donde antes no estaban; en cambio, la escultura procede *per via di levare*, pues quita de la piedra todo lo que recubre las formas de la estatua contenida en ella. De manera en un todo semejante, señores, la técnica sugestiva busca operar *per via di porre*; no hace caso del origen, de la fuerza y la significación de las síntomas patológicos, sino que deposita algo, la sugestión, que, según se espera, será suficientemente poderosa para impedir la exteriorización de la idea patógena. La terapia analítica, en cambio, no quiere agregar ni introducir nada nuevo, sino restar, retirar, y con ese fin se preocupa por la génesis de los síntomas patológicos y la trama psíquica de la idea patógena, cuya eliminación se propone como meta".

Creo que la histeria merece un justo homenaje como paradigma de su lucha en defensa de la subjetividad, y en ese sentido es representativa de toda la patología psíquica. Como tal merece un lugar que no sea tan sólo histórico sino actual, a cuya comprensión se llegue, como bien decía Freud, por *vía di levare* (develando sentidos metafóricos) y no por *vía di porre*. De manera reductora es esta última vía que parecen retomar los DSM, analógicamente a la etapa pre-psicoanalítica, en una cruzada desubjetivante, fascinados que están por la sugestión de la expresión sintomática y no por el valor metafórico de la misma.

Bibliografía

- Charcot, J.-M.&Richer, P. (1887) Les Démoniaquesdansl'Art, Paris.
- Didi-Huberman, G (1982) Invention de l'Hystérie, Paris: Macula
- DSM-IV (1995) Trad. Castellana, Barcelona: Masson
- Freud, S (1905) Sobre Psicoterapia, p. 243-257. VII, Buenos Aires: Amorrortu (trad. de José L. Echeverry)
- Trillat, E. (1986) Histoire de L'Hystérie. Paris: Seghers

La histeria negada *in memoriam* de la responsabilidad subjetiva en la clínica?

Dr. Juan Carlos Fantin

La pregunta por la responsabilidad subjetiva

Freud, en una época en que difícilmente se involucrara al paciente en la producción de su enfermedad, salvo que estuviera fingiendo, considera que Dora, su paciente histérica, es cómplice de sostener y reforzar las condiciones de aquello que la aqueja, y de lo cual ella se queja. A punto tal de interpellarla en este sentido. Pero a la vez, no considera de ningún modo, que se trate de un fingimiento por parte del paciente, del cual se espera obtener ventaja.

Lo verdaderamente sorprendente, es la forma en que Freud enfrenta a la paciente consigo misma, en una pregunta que podría sintetizarse de la siguiente manera: ¿si tanto se queja de tal cosa, si tanto le molesta, si tanto le hace sufrir, porque hizo o hace lo posible para que las cosas sigan así? ; es decir, porque fomenta o ha fomentado, ya sea por acción u omisión, esta situación vital que reconoce francamente adversa a su bienestar y a su voluntad.

En fin, Freud *responsabiliza* al sujeto enfermo por su enfermedad. Y, lo más importante, es que considera que esta es la única posibilidad de cura.

Lo ocurrido en el caso Dora, en lo tocante a la responsabilidad subjetiva, se reproduce y se constata luego en innumerables casos tratados por psiquiatras y psicoanalistas a lo largo de un siglo.

El psicoanálisis partió de síntomas psiquiátricos

Cuando cualquiera de nosotros lee por primera vez, o relee, el primer caso clínico que promueve las concepciones psicoanalíticas, me refiero al caso de Ana O., no deja de sorprenderse por la enorme producción sintomática de diversa índole, y que muchos de estos síntomas remedan conocidos y frecuentes síntomas orgánicos (parálisis, paresias, tos, visión borrosa, diplopía, hidrofobia, etc.), en los cuáles no se constata sustento físico del cual fueran expresión.

Sin embargo, si seguimos atentamente la lectura del relato freudiano, los médicos de la época, no parecen asombrarse de la existencia de estos cuadros. Nos dice Freud algunos años más tarde en las *Cinco conferencias*, cualquier médico habría diagnosticado, en el caso de Ana, un cuadro de histeria, quitándole la gravedad que estos síntomas presentarían si tuvieran organicidad; pero, a la vez, no habrían sabido qué hacer con ellos, como tratarlos.

Mas, lo que llama poderosamente la atención de Freud, es que el síntoma desaparece si se sigue un curso terapéutico muy peculiar e insólito hasta la fecha (la de Ana O.), curso terapéutico, que no había sido previsto ni aún por el médico que la trataba; tratamiento que luego Freud tratará de sistematizar como práctica psicoanalítica.

Los síntomas que esta paciente presentaba se *cancelaban*, desaparecían cuando la misma *rememoraba* una escena de su pasado en la cual se habían originado o hallaban su sentido, escena que, por otro lado, permaneció inconsciente, fuera de toda consciencia, hasta la rememoración efectuada en la relación con el médico.

Pero hay algo más sin lo cual no hay cancelación del síntoma, a saber, el recuerdo debe reproducir los generalmente intensos afectos de la escena vivida originalmente.

La resolución de estos síntomas depende de reinvolucrar al sujeto, en una situación anímica que por alguna razón desconoce, ha

rechazado de su posibilidad de conciencia, pero no ha eliminado totalmente de su posibilidad de recordar.

Volviendo al caso Dora, años después, Freud no vacila en hablar de lo que el enfermo sabe pero no dice como insinceridad consciente y de los recuerdos que no “le acuden durante el relato, sin que él se proponga guardárselos” como insinceridad inconsciente. En un tercer lugar, nos dice, están las lagunas reales llenadas con *espejismos* de la memoria, y agrega:

“Tal estado de los recuerdos relativos al historial de la enfermedad es el *correlato que exige la teoría*, el correlato necesario de los síntomas patológicos”

A punto tal que cancelar todos los síntomas y restituir un pensamiento consciente, converge, dependiendo de un mismo camino, con “salvar todos los deterioros de la memoria del enfermo”.

Es profundamente llamativa la interrelación que se teje alrededor del síntoma así concebido, a saber, la vinculación entre insinceridad y memoria, definitivamente, si lo aceptamos, no hay ni síntomas histéricos ni relato falso sin intervención activa de un *pensamiento sujeto*; tampoco habrá resolución o “cancelación” de los síntomas sin reanudar dicha intervención.

División clasificatoria de los síntomas

La clasificación biológica antigua se hallaba sustentada sobre la llamada *scalanaturae*, la escala de la naturaleza, una de cuyas versiones le fue atribuida a Aristóteles. Quién, invirtiendo el planteo platónico, coloca en la base a los seres no vivos para ascender hasta llegar al hombre como último escalón. Luego la escala fue usada en el medievalismo católico, para ordenar los seres hasta Dios. Berrios señala que, aunque la actual taxonomía no se basa en esta escala, sin embargo conserva la misma arquitectura tripartita: 1) una teoría 2) los objetos pasibles de clasificación y 3) una norma de agrupación o *principium divisionis*, para agrupar dichos objetos.

Tomándonos una libertad que el conocimiento científico *stricto sensu* no nos permite, pero la experiencia clínica sí, proponemos adoptar un *principium divisionis*, para los síntomas y *síndromes* psiquiátricos, a saber, aquellos donde la cuestión subjetiva es determinante, de aquellos en los cuales no lo es.

Y aquí volvemos a Freud. En las “Cinco conferencias...” Freud refiere, con un ejemplo ingenioso e hilarante, cual es la diferencia entre su postura y la de Janet. Janet, recordémoslo, tras una temprana aprobación de los primeros textos psicoanalíticos, acusa luego a Freud de haber tomado sus propias ideas, las de Janet, en su concepción de las neurosis. Freud mostrará que su posición es exactamente opuesta. Janet insistía en que el problema del neurótico se debía a una debilidad asociativa, de allí su denominación de *psicastenia*, mientras que Freud nos dice que, en todos sus neuróticos más que una debilidad se observa una gran tenacidad en sostener el síntoma, como si se opusieran a modificar su posición sufriente. Muchas de las teorías actuales parecen proseguir obstinadamente el planteo de Janet, como si éste fuese *más científico*.

La cuestión subjetiva debe entonces entenderse como un choque entre dos escenarios opuestos, en uno el sujeto sostiene y alimenta el síntoma y el cuadro sintomático en general, en otro el sujeto o su yo, sufre y se queja del síntoma y del cuadro, y consulta con la intención de curarse, cambiar su situación vital, si fuera necesario. Las formas del conflicto, se observan justamente en las “resistencias”, en el beneficio secundario, en los fenómenos de transferencia. Así tanto los olvidos como las negaciones, tanto de sucesos como del nexo

entre sucesos que revelarían una contradicción, sostienen al síntoma y su cuadro. Su resolución reclama la intervención activa del sujeto, así como es una intervención activa lo que la sostiene.

El problema actual

(Qué importancia en el mundo actual y en el rol del psiquiatra, de la posición psicoanalítica en relación al síntoma).

Lo que revela el síntoma como responsabilidad subjetiva, de acuerdo a la lectura psicoanalítica, es la conflictiva relación que el sujeto humano tiene entre el relato de sí mismo, que se actualiza en su conciencia, y sus tendencias instintivas (pulsionales), que asumen formas fantasmáticas inconscientes, y que sólo se actualizan en la conciencia en una suerte de forma secundaria, bajo un disfraz y en una suerte de compromiso. Bajo esta concepción, dichas *fuerzas pulsionales*, representan el impulso, el motor vital, mientras que la *cultura*, esto es, *la configuración de lo real en términos de relato con sentido*, es la *estructura de sentido* que encauza el impulso que, de lo contrario se abriría paso arrasando con factores claves para sostener la intersubjetividad y la mundanidad del mundo. Sin embargo, el cortocircuito es siempre posible. La descarga ciega e inmediata, que se satisface sin ninguna previsión de futuro, para el otro y el mundo, se halla siempre al acecho (puesto que cumple también funciones vitales). Lo que vemos en nuestro tiempo, es que el mercado ha intentado capturar esta tendencia originaria con la hiperproducción de objetos, rápidamente consumibles y comercializables, objetos que provocan una repetición compulsiva de la satisfacción. Así el psicofármaco y la hipertecnología, *pueden llegar a ser consumibles demandados*, para lograr una satisfacción que se ubica siempre en *otra escena*. Por ello, el médico es demandado en ese lugar de proveedor de objetos que generan una aparente y rápida resolución del malestar psíquico neurótico, cuyo poder efímero y fracaso en el mediano y largo plazo, lleva a su repetición, que se torna compulsiva. Una resolución de mayor alcance, parece requerir una toma de decisión acerca del quién ser (fui, soy y seré), que requiere un ámbito particular, como el de la relación psicoanalítica.

La articulación (o no) entre dos campos heterogéneos

En consecuencia con lo anterior nos referiremos a algunas cuestiones relativas a la propuesta apremiante de Eric Kandel, en relación a la psiquiatría y al psicoanálisis.

Kandel denuncia dos peligros para el futuro, tanto de la psiquiatría como del psicoanálisis. Respecto de la psiquiatría, refiere que el psiquiatra debe ya acercarse a las investigaciones biológicas en neurociencias, es decir, formarse en estas y participar como investigador. Su argumento, simple y a la vez filoso, es que el campo de las neurociencias, si bien se halla aún lejos de explicar procesos mentales complejos, está avanzando notablemente, a la vez que, cada vez más, profesionales no psiquiatras y no médicos lo han tomado como un campo de investigación fascinante y fundamental; entonces, es el argumento de Kandel, la psiquiatría no puede llegar al final de este proceso, se privará de una de sus funciones fundamentales, la de ser una herramienta principal “para analizar los mecanismos básicos de los procesos mentales y sus trastornos.” Respecto del psicoanálisis, Kandel reflexiona que sería negativo que los conocimientos brindados por el psicoanálisis, y los que potencialmente puede brindar, se perdieran por el avance de la neurociencia. Y dice “¿a qué aspira el psicoanálisis sino a convertirse en la disciplina más cognitiva de las neurociencias?”

Consideramos que muchas de las discusiones ríspidas entre psicoanalistas y biólogos que se han dado en los últimos tiempos, surgen de una confusión entre dos vías que deben ser separadas, al menos con un sentido heurístico. El psicoanálisis es por un lado una terapia, donde la singularidad, expresada en fenómenos de subjetividad individual, tiene un valor fundamental, y donde dichos fenómenos de subjetividad, absolutamente ligados a la *cura*, pueden verse anulados o avasallados por los llamados, después de Lacan, *gadgets* u objetos técnicos. Uno de los recelos más importantes contra el reduccionismo biológico, es la hiperproducción y utilización acrítica de dichos objetos, y su potencial consecuente exclusión de la subjetividad y, por ello mismo, generación de compulsividad.

Pero, por otro lado, el psicoanálisis es como bien lo señalara Strachey, un formidable dispositivo de investigación de la mente humana. ¿A qué puede referirse esto de “dispositivo de investigación” si justamente el psicoanálisis tiene, desde el punto de vista de los neurocientíficos, una carencia casi absoluta de investigación, que puede llevarlo incluso a no ser autorizado, en lo futuro, según estos mismos estándares científicos? Se refiere al enorme potencial de brindar material de investigación que da la experiencia clínica del psicoanálisis, con su intensa y prolongada escucha y del seguimiento a largo —o larguísimo— plazo de la enorme cantidad de pacientes que se han tratado, y aún se tratan por este dispositivo.

Uno de los complejos temas entonces, que el psicoanálisis puede aportar, es el de la responsabilidad subjetiva respecto del síntoma neurótico, donde éste se resuelve cuando el paciente, como sujeto, hace consciente las contradicciones de su posición, de modo que dichas contradicciones resulten eficaces, para promover cambios en dicha posición subjetiva.

Lo que no es seguro es si y cómo un campo de observación empírica (neurociencia) y un campo de sentido (subjetivo, psicoanálisis) puedan articularse, en relación al tratamiento. A excepción que, por articulación, se comprendan acciones diferenciadas y complejas, sostenidas por el ámbito clínico. En ese sentido, la división entre neurosis y psicosis, funcionaba como un articulador clínico, que daba preeminencia diferenciada a los diversos modos de abordajes.

Bibliografía:

- Alemán, J., Cuestiones antifilosóficas en Jacques Lacan, Buenos Aires, Atuel, 1993.
- Fantin, J. C., Filosofía y psicoanálisis: Freud, Lacan, Heidegger, Revista Conexiones, Año 2 N° 6, Septiembre de 2006.
- Fantin, Juan Carlos, Prejuicio y evidencia en psiquiatría. Vertex, Revista Argentina de psiquiatría, Vol. XX, N° 87 Set.-Oct. 2009.
- Fantin, Juan Carlos, Fridman, Pablo, Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis, Buenos Aires, Polemos, 2009.
- Freud, Sigmund (1913-1914), Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 2003.
- Heidegger, Martín, La pregunta por la técnica, en Conferencias y artículos, Barcelona, España, Ediciones del Serbal, 2001.
- Lacan, Jacques, El reverso del Psicoanálisis, Seminario 17, Buenos Aires, Paidós, 2008.

¿Debemos alegrarnos de que la histeria no figure entre el repertorio de los problemas mentales?

Dr. Guillermo Belaga

¿Reivindicarla es un signo de “atraso”, de posición “tradicionalista”?

¿Cuáles son las consecuencias de su desaparición en las clasificaciones regidas por los DSM a partir de la década del 80?

Con estas preguntas, queremos traer a consideración algunos temas actuales en el debate teórico, práctico y normativo de la Psicopatología y la Salud Mental: el modo en que el capitalismo global y la Técnica inciden en el mismo; las diferencias conceptuales que existen entre los términos de “padecimiento mental”, de “trastorno mental”, con el síntoma analítico; y por último, las consecuencias que cada una de estas definiciones tiene sobre la posición del terapeuta y del equipo multidisciplinario. Es decir, dependiendo de cuál de estos conceptos sean tomados como referencia por cada uno, surgirán, por ejemplo, diferentes estrategias de decisión en la cura de los sujetos, distintas concepciones de lazo social y comunidad.

En principio, es importante remitirse a lo que dice Germán Berrios que en el mundo de la psiquiatría, las clasificaciones dicen más del mundo social y estético en el cual han sido construidas que acerca de la naturaleza (Berrios, 2011).

Asimismo Norman Sartorius, que fue Director de Salud Mental de la organización Mundial de la Salud (1977-1993), vicepresidente y presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría (1993-1999), en una conferencia en nuestro país, vinculó el Capital Social a la Salud Mental. Sosteniendo que sería de esperar que en algunos años cuando se pidieran fondos al Fondo Monetario Internacional, va a ser necesario demostrar que “estos son para incrementar el Capital Social, el Capital Humano y el Capital Económico”. Llegando a afirmar que: “Hay límites entre la salud y la enfermedad que no son tan claros cuando se trata de salud mental, y hay síntomas que pueden estar presentes en personas que no son considerados enfermos mentales, e incluso pueden ser síntomas bastantes avanzados. A manera de ejemplo, en Inglaterra, se demostró que el 50% de los viudos y viudas tiene al año siguiente alucinaciones con su esposo o con su marido, los escuchan hablar, los ven sentados en la silla aunque no están presentes”(Sartorius, 2009).

Definición interesante ya que introduce el problema de definir el duelo y sus manifestaciones desde el padecimiento mental, o como un trauma que no merece ser pensado como una patología. Como lo postula Freud, y que puede ser leído en el Hamlet shakesperiano, donde la imagen del muerto es parte del duelo, y no un signo patológico, una alucinación.

Sin dudas, este debate no puede ser llevado adelante sin tener en cuenta la crisis del paradigma científico en psiquiatría señalada extensamente por Georges Lantéri-Laura. Este psiquiatra francés, despliega una concepción de la historia de la psiquiatría tomando el concepto de paradigma científico propuesto por Thomas Kuhn, para componer una periodización que comienza a fines del siglo XVIII, con el nacimiento de la disciplina como especialidad médica y que culmina, provisoriamente, alrededor de 1980 (Lantéri-Laura, 2000).

Así, define tres paradigmas: el paradigma de la alienación mental

(1800-1850), el paradigma de las enfermedades mentales (1850-1926), y el paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas (1926-1980).

Al respecto, “este último hace crisis hacia finales de la década del '70 del siglo XX, desembocando en el estado de crisis paradigmática que caracteriza a la psiquiatría contemporánea. En pocas palabras, esto significa que no existe consenso suficiente en la comunidad científica sobre los ejes centrales de la especialidad. Ni en el área nosológica, ni en el terreno terapéutico. Y más aún, tampoco en la definición de las fronteras de la psiquiatría como disciplina” (Levin, 2012).

En este contexto de crisis, Juan Carlos Stagnaro, desde la década del '90, vislumbra una nueva propuesta, más bien una tendencia de un paradigma proveniente de la biomedicina. Stagnaro, alerta sobre el mismo, y lo define desde “una tríada de proposiciones articuladas entre sí”:

1. Identificación objetiva y categorial de los trastornos mentales por vía de una descripción “a-teórica”, como propone el DSM-IV;
2. Progresiva correlación biunívoca entre cada trastorno y su fisiopatología cerebral;
3. Correlación entre dicha fisiopatología y su corrección farmacológica, combinada con psicoterapia cognitivo-comportamental.

Entonces, ¿qué pasó cuando el DSM decreta la eliminación del término “histeria”?

Lo que se verifica, más que una desaparición, es una fragmentación en dos grandes grupos de trastornos: A) los trastornos disociativos y, B) los trastornos somatomorfos.

A) Los trastornos disociativos agrupan a cinco categorías: (1) Amnesia disociativa (incapacidad para recordar información personal importante generalmente de naturaleza traumática), (2) Fuga disociativa (viaje inesperado lejos de casa con amnesia posterior de lo ocurrido), (3) Trastorno disociativo de identidad (presencia de dos o más personalidades distintas que toman el control de la conducta), (4) Trastorno de despersonalización (experiencias de sentirse separado de los propios procesos mentales o corporales como observador externo) y (5) Trastorno disociativo no especificado (Síndrome de Ganser, trance, posesión, adoctrinamiento o “lavado de cabeza” por parte de otro).

B) Los trastornos somatomorfos agrupan a siete categorías: (1) Trastorno de somatización o Síndrome de Briquet (presencia de muchos síntomas físicos sin explicación médica que se inicia antes de los 30 años y dura varios años), (2) Trastorno somatomorfo indiferenciado, (3) Trastorno de conversión (presencia de síntomas o déficits sensoriales o motores “que sugieren una enfermedad neurológica o médica, con factores psicológicos asociados aunque sin simulación”), (4) Trastorno por dolor (presencia de dolor crónico no explicado médicamente), (5) la Hipocondría (presencia de interpretaciones poco realistas de síntomas corporales que genera en el paciente un temor persistente a tener una enfermedad), (6) Trastorno corporal dismórfico (preocupación por un defecto imaginado o exagerado de la apariencia física) y (7) Trastorno somatomorfo no especificado.

Así, entre el trastorno de conversión y los trastornos disociativos se reúnen varias de las características de la histeria, ahora separadas en categorías diferentes. Mientras uno toma aspectos físicos,

es decir del cuerpo, para desplazarlo de su carácter erógeno y social, a un cuerpo biológico; el otro toma aspectos del estado de la conciencia, desvalorizando el poder de la palabra.

Por último, el DSM reserva para el Trastorno histriónico de la personalidad, los rasgos de la “teatralización”, la “manipulación”, la “búsqueda de atención”, la “seducción”, etc.

Como primera conclusión, se podría afirmar que la desaparición de la “Histeria” de los DSM es una consecuencia lógica del intento de imponer un paradigma tecnológico-biomédico.

Al respecto, el concepto de síntoma que corresponde a la instalación del nuevo discurso amo ligado a la técnica y el mercado, que se expresa en los DSM es el de “Trastorno Mental”. Este encuentra sus razones desde dos perspectivas: la ideología de la evaluación, y desde el punto de vista del ser del síntoma.

Así, este manual estadístico de los trastornos mentales, es pieza importante de los intentos de presentar el sufrimiento psíquico como un dato medible, una dimensión evaluable, a los fines de que sean trastornos “que la universal voluntad de curar iba sin duda a ordenar en filas, a reducir y, por tanto, a “curar” (Bernard-Henri Lévy, 2011).

Esta ideología de la evaluación se resume en los siguientes puntos: la postulación que el hombre es calculable, exacto objeto de medida, alma y cuerpo, “una especie de hermenéutica alocada, fundada en la utopía, de un sentimiento total, sin resto, purgado de toda nuestra cuota de sombra, de opacidad, de sin sentido”. Junto a la transformación del sujeto en objeto, se propaga la reducción de la infinita diversidad de los sujetos a una masa, en la que no se difiere más que por grados insensibles.

Describiendo como el DSM (manual oficial de la psiquiatría americana) pone en escena esta pulverización del síntoma, J. A. Miller relata una historia de la psiquiatría clínica marcada por un antes y un después. A partir del mismo, se verifica que el síntoma que hasta entonces tenía un sentido, lo pierde. Hasta la década del 80 (del siglo pasado), se aceptaba en el campo de la psiquiatría un tratamiento por el sentido –el psicoanálisis mantenía alguna influencia-, es decir el síntoma tenía algo para decir, porque se sostenía en la creencia que tenía una intencionalidad inconsciente.

Pero, a partir de la IIIª edición del manual el síntoma se reduce a un Trastorno, lo que implica una escisión. El trastorno está dividido en dos: por un lado del lado de lo real, y por otro del lado del sentido. Del lado de lo real, es pensado como real de un cuerpo biológico, tratado fuera de sentido por la neuroquímica (los psicofármacos). El objetivo sería la supresión del trastorno. Por otra parte, del lado del sentido, el mismo es tomado como un residuo, que sólo merece un tratamiento de “apoyo”. Es decir, en la mayoría de los casos, se trata de un alojamiento del individuo, que puede tener el valor de acompañamiento, pero sobre todo de control de la operación instituida por el medicamento a la espera del efecto sobre lo real de la ciencia. Es una práctica de la palabra restringida, protocolar, con fines adaptacionistas, incluso autoritaria, que recepciona, nivela el sentido, pero sin dudas, rechaza el valor de verdad del síntoma (Miller, J.A, 2012).

Para pensar el concepto de “padecimiento mental”, conviene ubicarlo como una respuesta que surge frente a la preeminencia del modelo bio-médico. Al respecto, Alicia Stolkiner refiere que el mismo tendría como características estructurales el biologismo, la concepción evolucionista-positivista y la ahistoricidad, asocialidad

e individualismo de su delimitación de objeto, centrada en la enfermedad. También la mercantilización, su adhesión a la racionalidad científica como criterio de exclusión de otras prácticas y la medicalización progresiva de crecientes esferas de la vida cotidiana. Como contraparte, plantea Stolkiner, lo nuevo es la problematización de la salud-enfermedad en cuanto proceso social, en donde el nexo bio-psíquico sería la expresión concreta de la corporeidad humana del proceso histórico en un momento determinado. De esta manera se produciría una ruptura con la reducción biológica y con la dualidad individuo-sociedad (Stolkiner, 2012).

Se descubre, entonces, como también el DSM puede ser pensado en términos biopolíticos, en tanto la biopolítica transforma un cuerpo esencialmente político en un cuerpo esencialmente biológico.

En este sentido, se remarca que la medicalización, como concreción de la biopolítica en el campo de la Salud, es la tendencia creciente a subordinar al discurso y la normatividad médico científica o disciplinaria todas las esferas de la vida; donde el proceso de mercantilización refuerza el circuito colocando a la vida como objeto mercantil.

En definitiva, podemos plantear que el concepto de “padecimiento mental” tiene su importancia como un intento concreto de responder a la creciente medicalización de la sociedad, y sobre todo, volver a incluir el registro de la “subjetividad” y lo social.

Ahora bien, reconociendo entonces lo fundamental de que la categoría de “sufrimiento psíquico” o “padecimiento subjetivo”, es el resultado de que las prácticas generales de salud ya no pueden seguir centradas en la suposición de que atienden “cuerpos biológicos” cuando se trata de sujetos en situaciones de padecimiento. Postulando de esta forma un imprescindible desplazamiento del eje de la enfermedad al sujeto. Encontramos en la práctica clínica un obstáculo en el pasaje de lo universal a lo particular, del caso por caso.

Para pensar esto, tomemos el concepto de “riesgo cierto e inminente”, momento crucial, donde se espera una decisión, un acto de decidir que tiene consecuencias directas sobre cada sujeto. En su análisis del término Esteban Toro Martínez advierte que la *noción de riesgo cierto e inminente*, implica que debe ser indubitable (cierta) y próxima (inminente), en una situación dada y particular (situación/estado) lo que por lo tanto connota implícitamente un elevado *quantum* sintomático, una determinada gravedad atento a que la única manera de poder diagnosticar la certeza y la inminencia es a expensas de que se manifiesten una serie de determinados síntomas de envergadura clínica y por lo tanto pronostica (Toro Martínez, 2013).

En suma, hace falta una teoría del síntoma específica, consistente en la práctica que permita diagnosticar la certeza y la inminencia. Una teoría que permita orientar los dichos, la decisión del/ los practicantes y a su vez tenga al sujeto incluido en ese acto, de tal modo que cumpla con lo que ha dicho J. Lacan: “la fidelidad a la envoltura formal del síntoma, que es la verdadera huella clínica (que) nos llevó a ese límite en que se invierte en efectos de creación”.

A modo de conclusión, el descubrimiento freudiano, apareció con el encuentro con el síntoma histérico.

El psicoanálisis, se inventó para responder a un malestar en la civilización, un malestar del sujeto que se podría enunciar así: para

hacer existir el lazo social, hay que frenar, inhibir, reprimir el goce. A su vez, el mismo se origina en el contexto del materialismo psicofisiológico de fines del siglo XIX, y plantea que había sentido en lo real.

De esta manera, Freud le da un sentido libidinal, y sostiene que el Síntoma implica un sentido en lo real con una intención, una Intencionalidad inconsciente. En definitiva, el sentido en lo real es el soporte del ser del síntoma.

En este desarrollo, intentamos reivindicar la dignidad de la Histeria frente a la biopolítica.

Entonces podríamos ubicar que la Histeria enseña que:

1. *El sujeto está dividido irremediabilmente.* Desgarrado por el lenguaje desde el momento mismo de su nacimiento.
2. *La angustia se conecta con la acción.* La histeria muestra así la lógica de la decisión, y también del acting-out y el pasaje al acto.
3. *La Identificación.* Su papel fundamental en la constitución de las referencias subjetivas y en el lazo social.
4. *El cuerpo en su dimensión libidinal.* El cuerpo en su dimensión de goce, se lo tiene siempre con algún grado de obstáculo. Contradice la concepción actual propia del individualismo de masa y la “sociedad del espectáculo”: no se es un cuerpo, no hay equivalencia entre cuerpo e individuo. El síntoma histérico subraya el tener, y que siempre hay que arreglárselas con el cuerpo.

En estas referencias no podría faltar la Histeria masculina. Freud ha escrito sobre este tema en: “Observación de un caso de Hemianestesia en un varón histérico”, 1886; “Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci”, 1910; “Una neurosis demoníaca en el Siglo XVII”, 1923; “Dostoyevski y el Parricidio”, 1928.

De estos textos se desprenden algunos rasgos destacables de la histeria masculina: la intensidad sobredeterminada del Odio sobre el padre; un impasse subjetivo: el sujeto no acepta la castración ni del lado masculino ni del lado femenino. Asimismo, el retroceso frente a la elección del sexo, como defensa contra la castración materna, la “cobardía” del hombre histérico, y por último que el sujeto histérico se sustrae del lazo con los otros, se excluye. No se acepta como uno-entre-otros

En conclusión a partir del síntoma histérico podríamos afirmar que:

- El síntoma es social y particular.
- El síntoma siempre es la respuesta a la castración, y a la experiencia singular del fin.
- El síntoma, construye los lazos sociales desde su resto “irreductible”. Así, lo sintomático no remite a un patrón de normalidad.

En definitiva, queremos subrayar que no hay posibilidad de pensar la subjetividad sin las pasiones del ser: Amor, Odio e Ignorancia.

Bibliografía

- Berrios, G.E.: Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría.- 1ª ed.- Buenos Aires: Polemos, 2011
- Bernard-Henri Lévy: en “El intento de asesinato del psicoanálisis”- 1ª ed. - Buenos Aires: Grama Ediciones. 2011. pp. 13-18
- Lanteri-Laura, G.: Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Editorial Triacastela, Madrid, 2000.
- Levín, Santiago A.: Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat. 2010, Vol. XXI: 263-273
- Lipovetzky, G.; Agrest, M.: Los diagnósticos diferenciales de la histeria en los desfiladeros de la psiquiatría moderna. Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat. 2010, Vol. XXI: 286 - 293
- Miller, J.A.: Una fantasía- En “Punto cenit: política, religión y el psicoanálisis”- 1ª ed.- Buenos Aires: Colección Diva, 2012 pp. 37-54
- Sartorius, N.: La Enfermedad Mental y el Capital Social. Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat. 2009, Vol. XX: 263-267
- Stagnaro, J.C.: Elementos para pensar una psiquiatría dinámica hoy. Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVIII- N° 1 - 2006
- Stagnaro J. C., Alba P., Agrest M.: Dossier: “SALUD MENTAL, LA POLISEMIA DE UN CONCEPTO” VERTEX N°101 - Volúmen XXIII - Enero/Febrero 2012
- Stolkiner, A.: Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva latinoamericanas. VERTEX N°101 - Volúmen XXIII - Enero/Febrero 2012
- Toro Martínez, E.: Capacidad y riesgo en la Ley de Salud Mental y su decreto de Reglamentación. Luces y escotomas del nuevo paradigma. Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis, año 20. Vol. 8. N°3, septiembre de 2013 pp. 188-19

2015
XXX
CONGRESO
ARGENTINO
DE PSIQUIATRÍA

psiqu



"Sin título" obra de Guillermo Belaga

El Psiquiatra, el Equipo de Salud y la Comunidad

22 al 25 | ABRIL Mar del Plata NH Gran Hotel Provincial

Co-organizado con la Sociedad de Psiquiatría de Jujuy



TÍTULO DEL CURSO	DIRECTORES	DÍAS Y HS. DE CURSADA	DURACIÓN	COMIENZA
Curso de actualización en neurociencia y psicofarmacología Infantojuvenil	Alonso, Mónica	Martes 18:00 a 20:30	Cuatrimstral	Agosto
Psicofarmacología: desde las bases fisiopatológicas hasta las normativas de tratamiento	Alvano, Sebastián	2º y 4º Viernes 18:30 a 20:00	Anual	Agosto
Psicofarmacología: tratamiento de las patologías psiquiátricas más importantes	Epstein, Judith	Ult. sábados 12:00 a 14:00	Anual	Julio
Psiquiatría infanto juvenil	Basile, Héctor	Virtual	Anual	Agosto
Trastornos de la conducta alimentaria en la cultura contemporánea	Onofrio, Graciela	2º Sábados 14:00 a 19:00	Anual	Mayo
Actualización en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad y espectro toc	Cascardo, Enzo Pérez Rivera, Ricardo	2do y 4to jueves 19:00 a 21:00	Cuatrimstral	Junio
Cursillo de introduccion a la terapia a traves del arte	Caruso, Carlos	Miércoles 20:00 a 21:30	Cuatrimstral	Agosto
Psicofarmacos en geriatría	Kabanchik, Alicia	Virtual	Semestral	Julio

APSA consolida su Carácter de Institución organizada Federalmente

Entrevista a Lía Ricón

14 de Junio 2014 - Olavarría¹

¹ Ciudad del centro de la Provincia de Buenos Aires, Argentina

ENTREVISTA

Lía Ricón

Médica.
Egresada en 1954
(Universidad Nacional de Córdoba).
Miembro Titular en función didáctica
Asociación Psicoanalítica Argentina. (APA).
Profesora Titular del Departamento de Salud
Mental Facultad de Medicina de Buenos Aires
(UBA). 1987. Directora de la Carrera de Médico
Especialista en Psiquiatría (UBA).
(Duración 3 años) Resolución 1462.
15/VI/1987 a la actualidad.
Directora de la Unidad Docente Hospitalaria del
Hospital Italiano de Buenos Aires. 1989-1992.
Profesora Titular del Dpto. de Neurociencias (Salud
Mental IV) de la Universidad René Favaloro.
1997 a la actualidad. Profesora Titular Consulta
del Departamento de Salud Mental (UBA. 1998).
Directora de Docencia. INEBA (Instituto de Neurociencias
de Buenos Aires). 2003 a la actualidad.
Médica del Servicio de Psicopatología
del Policlínico "Araoz Alfaro" de Lanús.
Jefe: Prof. Mauricio Goldenberg. 1958 – 1971.
Jefa de Servicio H. Italiano. (1979 -1992).
Consultorio particular. Ininterrumpidamente
desde 1960. INEBA. Grupos de Sala de internación
total y Hospital de Día. Multifamiliar de
Hospital de día desde 2003. Ha escrito numerosísimos
artículos y a la fecha 8 libros, encontrándose
en la preparación del 9no sobre Ancianidad.

Nuestra respetada y querida colega este año ha cumplido sesenta años de médica, egresada de la Universidad Nacional de Córdoba. Es Miembro Titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Es Profesora Titular del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de Buenos Aires (UBA). Directora de la Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría (UBA) y antes lo fue de la Unidad Docente Hospitalaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. También es Profesora Titular del Departamento de Neurociencias (Salud Mental IV) de la Universidad René Favaloro. Actualmente es Directora de Docencia del Instituto de Neurociencias de Buenos Aires (INEBA). Ha escrito numerosos artículos y ocho libros siendo uno de los más destacados "Las psicoterapias – Pensadas a partir de lo posible".

Entrevista a Lía Ricón

14 De Junio 2014 Olavarría

- ¿Qué te parecieron estas jornadas?¹

- Bueno, me encantaron como todas las jornadas a las que vengo asistiendo desde 4, 5 años o tal vez 6 años. Porque ya me conozco todas las ciudades del centro de la provincia. Lo que tienen de bueno estas jornadas es que, como es un grupo chico, uno no tiene que andar rompiéndose la cabeza para elegir, la gente se conoce y entonces hay una posibilidad de comunicación que es muy distinta a la de los grandes congresos. Puede ser que el grupo tenga "internas", pero como yo estoy totalmente afuera, participo de que todo me gusta y con todos me llevo bien...

- O no se notan tanto (risas)

- Las internas no se notan y entonces yo estoy ahí contenta, y además siempre aprendo muchas cosas en estas jornadas, siempre aprendo mucho. Me acuerdo en una de Azul² que yo iba toda preparada para explicar diversidad sexual y me encuentro con una pareja de mujeres homosexuales que más bien me explicaron a mí de que se trataba el tema (risas). Además, me siento muy cómoda porque yo también soy provinciana. En éstas, yo con mi afán docente, sobre todo con la gente joven, me gustaría afirmar cada vez "mire, esto tendría que ser así o así" pero igualmente fueron todas cosas muy lindas las que vi y escuché, y realmente me sentí muy cómoda. Además me parece que fueron de muy buen nivel.

- ¿Te enojaste cada vez que viste que alguien leyó la diapositiva del power point (PP) no? ¿Qué pensás vos de esa manera de presentar un trabajo?

- ¡Los PP no son para ser leídos!... ¡Queda muy feo!... El PP sirve para poner una imagen que ayude a la memoria, nada más que para eso. Con una imagen vos decís lo que tenés que decir. Además es mejor decir, a veces, que leer alguna cosa y la imagen te ayuda a recordar. No es para que vos le pidas el PP al que habló y te quedés con el contenido de la conferencia o de la charla. Es un recurso actual que surge porque nuestra sociedad está muy centrada en la imagen y por eso es importante manejarlo bien.

- Volviendo a eso del afán docente, ¿te acordás algún tema que te impactó o que lo dicho o cómo fue planteado te dejó pensando?... ¿Que de seguro no fue cuando se leyó una diapositiva, no?

- Esperá que me fijo en el programa, que tiene una imagen preciosa además³. Porque yo

¹ XVIII Jornadas de la Asociación de Psiquiatras del Centro de la Pcia. de Bs.As.(APC)

² Ciudad del centro de la Provincia de Buenos Aires

³ Tapa del programa. Imagen

vengo justo de las jornadas de INEBA⁴ que se hicieron antes de ayer y no vaya a ser que se me mezclen los tantos (risas)

- Y además en estas jornadas iestuviste en casi todas las actividades!

- Sí, estuve en todo. En alguna que salí antes o llegué un poco tarde, pero estuve en todo.

- Un montón de horas.

- Sí, sí, horas. Bueno, apagá el grabador por lo que se me ocurra decir ahora.

- No, no, vos decílo tranquila, total yo no voy a poner algo que vos digas que no se puede poner (risas)

- Me encantó la mesa con el operador social del tema de adicciones. Ese operador hablando de cómo resuelve los problemas y diciendo “a ver si los médicos aprenden un poco de cómo se hacen las cosas”.

- Entre nosotras, ¿no te pareció un estilo un poco “psicopatól”?

- Y quizá tiene que tener ese estilo para manejar una comunidad de adictos, ¿no? Y después me quedé pensando y sin preguntarle a un psiquiatra que habló y dijo que ¿no pudo manejar una asamblea de pacientes? Yo llevo muchísimo tiempo manejando asambleas de pacientes psicóticos. Desde el Lanús⁵. Se puede manejar perfectamente, no es una técnica complicada. No sé que le pasó a ese profesional.

- Creo que él se refirió más a una cuestión institucional ya que hablaba de una comunidad pequeña de pacientes y operadores y se le desbandaron quizá más los profesionales que los pacientes...

- ¡Vaya uno a saber! Me encantó también la mesa del Dr. Garaguso hablando de suicidio y género, y Mega dando las advertencias a los profesionales acerca de cómo manejar el tema con prudencia. Yo siempre lo enseño a eso: uno tiene que tomar un paciente cuando puede; hay limitaciones del terapeuta que siempre hay que tener en cuenta. Y Mega las especificó en 10 puntos que me pareció óptimo porque hay que instruir a los médicos, sobre todo a los jóvenes, que no se embarquen por necesidades económicas, con pacientes que lo van a perjudicar en todo sentido. Yo por ejemplo, en este momento de mi vida, no puedo tomar a un suicida; no me puedo poner a disposición de andar corriendo a los domicilios y en mi caso no es porque me falte experiencia; de hecho en otros momentos lo hacía. Pero ahora yo tengo que cuidar un poco más mi posibilidad de movimiento físico incluso. También me pareció buenísima la de los medios de comunicación donde estuviste vos.

- ¡A todos les dirás lo mismo! (risas) Pero quería preguntarte, viste que éstas jornadas tienen por un lado temas generales que abarcan a toda la población y sobre los que se trata justamente de producir algo de “la opinión de los/as psiquiatras”, sobre tal o cual cosa; y por otro lado, el dar cuenta de cómo los/as psiquiatras hacen lo que hacen y porqué. Por eso son abiertas a toda la comunidad y gratuitas, puede venir cualquiera entonces. ¿Qué pensás de este tipo de encuentros?

- Desde esa perspectiva, lo mismo que pasó en INEBA, hay cosas que hay que simplificar para que la gente entienda. Porque la gente no es zonza. Simplemente no estudió alguna cosa técnica que

inhibe la posibilidad de entender. Vos no podés preguntar cómo se preguntaba en una presentación interactiva, qué arteria irriga el tálamo. ¡Ni yo sé! Ni los psiquiatras en general sabemos ese tipo de información.

- Es que además de saberes específicos hay un glosario que funciona como pared...

- A mí me parece que hay que hablar sencillo. Por ejemplo que el trabajo sobre la calle sin chicos del Dr. Masaccanne me encantó, aunque en esa misma mesa también se dijeron cosas donde yo escuché un encierro en que las cosas deben de ser de tal manera y no de otra. Yo no sé si los chicos están aprendiendo mejor o peor de cómo nosotros aprendimos de chicos.

- Y además parece ser que aprenden otras cosas, ¿no? Por algo el hijo de 10 años de un psiquiatra, al cierre de las jornadas tocó la guitarra eléctrica y cantó hermosamente...

- ¡Es que se corre el riesgo de negar lo nuevo! En esa mesa me mostraron cuadernos en los que se ve qué mal escriben los chicos, todo en mayúsculas, pero por eso yo no sé para dónde van a ir esos chicos. Me acuerdo de una crítica de tiempo atrás que fue bárbara, cuando decían que los chicos que estaban en los kitbutz iban a ser un desastre y después se comprobó que el menor índice de criminalidad estaba en esos chicos, así que parece ser que no eran tan malos los kitbutz⁶.

- Ahora bien, siendo estos algunos de los temas que se trataron en unas jornadas abiertas a todo público y dado que venías de las de INEBA de igual característica, ¿qué pensás vos del sentido que tienen este tipo de actividades, de la intención? ¿Para qué se hacen, para qué creés que sirven, para quienes?... Y ¿porqué podría ser conveniente continuarlas?

- Yo creo que son verdaderamente educativas y sirven entre otras cosas, para que la gente pueda defenderse mejor de los/as psiquiatras.

- Ah... esa frase ime encantó! (risas) ¡Y podría ir como título de esta charla!

- Es que es verdaderamente es así. Mirá, yo coordino multifamiliares en INEBA y siempre explico que el cuerpo del paciente le pertenece a sí mismo y no es del médico. Yo tengo que averiguar antes, porque no toda la gente es honesta y uno/a tiene que cuidarse como paciente. Sarmiento⁷ decía “Hay que educar al soberano”. Entonces hay que explicarle a la gente cómo son las cosas, pero de verdad. El consentimiento informado tiene buen nombre pero no están bien hechos en general. Entonces, estas jornadas sirven para explicarle a la gente cómo es que hacemos lo que hacemos y porqué.

- Y además algo que quiero subrayar y que se relaciona con lo que digo es el tema de la marginación, la patologización, la descalificación de la persona que tuvo algún problema psiquiátrico o estuvo internada o en un hospital de día. ¿Porqué eso, de dónde viene y porqué? Yo lo dije en las jornadas, los lugares de internación de los enfermos mentales generalmente están en las afueras de la ciudad como las cárceles o como antiguamente sucedía con los leprosarios o los centros asistenciales de tuberculosos.

- Sí, el mismo servicio del Lanús al que perteneciste antiguamente había sido una morgue...

- Sí... Hay un trabajo hecho por un arquitecto sobre el Lanús que

4 Instituto de Neurociencias de BsAs

5 Manera de nombrar al Servicio de Psicopatología y Neurología (hoy Servicio de Salud Mental) del Htal. Interzonal de Agudos Evita (ex Aráoz Alfaro) que creará el Dr. Mauricio Goldenberg

6 Comuna agrícola israelí

7 Domingo Faustino Sarmiento

muestra esta relación con la muerte. Y los cementerios también están en las afueras. ¿Porqué? ¿De dónde viene esto?

- ¿La nave de los locos?⁸

- Yo creo que tiene que ver con lo demoníaco; con la religión. Vos sabés que a esta altura yo soy atea militante, porque a mí me ha dañado mucho la religión, mucho. Yo pase por todas las religiones cristianas. Las judías no porque no soy judía, pero sí puedo hablar del cristianismo que me atravesó por varios lados. Entonces, si esta persona está endemoniada y hoy, todavía hoy, hay exorcismos, es decir que es una creencia actual, entonces hay que alejarla o alejarse porque tiene el demonio adentro. Yo creo que algo de esa marginación tiene que ver con esa idea del loco como endemoniado aún hoy. Entonces lo que yo trato en mi trabajo es el naturalizar ese estado y el síntoma incluso. Por ejemplo, en las multifamiliares hay un chico que es encantador y tiene alucinaciones y un diagnóstico de esquizofrenia o que se yo lo que será; pero bueno, él habla de sus alucinaciones como otro habla de la marca de sus zapatillas o un tercero habla de su dolor de cabeza. Entonces lo que yo planteo permanentemente es que si yo tengo una pierna rota y voy a consultar, el ortopedista no tiene que haber tenido necesariamente la experiencia de la pierna rota. En cambio, si yo consulto porque estoy triste, el especialista estuvo triste alguna vez, sabe de la tristeza. Esta "sacada del escritorio" del medio entre el paciente y el médico que hizo Freud, hay que implementarlo todo el tiempo y hay que conseguir que la persona que tiene un problema psíquico no sea vista y mucho menos tratada como un endemoniado, alejándolo o alejándose. Para mí es el origen de todo esto. Del endemoniado ponéte lejos, no vaya a ser que al demonio se le ocurra pasarse a vos si estás cerca. Entonces, ojo, nunca voy a emplear en mi maravillosa oficina o fábrica uno que estuvo internado, ¡no vaya a ser que le vuelva el demonio!

- Vos viste que como estas jornadas fueron abiertas, vimos todos los días que vino un señor que probablemente viva en la calle. Escuchó, comió, vino siempre, lo cual estuvo bien en este sentido de la inclusión posibilitada por una actividad verdaderamente abierta. Sin embargo hubo quienes, entre ellos colegas, que se sintieron incómodos con esta presencia. Que parecía ser la de un hombre de la calle o quizá un psicótico crónico que vive en el hospital. Yo escuché quienes plantearon porqué no se lo sacaba. ¡Pero no vamos a grabarlo! Y eso que ahora hay mayor participación de pacientes y de familiares en general en todo este tipo de actividad...

- Y, no es fácil esa inclusión.

- Te quiero preguntar algo más. Cuando salió este tema de porque se usa de una manera descalificatoria, casi como un insulto la enfermedad mental, a propósito de que a la presidenta se la haya atacado con el mote de "enferma bipolar".

- Y, la presidenta tendrá sus problemas...

- Un colega la trató abiertamente de chorra y psicópata. Igual esto no es nuevo. Anoche antes de que fuéramos a cenar, escuchaba en el canal Encuentro como el golpe a Irigoyen se preparó desde los medios de comunicación de la época, tratándolo entre otras cosas de enfermo mental, de loco. Se prepara el golpe desacreditando su salud mental. Entonces mi pregunta es, ¿hasta dónde te parece a vos que estas cues-

iones de la política general que nos conciernen a todos, es conveniente estén presentes en este tipo de jornadas?

- Mirá, la política partidaria es muy riesgoso que aparezca porque va a producir peleas. Ahora la política entendida como el interés de la Polis, no hay que ponerla o sacarla, simplemente está. No se puede evitar. Yo misma ayer planteé en la jornada o capaz que fue en INEBA, no sé, es que llevo 4 días completos de jornadas. Pero bueno, en alguna de estas jornadas planteé que hay ciertas cosas que si no hay una acción política no se pueden resolver. Entonces, la acción política sería que quien tiene el mando gestione para la resolución del problema, lo que entendemos en este caso como Política Sanitaria. Cosas partidarias no me parece que sería conveniente aparezcan.

- Pero aunque lo partidario no está explicitado, todo el tiempo se expresaron los gustos al respecto de cada quien. No sé nombró jamás a un partido pero si muchas veces al gobierno actual, sobre todo a la presidenta y eso ya puso blanco sobre negro en cuánto al pensar de cada uno...

- Bueno, en principio te corrijo que habría que decir la Presidente.

- ¿Porqué no feminizar una palabra históricamente masculinizada por haber sido un cargo sobre todo ocupado por varones?

- No, para mí es la mujer presidente, la persona que preside, se dice también estudiante, no estudianta que es cacofónica para mi gusto. Es como el tema del orgullo gay que no termino de entender bien.

- ¿No te parece que se trata de visibilizar aquello que por la fuerza de las costumbres y diferentes intereses generan en el lenguaje?

- Ah, bueno, así puede ser. Pero es como esta consigna de las Madres de Plaza de Mayo⁹ con la que siempre me peleé "Aparición con Vida". Siempre me pareció una grosería psicológica que se use por conveniencia política ya que no le permite a quien tiene un desaparecido iniciar un duelo, ¡caramba!

- No entiendo...

- Claro, el duelo se hace cuando yo tengo la evidencia de la desaparición, puedo descatectizar esa imagen, esa persona a la que sostenía amorosamente. Si me dicen que va a aparecer con vida yo tengo que seguir esperando... Desde la perspectiva psicoanalítica esa consigna "Aparición con Vida" no es conveniente aunque sea conveniente políticamente. Yo como psicoanalista no puedo avalarla porque impide la descatectización¹⁰ del objeto perdido.

- ¡Pero a su vez permite que continué una búsqueda! Ya no de los hijos sino de esos desaparecidos con vida que hoy son los nietos.

- Que se siga buscando pero que eso no impida lo que te dije antes...

- Esto que vos afirmás, ¿es psicoanálisis o es política?

- Es psicoanálisis. Para mí tampoco son exactamente desaparecidos. Desaparecido es el que desaparece en un siniestro, no sé realmente dónde está, se lo llevó la ola, se lo tragó la tierra. Éstos son ocultados, hay quien sabe qué pasó. Y ese ocultamiento impide el duelo que en los desaparecidos de un siniestro, si se realiza. Acá

⁸ En el Renacimiento la locura surge como una nueva encarnación del mal. Es en este momento en que aparece la denominada "stultifera navis" (nave de los locos) que determina la existencia errante de los locos. Dicha nave fue utilizada para eliminar del territorio a estos seres molestos que ponían en riesgo la seguridad de los ciudadanos

⁹ Las Madres de Plaza de Mayo es una asociación argentina formada durante la dictadura de Videla con el fin de recuperar con vida a los detenidos desaparecidos, inicialmente, y luego establecer quiénes fueron los responsables de los crímenes de lesa humanidad y promover su enjuiciamiento.

¹⁰ Catexis concepto freudiano que alude a una energía psíquica sobre una representación

hay h.d.p. que saben dónde estuvieron y qué les pasó. Por ejemplo, yo vi lo que pasó cuando apareció el hijo de los Dunayevich¹¹. Recién ahí pudieron empezar con el duelo e hicieron todos los rituales en torno a eso. Porque hasta que no tenés la evidencia, el duelo no puede empezar.

- Eso lo entiendo y acuerdo...

- Y si es una cuestión política, yo técnicamente no puedo avalarla. Siempre me he peleado con las Madres por eso. Pero en fin, creo que es una pelea interna.

- Pero los padres y las madres no saben, justamente por ese ocultamiento. ¿Esa consigna no permite que se insista en que quienes saben algo lo digan?

- No. Aparición con Vida, no. Yo no lo diría así. Diría Información adecuada o algo así, no sé. Para no producir una ilusión inútil, obstaculizando los pasos del duelo. Mirá, me acuerdo de un método que estaba de moda en una época, el método Silva. Les hacían hacer una experiencia con dos plantitas. En una tenían que pensar todo el día y en la otra no. La primera crecía y la otra se moría. Esto me parece algo de lo mismo, no pueden dejar de pensar en el hijo desaparecido por esa ilusión. Ayer, en la última mesa de los relatos de sobrevivientes de un campo de concentración, yo planteé que aunque la testimoniante decía que había sido torturada, la tortura sigue hoy. Por eso tampoco estoy de acuerdo con quienes dicen "dejen de hablar de eso que ya pasó". ¡Pasó las pelotas! Sigue pasando hoy... los están torturando hoy...

- Sin embargo escuchamos cómo nos contaban que se han sentido mucho mejor, primero cuando pudieron salir del silencio y segundo, como en el caso del que se habló, el juicio por Moreno¹², son condenados sus torturadores....

- Seguro... Yo coordiné en APA un grupo sobre las consecuencias psicológicas del terrorismo político y para todos nosotros fue un enorme alivio. Pudimos hablar, reunirnos, recordar... Yo misma tenía un vecino en el mismo edificio y una vez nos encontramos en una marcha y nos miramos complacidos porque aunque vivíamos en la misma dirección no sabíamos que podíamos compartir eso. Silenciar las familias, encerrar todo el tema, no poder compartir con ese vecino del tercer piso, médico, con el que nos saludábamos todos los días y yo no sabía que tuvo que hacer emigrar un hijo. Por supuesto entonces que alivia el poder compartir y romper ese secreto y ese encierro. Incluso esto mismo desde las neurociencias, cuando la sobreviviente ayer relató su experiencia se formaron nuevas proteínas y hubo un nuevo registro.

- ¿Vos crees en eso?

- Sí, claro... Hubo un nuevo registro y eso nuevo va haciendo menos nítida y menos clara la primer situación. Así las nuevas proteínas producen un nuevo relato; una elaboración que permite desteñir la primer experiencia que origina el relato, tan dramática.

- Me gusta eso: Medicina basada en los relatos.

- Estos dos días también se generaron relatos lindos, intensos, muy emotivos, por fuera del programa. Y vos nos contaste en una cena una anécdota referida a la desmemoria como efecto del trauma. ¿La querrás contar de nuevo?

- Una vez en un congreso se para alguien y dice públicamente

¹¹ Gabriel Dunayevich secuestrado en la vía pública y desaparecido el 29.5.1976 a los 18 años

¹² Juicio por la desaparición y asesinato del abogado Carlos Moreno, realizado en febrero del 2012 en la ciudad de Tandil, Pcia de BsAs. Primer juicio de Argentina en el que se condenan civiles, además de militares.

"Quiero agradecerle a la Dra. Lía Ricón que cuando en época de dictadura yo tuve un problema con un paciente por el que nadie quería ayudarme con una supervisión y no sabía qué hacer con él, la Dra. me dijo que ella estaba dispuesta a escucharme y que si era necesario internarlo ella misma iba a hacerlo en su servicio". Y yo la miraba como diciendo ésta persona se confundió. No me acordaba absolutamente de nada. Ella se dio cuenta y después se acercó y me dijo ¿"Ud. no se acuerda, verdad?" Le reconocí que no me acordaba para nada todo lo que había contado. Y de pronto miró como para el costado y se me viene una imagen de una pollera con girasoles amarillos. Entonces le pregunto si tenía puesta esa pollera cuando fue a verme. Y me responde que sí y que todavía la tenía.

- ¿Ampliaste el recuerdo después de ese momento?

- No, calculo que neuronas del hipocampo se me liquidaron en esa oportunidad (risas)

- Sin embargo no parece que estén tan mal, sos bastante memoriosa ...

- Puede ser, pero en ese momento el estrés debe haber sido muy importante porque evidentemente yo, si le ofrecí una internación a mi cargo, me exponía de algún modo

- Ahora decime, desde tu experiencia de 60 años de ejercicio de la medicina: sabemos que la última fue la peor dictadura pero hubieron otras por las que vos pasaste como médica. ¿Tenés algún otro recuerdo de si otro periodo dictatorial afectó tu práctica, tu memoria o tus decisiones?

- No, no. Tampoco son tantos 60 años en la historia de un país o de la humanidad...

- ¿Pero en otras dictaduras no se te presentaron cosas así, como esto de perder la memoria respecto a un hecho que hacía a tu práctica clínica?

- No, jamás... Perder la memoria de esta forma jamás. También me pasó otra vez en mi casa que es en Agote y Pueyrredón¹³, que yo escucho en la mitad de la noche alguien que grita un nombre y un número de teléfono porque se lo llevaban. Yo hablo a ese número y aviso. Ese episodio me lo olvidé por completo. Y lo recordé después un día en las reuniones de APA¹⁴, me apareció de golpe en la memoria! y yo recordé que el teléfono incluía un 9, nada más. El nombre de la persona no me lo acordé jamás. Recordé incluso que caminé por el pasillo, que mis hijos dormían, que mi marido me dijo que no hiciera nada. Pero solo eso. Quiero decir que el hecho fue tan traumático que me liquidó células, me liquidó la memoria, por el miedo claro está. Incluso en esa época evidencé en mí misma el fenómeno de la desmentida, porque cuando yo me iba afuera del país en época de dictadura, solamente cuando salía pensaba ¿"Cómo hago para vivir en Argentina"? ¡"Es imposible"! Y cuando iba llegando al aeropuerto de Ezeiza me olvidaba, tenía que seguir haciendo lo que hacía y descalificaba todo lo que a la distancia me parecía terrible.

- ¿Vos estabas en alguna institución pública durante esos años del 76 al 83?

- En el Lanús...

- No, me parece que no. A esa altura ¿no estabas en el Italiano?

- A ver... A esta chica que se la llevaron del Lanús, Martha Brea¹⁵...

¹³ CABA

¹⁴ Asociación Psicoanalítica Argentina

¹⁵ Psicóloga secuestrada en el Servicio del "Lanús"

Sí, es cierto, yo estaba en el Italiano ... No, creo que en el Lanús.

- ¿Vos estabas con Valentín Barembli en esa época?

- Ay, es cierto, no sé. Con Barembli no estuve. Puede ser que yo me sentía tan identificada con el Lanús que me parecía que seguía ahí... Bueno, y en el Italiano, Mauricio Goldenberg se fue de allí en esa época. El tenía sus hijos completamente incluidos en militancias políticas, no sé si en el ERP o en Montoneros. Y él, no sé qué decir, ésa es su historia...

- Cuando vos empezás en el Servicio que inaugura Goldenberg, coincide con la Revolución Libertadora...

- A ver... yo me recibí en el 54 y primero estuve en el Borda con él, creo que dos años. Y de allí lo echaron por judío, le ponían carteles, lo acusaban de cosas horribles.

- ¿Por judío? ¿En esa época había un gobierno militar también, no?

- Ay, no recuerdo si había un gobierno militar entonces... Yo me voy también, creo que me quedo en mi casa un poco y cuando él se va al Lanús le digo que quiero ir con él. ¡Ah!... Pero ahora recuerdo que también estuve con él en el Fiorito viendo pacientes.

- Pero ¿cómo es que lo conocés a Goldenberg? ¿Por qué es que estás viendo pacientes con él?

- Bueno, yo en Córdoba estudié con Beatriz Iparraguirre, hematóloga quien tenía una prima que se llamaba Chiquita Iparraguirre y que estaba casada con Juan Azcuaga, un neurólogo que creo que todavía vive. Juan estaba en Bs. As. y conocía a la gente que podía ayudarme para desarrollarme en esta especialidad. Y entonces me dio dos nombres al venirme a Bs. As.: Thénon y Goldenberg. Elegí al segundo porque creí que así iba a poder estar en un servicio y ver muchos pacientes que era lo que me interesaba entonces y me sigue interesando todavía hoy... ¡Vengo viendo muchos pacientes desde entonces! También estuve con Pereyra dos o tres años en su sanatorio haciendo guardias y viendo primero yo sola a todos los pacientes y después los veía con él. Ahí aprendí muchísimo con esa segunda mirada. Después en el Borda, después en el Lanús e incluso Goldenberg quería que fuera al Argerich como jefa de servicio... Me decía "vos sos una viva, querés hacer siempre lo que vos querés y cuando uno es jefe no puede hacer lo que quiere". Y creo que eso es cierto. Finalmente también me fui al Italiano porque él se fue y ahí me quedé entonces un buen tiempo.

- Pero ¿era más fácil en esa época ir o venir de aquí para allá? ¿Ser o no ser jefe de un servicio? Y si era más fácil ¿tenía que ver con que eran menos personas o porque les daban más poder a los médicos psiquiatras para que resolvieran dónde y con quien querían estar?

- Goldenberg tenía poder para decidir y moverse o sugerir a alguien para tal o cual lugar. Había ganado un concurso en el Lanús, después lo ganó en el Italiano y cuando se fue en el 76 quedé como jefa interina y pedí un concurso abierto que gané, lo cual ante mí misma me afianzó mucho, justamente porque había sido abierto.

- ¿Te acordás quienes se presentaron entonces?

- No me acuerdo nombres pero sí una anécdota que se filtró después del concurso. Que hubo alguien a quien le preguntaron "¿Qué cambios va a hacer en el Servicio?" y él dijo que ninguno, que estaba todo perfecto. Y yo había llevado una lista enorme de cambios (risas)... Y además nos preguntaron "¿Y Ud. qué posición tiene?" y él respondió católico de derecha. Y yo respondí mi posición técnica... ¡No iba a suponer que me preguntaran semejante grosería!

- Sin embargo eran épocas en que esas preguntas de corte

ideológico, definían si alguien quedaba o salía... E incluso vos habías ido tras ese a quien echaban por judío. ¿Por qué no te quedaste vos del lado de aquellos que decían "éste acá no" si además no eras judía?

- ¡No!... Te cuento: mi mamá era biblista, leía la Biblia. Y ella tenía un cielo del cual me hablaba siempre. Yo era muy chiquita pero me acuerdo de ese relato. El cielo era un lugar hermoso donde estaban todos los angelitos con Dios. Uno negro y motudo, otro con los ojitos achicados porque era oriental, otro con pelo rubio y largo. Es decir que en el cielo, según mi mamá y la Biblia, estaban todas las razas. Me acuerdo que cuando fui a escuchar a mi hija en New York tocando en un grupo donde el bajista era negro, el guitarrista era un judío total con cara de judío además y un japonés baterista, yo pensé "Mi hija está en el cielo de mi mamá".

- ¡Qué linda idea!

- Sí, es muy linda. Y por ella creo que no soy racista. No me lo enseñaron desde nunca. Además lo que le hicieron a Goldenberg me pareció una injusticia terrible. En el cielo de mi mamá no existía ese tipo de discriminaciones.

- También me contaste acerca de la crianza de tu mamá, en donde todo lo referido a la sexualidad fue muy reprimido. ¡Y encima vos después elegiste al psicoanálisis!

- Mi mamá y mi abuela eran terribles. Tocante o no tocante, inada! La mujer tenía que conservarse virgen para el matrimonio. Y un día siendo chica le pregunto a mi abuela, que era petisa y regordota "y las que no se casan, ¿para quién se conservan?" (risas)... También tengo un recuerdo de estar persiguiéndola a mi abuela que estaba tendiendo una cama y me acuerdo como si fuera hoy, yo dele preguntarle ¿"de dónde vienen los chicos, de donde vienen los chicos"?...

- ¿Por qué a tu mamá no se le podía preguntar?

- ¡No sé! A mi mamá no le preguntaba nada de eso. Creo que porque ella me contaba cuentos del cielo, ¡qué sé yo! Pero sigo con lo de mi abuela que yo dele y dele preguntar hasta que en un momento, se da vuelta y me dice "bueno, te lo voy a decir, pero vos no lo tenés que pensar" y sigue "los chicos están en la panza de la mamá, pero vos no pensés por dónde salen". O sea fijáte de qué educación represiva vengo. Pero ¿cómo se hace para no pensar en el mono amarillo que está en el puente? (risas)...

- ¡Todo el tiempo pensás en eso! ¡Acá está el inicio de tu vocación! (risas)

- Habré intentado no pensar en eso un tiempo porque al menos ya sabía que estaban en la panza pero sin ninguna idea de cómo entraban ni como salían...

- ¿Cómo está formada tu familia de origen?

- Yo soy hija única y tengo síndrome de hija única... (risas)

- ¿La insistencia, la demanda, la perseverancia?

- Y también que me encanta que me mimen, que me quieran... Bueno, tengo mi padre y mi madre y esta abuela que estaba cerca, la madre de mi madre que tuvo 14 hijos, 3 mujeres y 11 varones. Así que aunque algunos murieron, yo tenía muchos tíos avunculares¹⁶ que fueron para mí personajes muy importantes. Mi padre tenía 2 hermanas. Él era una persona de perfil sumamente bajo, muy tímido, muy apocado.

¹⁶ Avunculado (latín avunculus, tío materno) es una costumbre que aparece en sociedades donde el hermano de la madre ocupa un lugar de privilegio en el sistema de parentesco o en la crianza de los hijos.

- ¿Qué hacía tu papá?

- Mi papá estaba en la legislatura de Bolívar donde hacía algo pero no sé bien qué, si era secretario de alguien o algo así. Y después se fue al campo y se transformó en un hombre de campo. Y mi mamá trabajaba en la casa. No creo que ella haya llegado a hacer la escuela secundaria.

- ¿Y cómo tomaron ellos que vos quisieras estudiar medicina?

- ¡Como el c....! (risas)

- ¿Y que se te ocurriera irte a otra provincia?

- No, ellos se fueron a Córdoba. Y allí yo tenía uno de estos tíos que era ingeniero y estaba casado con una ingeniera, hija de un señor inglés. Entonces allí vino para mí un aire de liberación. Esta tía era mucho más libre, no era esa represión que yo había vivido! Yo me acuerdo que me había convertido al protestantismo, porque como te dije antes tengo un pasado religioso bastante bravo.

- ¡Y, no es para menos! Con esos cuentos infantiles y esa abuela...

- Sí y la Biblia. Que no sé porque ella era biblista ya que era católica y los católicos no la leen. Pero cada noche ella se llevaba a la cama un montón de cosas para leer y la Biblia. Y al primer párrafo se quedaba dormida...

- ¡Pero quería leer!

- Sí, sí, quería leer. Y seguramente saber. Fue una persona muy especial. Mi padre perdió todo en la crisis del 30. El había comprado algo a 17 que no sé si eran gallinas, vacas o no sé qué y lo tuvo que vender a 1. Perdió todo y entonces se fueron a Córdoba donde estaban mis tíos avunculares, es decir hermanos de la madre que en alguna culturas es como un representante paterno ya que de ellos está seguro el vínculo de sangre. Bueno, primero creo que se fueron a Henderson, un pueblo pequeño cerca del tren y después salieron de la provincia. Ahí en Córdoba terminé el primario, hice el secundario y la universidad, apoyada sobre todo por este tío que era universitario. Primero iba a estudiar derecho porque tenía un novio que no quería que estudiara medicina porque eso no era para una mujer (risas). También pensé en estudiar ingeniería porque me gustaban las matemáticas. ¿Sabés un chiste que se hacía entonces y creo que aún se hace? Ponerles a las chicas en el bolsillo del delantal un pene cortado de un cadáver. A mí no me tocó pero me decían que me lo iban a hacer... Bueno, me acuerdo que la primer operación que me tocó con una compañera, en una de esas salas que se podía mirar desde arriba y nosotras éramos chicas, creo que tenía 16 o 17 años y no sabíamos ni lo que era lo que le estaban operando porque jamás habíamos visto un varón desnudo. ¡Y nos reímos mucho!

- ¡Y allí se empezaba a dilucidar algo de lo que tu abuela te había dicho! (risas)

- La verdad que cuando te cuento todo esto, pienso cuánto tuve que cambiar! de ser católica y después protestante hasta hoy que soy atea y desde no tocar ni pensar nada como me decía mi abuela! Y además mi pobre abuela le decía siempre a mi madre "Rosita, esa nena no obedece". Y no es que yo no obedecía sino que tenía un mundo interno con el que hacía lo que se me cantaba! o lo que podía. Entonces no escuchaba mucho lo que me decían.

- Pero te pregunto en serio, ¿vos creés que elegís medicina? Por algo de este orden, ¿como algo reactivo a esa educación?

- No, yo creo que la elegí porque a mí me gusta la gente.

- ¿Vos creés que es sólo eso? Si te escucha un abogado te dice que también trabajan con gente...

- Pero los abogados no ayudan a la gente y eso era lo que yo quería hacer: ayudar a la gente.

- Pero ¿cómo se entiende esto con la afirmación que hiciste antes de que la gente debe aprender a defenderse de los médicos?

- Pero yo eso no lo sabía cuando entré a la facultad. Para mí la medicina era más bien un sacerdocio. Incluso mi primer fantasía era la de estar en un pueblo en el cual yo hiciera medicina general, atendiendo un parto, una picadura de serpiente, un traumatismo.

- ¿Y cómo fue que te enrolaste en la psiquiatría?

- Estábamos caminando con mis dos amigas con quienes estudié; caminábamos por un barrio residencial de Córdoba y las tres pensábamos qué íbamos a hacer al recibirnos y allí a ellas les dije que me interesaba cómo piensa la gente y cómo siente la gente y creo que ahí lo decidí. También fui descartando. Pediatría no porque no podía soportar el dolor físico de un niño. Obstetricia tampoco por lo que me había dicho mi abuela (risas). No y porque además pensaba que si nacía un monstruo no me iba a animar ni a ayudarlo vivir ni a que dejara de vivir. Y las técnicas como radiología menos me interesaban porque no tenían demasiado contacto con la gente.

- ¿Y tenías buen recuerdo de la materia Psiquiatría que habías cursado siendo estudiante?

- Sí, creo que sí. Fue con Bringas y yo me fui a vivir al Hospital de Alienadas como dos años antes de terminar la carrera; 200 camas de ancianos y 200 de enfermas mentales. Y, muchas veces, era practicante con 400 personas a mi cargo.

- ¡Y no siendo médica aún!

- O sea que mi práctica realmente viene laaarga. Porque veo pacientes ya hace ¡62 años! Y empecé en ese practicantado en donde íbamos con el carrito haciendo electroshock a cada rato.

- ¿En INEBA tienen un carrito más moderno, no? (risas)

- ¡Sí, sí! Por eso en otra jornada en la que discutíamos y yo lo hacía como psicoterapeuta, como psicoanalista pude de todas maneras decir que había hecho 5000 electroshock sin que se me moviera un pelo. Quedé como la especialista en psicoterapias que más electroshock debe haber hecho en su vida... (risas)

- ¿Y cuándo llegás al psicoanálisis? O ¿cuándo llega el psicoanálisis a interesarte? ¡Porque podría no haber llegado nunca!

- José Blejer fue el que me inspiró a eso. Era el analista de mi marido. Una vez fui a hablar con él porque yo estaba más volcada a los grupos de los reflexólogos. Y Blejer me dijo "Después Ud. los va a querer matar a todos esos, porque le están impidiendo hacer una formación verdadera como psicoterapeuta". Entonces me decidí y empecé un análisis psicoterapéutico que habrá durado un año y medio y a posteriori hice el análisis didáctico.

- ¿Te casaste muy joven?

-No, ¿por?

- Es que sí siendo muy joven veías pacientes con Goldenberg y en ese entonces aún no estabas casada. Entonces cuando lo seguís, ¿ni él ni vos aún tienen una filiación psicoanalítica?

- Él aceptaba a los psicoanalistas pero él no lo era. Nunca se analizó.

- Y a tu marido, médico, lo conociste en la facultad?

-No, fue cuando hice guardias en el Pinel, en el sanatorio de Pereyra, él era médico ahí. Y me acuerdo que la persona que me llevó me dijo "con Tenconi no vas a tener ningún problema". Y la verdad que no los tuve o fueron de otro tipo... (risas)

“Espacio de Ex Alumnos de Apsa: un nuevo ámbito trófico institucional”

“APSA Former Student’s Space: a new institutional trophic environment”

Dra. Ester Ofelia Allegue

Médica. Especialista en Psiquiatría (APSA).
Especialista en Docencia Universitaria.
Presidente del Capítulo Práctica de la Docencia
e Investigación Educativa en Salud Mental,
APSA. Profesora Adjunta de la Cátedra de
Clínica Psiquiátrica de la Carrera Metropolitana
ISFP APSA.
ecallegue@gmail.com

Dr. R. Hugo Carroll

Médico. Especialista en Psiquiatría (APSA).
Subdirector de la Carrera Metropolitana ISFP
APSA. Profesor Titular de la Cátedra de Clínica
Psiquiátrica de la Carrera Metropolitana ISFP
APSA. Presidente del Capítulo Cine, Educación
y Salud Mental, APSA.
hugocarroll@fibertel.com.ar

Dra. Marina Grance

Médica. Especialista en Psiquiatría (APSA).

Dr. Juan Cristóbal Tenconi

Médico. Especialista en Psiquiatría.
Coordinador de Carreras de
Especialistas del ISFP APSA.
Miembro de la Comisión Directiva de APSA. Ex
Presidente del Capítulo de
Interconsultas, APSA.
juantenconi@gmail.com

Resumen

En el presente artículo analizaremos las circunstancias que devinieron en la creación del Espacio de Ex Alumnos de APSA y transmitiremos la experiencia fundacional del mismo.

En los egresados de la Carrera de Médicos Especialistas en Psiquiatría de APSA detectamos distintas situaciones: algunos ex alumnos continúan vinculados con la institución; otros se desligan una vez graduados. Un tercer grupo completa la cursada sin poder luego concluir la totalidad de los requerimientos académicos curriculares. Al dejar de cursar, pierden la referencia institucional y grupal que los contenía. Progresivamente se desvinculan, no accediendo a la graduación, ni a la afiliación simbólica institucional, con la consecutiva pérdida invaluable de dichos recursos humanos.

Objetivada y debatida la problemática propusimos como estrategia superadora la creación del “Espacio de Ex Alumnos”, espacio trófico institucional destinado al reencuentro y la producción grupal. Para tal fin organizamos en el XXIX Congreso de Psiquiatría de APSA, 2014, el Taller “REENCONTRANDONOS: Convocatoria a todos los ex alumnos del Instituto Superior de Postgrado de APSA (con o sin título de especialista)”.

Los objetivos propuestos fueron: convocar a los ex alumnos a retomar sus lazos institucionales; estimular sentimientos de pertenencia, afiliación simbólica e inclusión institucional; conocer sus necesidades y expectativas, reflexionar sobre los motivos del distanciamiento. Transmitiremos el desarrollo del taller, los resultados obtenidos y las propuestas posibles de ser desarrolladas en el nuevo espacio institucional.

Palabras Clave:

reencuentro - espacio de ex alumnos - pertenencia institucional - incremento de graduados - formación continua

Summary

In this article, we will discuss the circumstances that led to the creation of the APSA Alumni’s Space and share our experience in the foundation of such space.

We detected different situations among the graduate psychiatrists from the Institute of the Argentine Society of Psychiatrists (APSA): while some students remain connected with their institution, others prefer to sever ties with the institution once they graduate. A third group completes the course but is unable to meet all the academic curricular requirements. Being no longer attending courses, students usually lose the institutional and group reference that protected them. They gradually lose contact, not graduating and resigning to the symbolic institutional affiliation, with the consequent invaluable loss of human resources.

Once this concern was recognized and discussed, we proposed as an overcoming strategy the creation of the “former student’s space”, designed to promote meetings and group production. For this purpose, we decided to organize, during APSA 29th Congress of Psychiatry 2014, a workshop called “REENCONTRANDONOS” an invitation to meet all alumni from the Graduate School of APSA (both holders and non-holders of a specialist degree).

The proposed aims of this space were: to invite alumni to reestablish their connection with the institution; to promote a sense of belonging, to encourage symbolic membership and institutional inclusion, by knowing their needs and expectations and reflecting on the reasons that led to their separation from the institution.

We describe the details of the workshop, the results obtained and the possible proposals that might be developed in the new institutional space.

Keywords:

meeting - former student’s space - institutional membership - increasing graduates - continuing education

Introducción

Desde 1918 con la reforma universitaria se genera un proceso instituyente, que incorpora nuevos actores a la comunidad universitaria, *los graduados*. A partir de allí se establece un cambio paradigmático donde la universidad se transforma en una *comunidad de profesores, alumnos y graduados*; siendo estos últimos, aquellos estudiantes que han terminado exitosamente sus carreras y obtenido la titulación académica. A partir de dicha reforma, comienzan a ser considerados un conjunto humano de significativa importancia⁽¹⁹⁾.

Cabe aclarar que denominamos *egresados* a los estudiantes que salen de un establecimiento docente después de haber terminado sus estudios, pero que aún no han logrado la titulación.

Las instituciones universitarias asumen como tarea estimular a sus egresados a permanecer ligados a la institución que los formó, representando una fuente de nuevos recursos humanos, insustituible a la hora de enriquecer la vida y el crecimiento de las mismas⁽¹⁹⁾. También se espera de ellas que renueven el compromiso de promover y participar en el proceso de formación continua de los egresados, entendido como ineludible en la construcción de la identidad y la responsabilidad profesional^(16, 17).

Los egresados portan un jerarquizado lazo, entramado entre la institución y la sociedad, al modo de un pliegue entre el adentro y el afuera institucional^(1, 19).

En las carreras de grado y de postgrado universitarias y no universitarias con características "*profesionalistas*", se ve el fenómeno generalizado de alejamiento de los egresados de la institución e incluso a veces, de toda actividad académica - científica, capturados y eclipsados por la nueva inserción laboral⁽¹⁹⁾. De modo extensivo se detecta un escaso interés en participar de las diferentes dimensiones de la vida institucional, tal vez en sintonía con lo que podría ser un tibio interés demostrado por las instituciones en incrementar la tasa de graduación^(12, 15).

Planteamiento del problema:

En los egresados de la Carrera de especialistas de APSA detectamos distintas situaciones⁽¹⁾: un grupo de ex alumnos continúa vinculado con la institución y participando activamente en ella (dentro de este grupo nos encontramos algunos de los autores de este artículo: Dra. Ester Allegue, Dr. R. Hugo Carroll y Dra. Marina Grance). Otro grupo se desvincula de la institución una vez graduado y un tercer grupo, en cambio, no logra la graduación por no haber alcanzado la totalidad de los requerimientos académicos curriculares (no haber acreditado todas las asignaturas o adeudar la tesina final)^(3, 4, 5, 18); pero como han completado la cursada de la carrera, dejan de asistir semanalmente a la institución y van perdiendo la referencia grupal e incluso el lazo institucional que los contenía. Al no haber contado, la carrera hasta el presente, con un área de seguimiento y acompañamiento a los ex alumnos, estos devienen invisibilizados institucionalmente⁽¹⁾. Ese "no lugar" favorece que los mismos vayan progresivamente desvinculándose, no accediendo a la graduación de especialistas en psiquiatría, ni, junto con los "graduados desligados", a la afiliación simbó-

lica institucional^(6, 10). Tampoco a la posibilidad de enriquecimiento mutuo que se desarrolla a partir del intercambio entre colegas^(16, 17). Esto representa una clara pérdida de recursos humanos al desligarse de la institución formadora, con el consecuente derroche de alternativas de educación continua e inserción institucional^(16, 17).

Una vez objetivado el problema y analizada la situación, nos propusimos instrumentar estrategias de resolución^(1, 7, 12, 14, 15). En una reunión conjunta de miembros de la Comisión Directiva y el Instituto de Postgrado de APSA se planteó construir un espacio de ex alumnos que intentara dar cuenta de esta problemática, aunándose con un anhelo ya presente en algunos egresados, quienes habían presentado propuestas para la creación del área. En forma similar a lo desarrollado por otras instituciones educativas, había surgido la idea de crear un ámbito que albergue a los colegas ex alumnos, tanto a quienes alcanzaron la graduación como a quienes egresaron pero aún no la lograron; que estuviese inserto en la institución y fuese como un puente de reencuentro y de producción disciplinar grupal, con posibilidades de autogestionarse. En consecuencia, la búsqueda del espacio ex alumnos está orientada a ser un ámbito convocante, con gran representatividad y participación.

Metodología

A modo de acto inaugural organizamos un taller en el XXIX Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA, Mar del Plata 2014, al que llamamos "**REENCONTRANDONOS: Convocatoria a ex alumnos del Instituto Superior de Postgrado de APSA**", destinado a todos los ex alumnos hayan obtenido o no el título de especialista en psiquiatría. Realizamos una amplia convocatoria y en esta actividad se puso en consideración de los presentes, la voluntad de creación del "**Espacio de ex alumnos de APSA**".

Los **objetivos** del taller expresados en la invitación fueron:

- Convocar a los ex alumnos de todas las promociones de las carreras de especialistas en psiquiatría del Instituto superior del postgrado de APSA a retomar sus lazos institucionales.
- Impulsar la participación activa de los ex alumnos en la vida institucional.
- Conocer las necesidades y expectativas de los ex alumnos respecto del nuevo espacio institucional.
- Reflexionar sobre los avatares que motivaron el distanciamiento de los ex alumnos de la institución.
- Estimular los sentimientos de pertenencia, afiliación simbólica e inclusión institucional de los ex alumnos.

Concurrieron al taller 67 participantes a los que una vez explicados los objetivos, se les propuso reunirse aleatoriamente en cinco grupos. Cada grupo designó un representante quien debía transmitir lo trabajado y debatido en cada pequeño grupo a todos los asistentes al taller.

Se formularon tres preguntas disparadoras con la consigna de ser trabajadas en cada pequeño grupo:

1. **¿Por qué motivos cree que muchos ex alumnos se alejan de la institución?**
2. **¿Qué espera de la institución?**
3. **¿Qué espera del “Espacio de ex alumnos”?**

Luego de la exposición del representante de cada grupo, se realizó una puesta en común con todo el grupo de asistentes, poniendo en diálogo e intercambiando opiniones con las propuestas de los coordinadores del taller: Dra. E. Allegue, Dr. H. Carroll y Dr. J. Tenconi. De esa primera aproximación resultaron proyectos posibles de ser desarrollados en el nuevo espacio institucional.

Las notas tomadas por la secretaria del taller, Dra. M. Grance, lograron documentar la opinión expresada por los asistentes. La información recolectada será transmitida en el apartado *Resultados obtenidos*. La misma permitió realizar un nuevo intercambio y análisis exhaustivo, ya que acordamos poner una vez más en consideración con todos los ex alumnos que se sumaran a la convocatoria de una primera reunión a realizarse el 6 de junio del corriente año, en la sede de APSA.

Durante el taller también se realizó una encuesta anónima a los ex alumnos a los fines de una investigación educativa.

En síntesis: la metodología implementada en el taller y en la reunión inaugural en la sede tuvo tres momentos secuenciados:

- 1) El trabajo de recolección y análisis de las respuestas a las preguntas disparadoras obtenidas durante el taller del congreso.

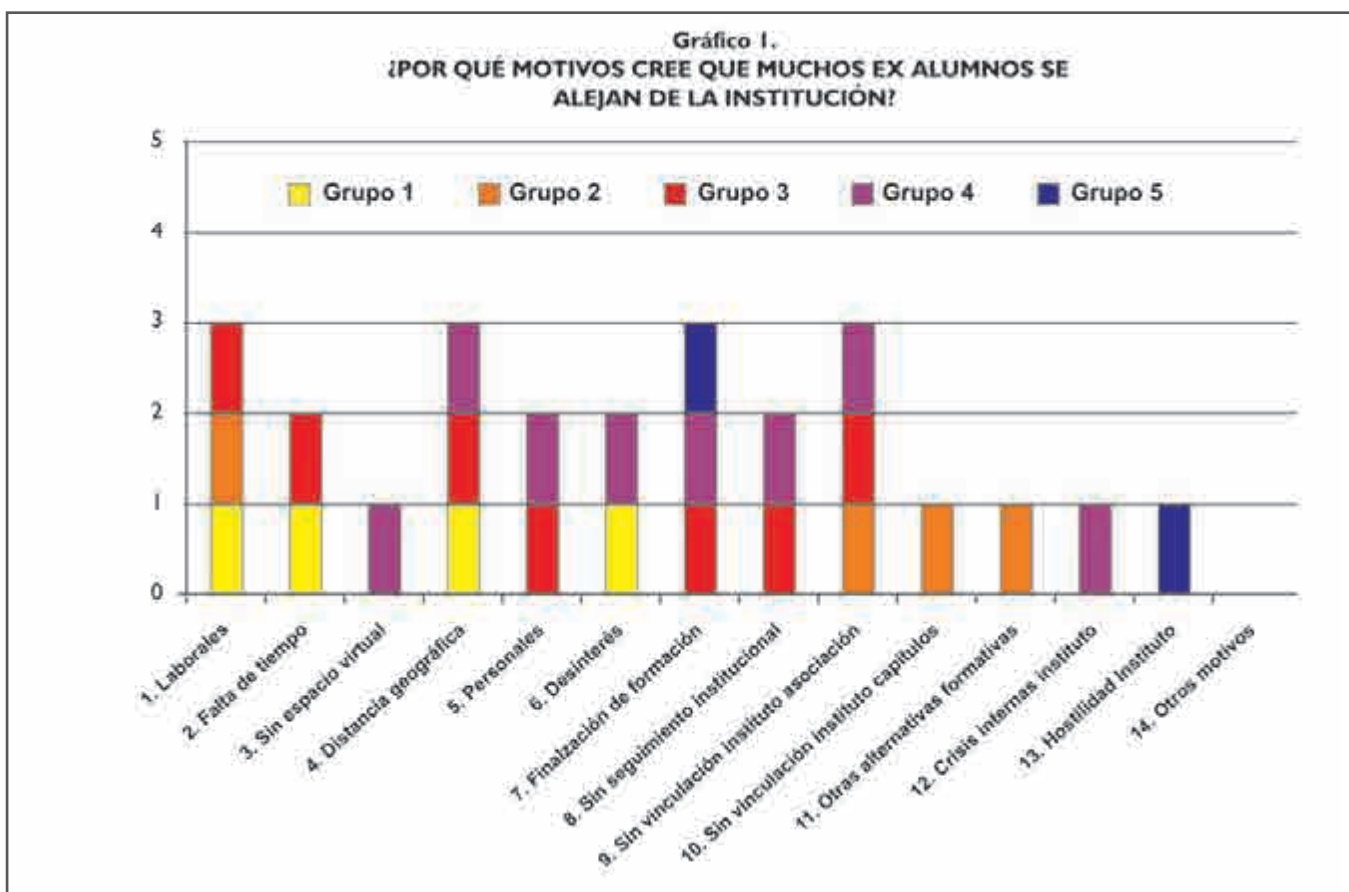
- 2) El trabajo de re análisis de las mismas respuestas a las preguntas disparadoras basado en las notas textuales tomadas durante dicho taller (se exponen en Resultados obtenidos).
- 3) El trabajo de re elaboración de las mismas durante el siguiente encuentro con los ex alumnos presentes el 6 de junio 2014, donde además se consensuó un cronograma de trabajo para el corriente año.

Resultados obtenidos

Con respecto a la **primera pregunta: ¿Por qué motivos cree que muchos ex alumnos se alejan de la institución?**

Las respuestas más frecuentes fueron motivos laborales: exceso de horas de trabajo y consecutiva falta de tiempo para dedicar a otras actividades; por distancia geográfica, por finalización de la cursada durante la formación en la carrera de especialista; por falta de vinculación entre la institución y el instituto de formación y debido a crisis internas sufridas en la institución que motivaron el alejamiento (**ver gráfico 1**).

Del análisis del gráfico 1 se desprende mucha mayor información, mostrando la preminencia de otras dimensiones. Es interesante advertir que en algunas de ellas, la institución puede instrumentar nuevos caminos que acerquen a los ex alumnos. Por ejemplo, la implementación de un espacio virtual y la organización de una biblioteca online de tesinas, que están en vías de gestarse. En cambio, la problemática explicitada en la dimensión “desvinculación por finalización de la cursada de la carrera de especialistas”, ya está siendo abordada a través desde nuevo espacio mediante un plan de seguimiento y ase-



soramiento a los ex alumnos no graduados^(1, 7, 12, 14, 15).

Un desafío significativo sería también asumir como tarea del espacio, el generar motivación en aquellos ex alumnos que se alejaron por desinterés.

La **segunda pregunta: ¿Qué espera de la institución?** Arrojó los siguientes resultados (**ver gráfico 2**). Que sea un lugar que nos represente lideró las respuestas de los grupos, incluyendo la representatividad como respaldo profesional y asesoría legal.

Tal como se desprende del análisis del gráfico 2, se destacan otras dimensiones como la propuesta de mejorar la comunicación administrativa en el Instituto de postgrado de APSA, lograr más fechas para rendir exámenes y defender tesis, generar un “voucher” (vale) de exámenes para prorrrear el costo económico de los mismos. Estas dimensiones aún están pendientes de ser implementadas. En cambio, la solicitud de crear ámbitos de supervisión grupales, tanto de temas clínicos y terapéuticos como médico – legales, ya están funcionando, contando, por ejemplo, con el aporte del Dr. Esteban Toro Martínez, médico especialista en psiquiatría y legista del Cuerpo Médico Forense, docente de nuestra carrera, como supervisor y asesor en estas temáticas. También serán implementados otros espacios formativos, acorde a necesidades y propuestas, además de fortalecer la difusión de los cursos de actualización ya existentes y las actividades desarrolladas por los capítulos de subespecialidades de APSA.

Se pueden observar otras dimensiones, como la expectativa de que la institución brinde asesoría legal, que fomente la inclusión como ayudantes de cátedra y facilite la incorporación en capítulos de APSA.

La **tercera pregunta ¿Qué espera del “Espacio de ex alumnos”?** mostró las siguientes respuestas (**ver gráfico 3**).

Las dimensiones más frecuentes fueron las que lo proponen como un espacio que nos represente, que estimule la pertenencia institucional y la comunicación e intercambio virtual, a través del armado de un facebook, foros, etc. La propuesta de incrementar actividades académicas ya está en curso, por ejemplo, a través de la lectura pública de una selección de las mejores tesis finales de la carrera y la posibilidad de su posterior publicación en la revista Sinopsis; así como también de la planificación de grupos de lectura sobre temáticas de la especialidad. Desde la coordinación surgió también el proyecto de que los ex alumnos puedan “apadrinar” con un sistema de tutorías a los estudiantes de la carrera de especialistas de los tres años y también a los ex alumnos no graduados.

Otras dimensiones propuestas se vinculan con variables de convocatoria y participación social, así como también la iniciativa de sistematizar encuentros anuales intracongreso de APSA y difundir una bolsa de trabajo del espacio. Desde la coordinación del taller se propuso además celebrar con una reunión anual los egresos de las promociones de ex alumnos por lustros -y sus múltiplos-.

Una de las dimensiones que promovió mayor interés fue la de supervisión de casos clínicos. Para tal finalidad se propuso realizar supervisiones grupales clínico -terapéuticas, sobre casos clínicos aportados por los colegas. Se planteó con énfasis que las mismas tengan una clara impronta de paridad entre los asistentes, promoviendo un debate del caso en simetría, no auspiciando el formato clásico, donde sólo el supervisor queda ubicado en el rol de quien porta el saber.

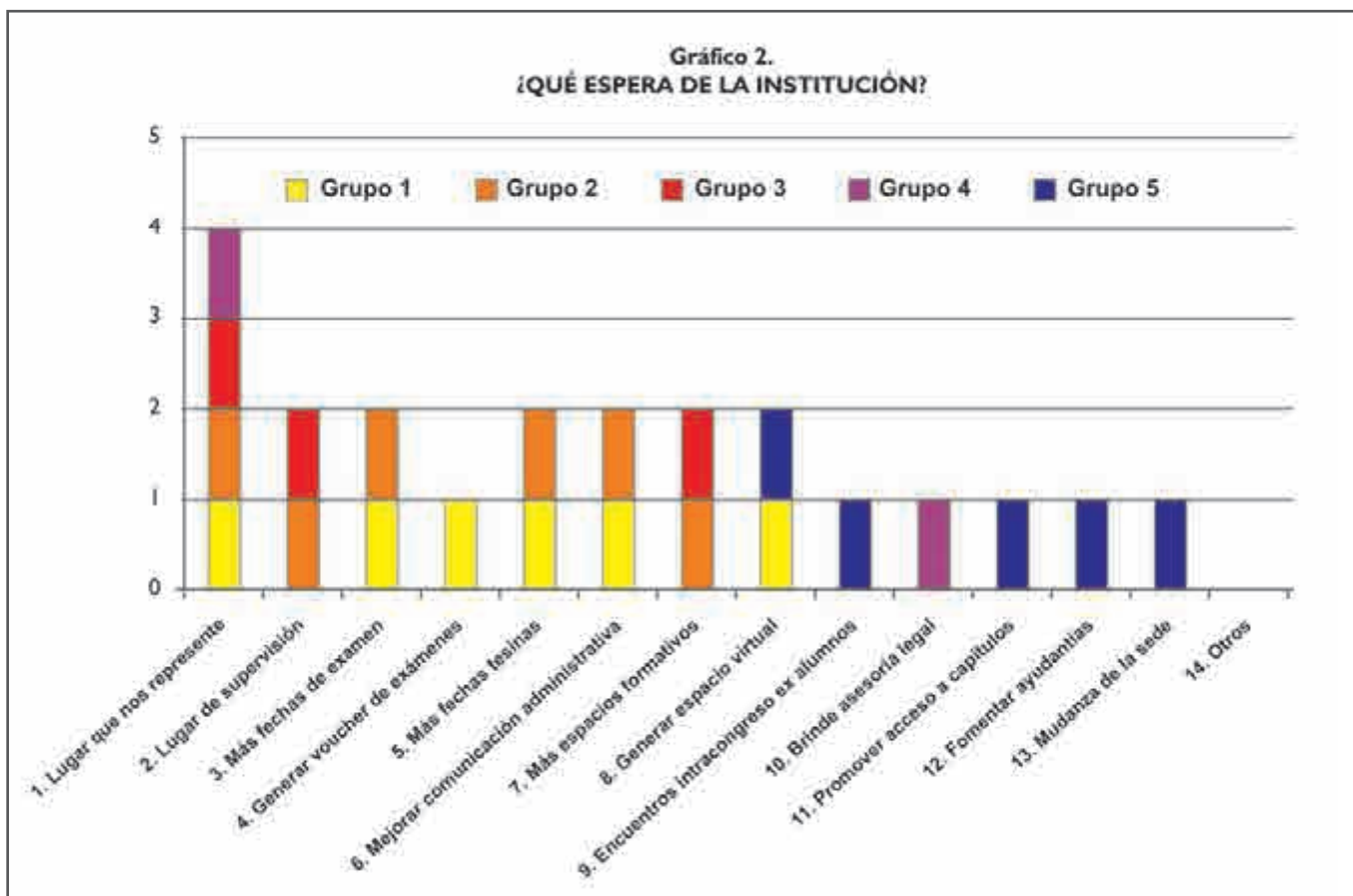
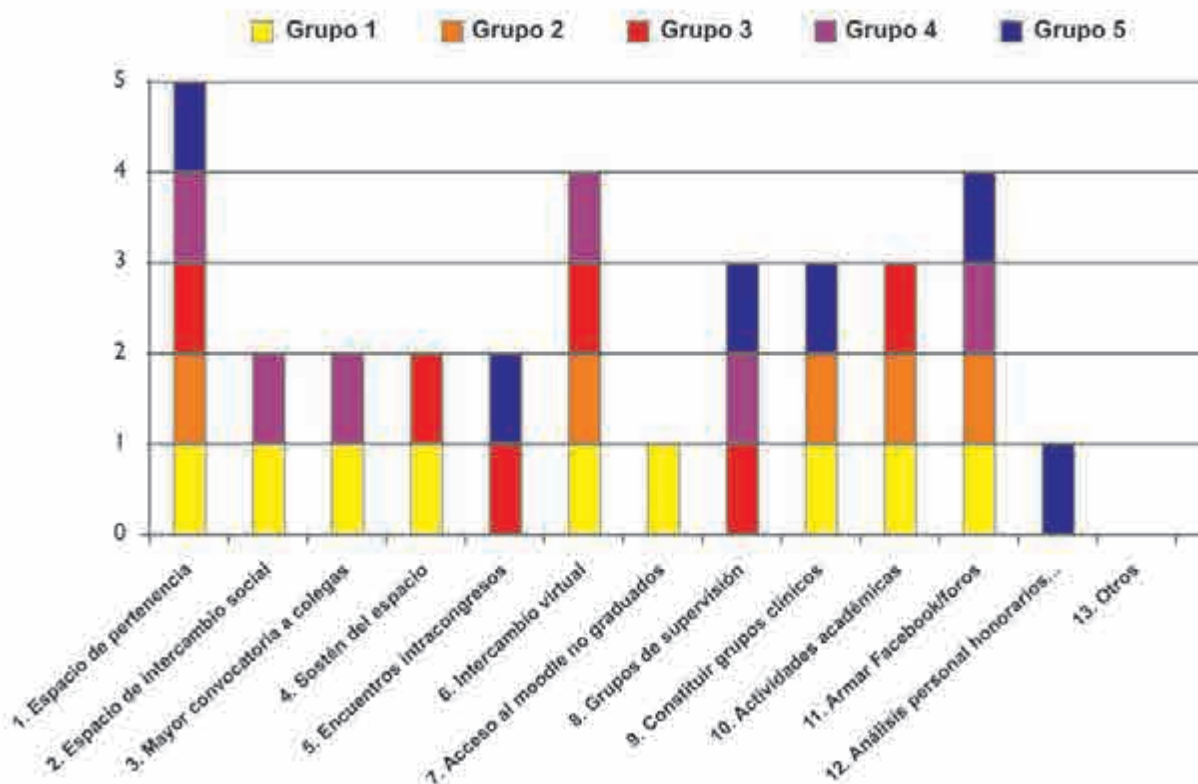


Gráfico 3.
¿QUÉ ESPERA DEL ESPACIO DE EX ALUMNOS?



En la reunión inaugural ya mencionada del 6 de junio se eligió por unanimidad a la Dra. Ester Allegue como coordinadora del Espacio de Ex Alumnos, quien fue propuesta por el Dr. Hugo Carroll. En una reunión posterior la Dra. Allegue propuso un equipo de coordinación del espacio, postulando al Dr. Carroll en el rol de coordinador del Área Académica, al Dr. Jorge Testini coordinador del Área de Supervisión Clínico - Terapéutica y a los Dres. David Achaval, Valeria Giocondo y Mariela Romero Egúez coordinadores del Área de Comunicación Social, quienes también fueron elegidos por unanimidad. En dicho encuentro también se llevó a cabo la lectura pública de la primera tesina, a cargo de la Dra. Carolina Pérez Bessi, *“Abordajes farmacoterapéuticos en el tratamiento del paciente con trastorno límite de la personalidad. Una revisión de la evidencia disponible”*, trabajo calificado con diez puntos, cuyo tutor fue el Dr. Rubén Barenbaum, ex alumno de nuestra carrera.

El grupo consensuó que se realizaran encuentros mensuales del Espacio de ex alumnos, los primeros viernes de cada mes a las 19:30 hs. en la sede de APSA, donde se desarrollarían diferentes actividades.

El balance del taller y de los encuentros grupales es ampliamente positivo.

Conclusiones. Reflexiones al cierre

En la génesis del espacio de ex alumnos estuvieron presentes los diferentes actores institucionales. Asistimos a la orquestación de la representatividad y del conocimiento en sus di-

ferentes voces y tonalidades, un espíritu coral que en diferentes registros, cada uno de ellos inconfundible, es capaz de proponer una problemática común y de modo conjunto sus alternativas de resolución⁽⁹⁾. Desde esta perspectiva es interesante citar a Graciela Frigerio y Margarita Poggi⁽⁶⁾ quienes desarrollan el concepto “racionalidades parciales” aludiendo a este espíritu plural, sinfónico institucional, donde todas las voces están representadas.

La noción de “acontecimiento” elaborada por Badiou en 1988⁽²⁾, alude a aquellas circunstancias o hechos que emergen de un vacío, desde el trasfondo invisibilizado de una situación y que se revela de modo singular, manifestando un carácter netamente local. Cabe destacar que ese singular es de una “singularidad universal”. Un hecho que, aunque esté anclado en una historia particular, implica algo auténtico y significativo para todos. Le imprime un particular sentido el modo en el que surge: siempre como una construcción intersubjetiva, proyectándose como un camino potencialmente abierto a todos⁽²⁾.

Relacionamos el concepto de acontecimiento con la experiencia fundacional del Espacio de Ex Alumnos, enfocando el mismo desde la perspectiva exclusivamente sociológica institucional. Pensamos que este acontecimiento institucional puede ser comprendido desde algunas de las facetas del constructo “analizador”^(11; 13), concepto básico del Análisis Institucional desarrollado por Lapassade y otros autores, particularmente de aquella que alude a permitir develar una dimensión oculta, no percibida institucionalmente, la que deviene invisibilizada.

En este caso se trataría de un “análizador construido”⁽¹¹⁾, entendiendo por tales a diversos dispositivos de intervención que tienden a poner de manifiesto, durante su operación, dimensiones y elementos que potencialmente pueden producir nuevas significaciones sobre la institución, generando transformación en la misma.

Un gran número de ex alumnos esperaban tener voz, a partir de un espacio específico, donde poder expresar sus interrogantes, demandas y desarrollar múltiples intereses disciplinares. Creemos que la creación de este espacio da lugar a dichas

demandas mudas, que hasta el momento carecían de lugar institucional propio para ser desarrolladas, o bien se expresaban erráticamente de modo informal y asistemático.

Decía Hegel “*Ser es ser percibido*”...

El Espacio de Ex Alumnos estamos co-construyéndolo grupalmente, necesitamos del aporte de todos los ex alumnos para que siga creciendo y encontrando nuevos caminos y propuestas. Convocamos a todos a sumarse a participar y proponer proyectos e ideas de intervención en diferentes áreas y temáticas.

Bibliografía

1. Allegue, E., Carroll, H. Acreditaciones Demoradas: Proyecto de Intervención en una Cátedra de Clínica Psiquiátrica: PiACLIP. Revista Vertex 2013; vol XXIV. N 109 Mayo – Junio 2013
2. Badiou, A. El ser y el acontecimiento. Editorial Manantial. Buenos Aires. 1ra. Ed. 2003
3. Carlino, P. ¿Por qué no se completan las tesis en los postgrados? Obstáculos percibidos por maestrandos en curso y magistri exitosos. Educere [en línea] 2005; 9 (julio-septiembre) Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35603020>
4. Carlino, P. La experiencia de escribir una tesis: contextos que la vuelven más difícil. Congreso Internacional Cátedra UNESCO Lectura y Escritura. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso; 2003 5-9 Mayo; Valparaíso, Chile.
5. Conde, SD. Problemas para terminar una tesis de posgrado. Revista Borromeo N° 4 2013.
6. Coulon, A. Etnometodología y Educación. Editorial Paidós Ibérica, 1995.
7. Fernández, L. Crisis y dramática del cambio. Avances de investigación sobre proyectos de innovación educativa. Pensando las instituciones. Sobre teorías y prácticas en educación. Buenos Aires: Paidós; 1998.
8. Frigerio, G., Poggi, M., Tiramonti, G. y Aguerro, I. Las instituciones educativas. Cara y ceca. Buenos Aires: Troquel. 1992
9. Kovadloff, S. (2009). El presente, una disertación filosófica. Conferencia 10/6/09. Acto Académico de otorgamiento “Dr. Honoris Causae”. UCES.
10. Landesmann, M, Hickman, H, Parra, G. Afiliación disciplinar y espacios institucionales durante procesos formativos. Revista Núcleo de Estudios e Investigación en Educación Superior del Mercosur. Número 2; 2013.
11. Manero, R. Introducción a los conceptos básicos del análisis institucional, Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura, 5, Abril, pp. 6-20. 2013
12. Marquina, M. Guía para la elaboración de proyectos de intervención universitaria. Universidad Nacional de Tres de Febrero. Curso IGLU para cuadros superiores. Cono Sur; 2006.
13. Marzouk, K. El Ouriach. Acontecimiento. Universidad de Fel. (Marruecos). Revista Communications, vol. XVIII, Francia. (Número especial sobre “acontecimiento”, sin fecha)
14. Morin, E. La mente bien ordenada. México, Siglo XXI, 2008.
15. Pérez Centeno, C. Proyecto de Mejoramiento de la graduación en el nivel de posgrado de la Universidad Nacional de Tres de Febrero. Programa de Especialización en Gestión Universitaria. Instituto de Gestión y Liderazgo Universitario, Organización Universitaria Interamericana; 2006.
16. Stagnaro, J. C. La formación actual de especialistas en psiquiatría: un desafío epistemológico. Revista Vertex, vol XXIV. N 109; Mayo – Junio 2013.
17. Stagnaro, J. C. La crisis paradigmática de la psiquiatría. Trabajo leído en las jornadas del Colegio Médico de Córdoba; 1996.
18. Tarango Ortiz, J. Problemática en la producción de tesis de licenciatura y posgrado desde la perspectiva de forma-fondo: caso Universidad Autónoma de Chihuahua (México). Revista Argentina de Humanidades y Ciencias Sociales 2009; VII (2), ISSN 1669-1555.
19. Unzué, M. Democracia universitaria: El rol del claustro de graduados. Universidad de San Luis; 2003.

Editorial Espacio Ex Alumnos

Publicación de Tesinas Finales de Carrera. Versión Sinóptica

Dra. Ester Ofelia Allegue
Dr. R. Hugo Carroll

A partir del próximo número de la revista **Sinopsis el Espacio de Ex Alumnos de APSA** inaugurará la sección **“Publicación de Tesinas Finales de Carrera. Versión Sinóptica”**. Con esta idea proponemos compartir con los socios de APSA, las producciones escritas más destacadas, requisito de graduación, que les permitieron a los colegas acceder al título de especialistas en Psiquiatría.

Nuestra intención es lograr que, en cada fascículo de la revista *Sinopsis*, tengamos el agrado de dar a conocer a los lectores las versiones sintéticas de las tesinas que representan un esfuerzo de reelaboración, gestándose un nuevo trabajo que facilita su divulgación. Este último aspecto de divulgación, constituye un logro del Espacio de Ex Alumnos en dos planos; por un lado la lectura pública e intercambio con los colegas presentes en este Espacio y, por el otro, posibilitando su versión escrita para ser publicada en nuestra revista.

Sin duda estos eventos representan, para quienes no lo han hecho previamente, el ingreso protagónico a la comunidad académica. Al mismo tiempo anhelamos que estimule la producción activa de los ex alumnos, siendo nuestra revista institucional, a la que le estamos agradecidos, la que nos habilita esta puerta de entrada a la sociedad del conocimiento. Este contexto favorecedor propicia un “entrenamiento” para las competencias en la palabra oral y escrita.

Los criterios de selección de las tesinas finales de carrera son múltiples: búsqueda bibliográfica exhaustiva, presentación metodológica pertinente, originalidad temática, adecuada articulación teórico clínica y/o, el especial interés de los ex alumnos en la problemática planteada.

Nuestra experiencia docente nos indica que dichas producciones estimulan la educación continua y la pertenencia institucional.

Convocamos a nuestros ex alumnos a participar de este espacio que es de todos los ex alumnos.

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.