

**Des-encuentros entre el psicoanálisis y la Salud Mental.
Hacia un abordaje clínico comunitario**

Disagreements between psychoanalysis and Mental Health.
Towards a community clinical approach

*Desaparecimentos entre a psicoanálisis e a saúde mental.
Para uma abordagem clínica comunitária*

- Artículo de Reflexión -

Carlos Alexis Cabrera Kahuazango¹
Rony Esteban Ruiz Benavides²
Universidad de Nariño

Recibido: 26 de febrero de 2025
Aceptado: 15 de abril de 2025

Resumen

El presente estudio tiene el objetivo de crear algunas reflexiones en torno a las prácticas en Salud Mental de la modernidad y del pasado. Argumentando la siguiente hipótesis en primera instancia: el psicoanálisis suele apartarse de la concepción clasificatoria/ psicopatológica del síntoma que los principales diagnósticos y enfoques psiquiátricos de la Salud Mental orientan, pues como lo evidencia la historia, estos se han centrado en ver al paciente como alguien “disfuncional”. Posteriormente, se hace la reflexión acerca de: ¿cuáles serían los caminos realizables para que el psicoanálisis tome un lugar dentro del discurso institucionalizado de Salud Mental?, entre esos derroteros se encuentra el eje comunitario, que al igual que el psicoanálisis considera al sujeto “sano” como alguien conectado a un lazo social-colectivo.

¹ calexis030895@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-1104-6464>

² ronnyesteban1891@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-3367-3385>

Palabras clave: psicoanálisis, salud mental, patología, sano, comunitario

Abstract

The aim of this study is to create some reflections on modern and passed Mental Health practices. In first instance and arguing the following hypothesis: Psychoanalysis tends to depart from the classificatory/psychopathological diagnoses and approaches conceptions of the symptom that the main psychiatric of Mental Health orient. As is evident in history, these studies have focused on seeing the patient as someone "dysfunctional". Subsequently, the reflection is made on: what would be the achievable ways for psychoanalysis to take a place within the institutionalized discourse of Mental Health? Among these paths is the community axis, which, just like psychoanalysis, considers the "healthy" subject as someone connected to a social-collective bond.

Keywords: psychoanalysis, mental health, pathology, healthy, community

Resumo

Este estudo visa gerar algumas reflexões sobre as práticas de Saúde Mental na modernidade e no passado. Argumenta-se, em primeiro lugar, a seguinte hipótese: a psicanálise tende a se distanciar da concepção classificatória/psicopatológica de sintomas que norteia os principais diagnósticos e abordagens psiquiátricas da Saúde Mental, uma vez que, como evidenciado pela história, estes têm se centrado na visão do paciente como "disfuncional". Em seguida, propõe-se a seguinte reflexão: quais seriam os caminhos viáveis para que a psicanálise se instale no discurso institucionalizado da Saúde Mental? Entre esses caminhos, encontra-se o eixo comunitário, que, assim como a psicanálise, considera o sujeito "sadio" como alguém conectado a um vínculo sociocoletivo.

Palavras-chave: psicanálise, saúde mental, patologia, saudável, comunidade

Introducción

En 1930, Freud conmemoraba “El décimo aniversario del Instituto Psicoanalítico de Berlín” anunciando que una de las tres funciones del campo psicoanalítico era: la de poner la terapia al alcance de aquellas grandes masas de seres humanos que sufren bajo su neurosis en igual medida que los ricos, pero que no están en la situación de poder pagar su tratamiento. En este plano, se percibe a un Freud solidario, para nada elitista, interesado por implementar sus descubrimientos en personas de bajos recursos económicos, lo que desmiente el prejuicio sobre el psicoanálisis cuando se lo cataloga erróneamente como “burgués y elitista”. En otra obra, “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” podemos ver la opinión del padre del psicoanálisis con respecto a la intervención que debería hacer el Estado con los “enfermos mentales” o neuróticos tratables, mostrando que el impacto de las amenazas anímicas es igual al de las enfermedades orgánicas:

Ahora supongamos que una organización cualquiera nos permitiese multiplicar nuestro número hasta el punto de poder tratar grandes masas de hombres. Por otro lado, puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica. Puede pasar mucho tiempo antes de que el estado sienta como obligatorios estos deberes (Freud, 1919, pp.162).

Por otra parte, para Lacan el analista siempre fracasa, ese es su propósito, fracasa en la acepción: “que nunca cierre totalmente su enseñanza, como debe hacerse en análisis también, que siempre haya apertura en lugar de clausura” (Torres, 2008, pp.27).

Desde este eje, en un psicoanálisis puro se trata de nunca llegar a una verdad total, ni siquiera en una sesión; en cambio, en un psicoanálisis aplicado en una Institución el paciente puede finalizar tratamiento cuando una revelación de su verdad inconsciente lo ha logrado aliviar. Reconocer este aspecto ideológico que instrumentaliza los modelos de Salud Mental y sus agentes apuntaría a formular prácticas y sistemas más responsables y éticos; no necesariamente dándose la razón mutua, mucho menos revolviendo o empleando mezcolanzas teóricas, pero sí haciendo que cohabiten de manera multidisciplinaria sin dismantelar las diferencias que cada una tiene, las unas de las otras, como epistemes y ramas explicativas y etiológicas de las “patologías mentales”.

Por otra parte, este estudio se centra en crear algunas reflexiones en torno a las prácticas en Salud Mental de la modernidad y del pasado. Argumentando la siguiente hipótesis en primera instancia: el psicoanálisis suele apartarse de la concepción clasificatoria/ psicopatológica del malestar, los padecimientos y síntomas que los principales diagnósticos y enfoques psiquiátricos de la Salud Mental orientan, pues como lo evidencia la historia, estos se han propuesto ver al paciente como alguien “disfuncional”. En el transcurso se irán poniendo ideas de pensadores como: Emiliano Galende, Alicia Stolkiner, Sigmund Freud, Michel Foucault y Néstor Braunstein, quienes aportan a la tesis fundamental del desencuentro entre psicoanálisis y el discurso de la Salud Mental.

1. El psicoanálisis en medio de la hegemonía en Salud Mental

Es de conocimiento que todos los tratamientos actuales están implementados bajo el marco conceptual de Salud Mental, estableciéndose como modelos totalizantes, es decir, todavía no se distinguen como enfoques o tratamientos parciales. Esta postura un tanto radical de la psiquiatría institucional ha impedido dialogar y beneficiarse de otras concepciones, entre ellas las disciplinas sociales-comunitarias, generando la apertura de polémicas y la lucha por hegemonías (Galende, 1990). De manera complementaria, algunos psicoanalistas han caído en

el mismo error de entronizar al psicoanálisis en una función de reemplazo de la monopolización psiquiátrica, cuando en verdad lo más significativo para el analista es el calibre de sus interpretaciones y comprensiones de los síntomas que se provocan en los sujetos actores de la Salud Mental. Así pues: “la respuesta médico-psiquiátrica al malestar cultural y social no puede suplirse con una respuesta psicoanalítica, igualmente reductora e ilusoria” (Galende, 1990, pp.17).

Podemos ver que el psicoanálisis no tiene la respuesta absoluta para mitigar el malestar humano, de ser así refutaría su esencia cuestionadora y subversiva que desempeñaron siempre los postulados de Freud y Lacan. De hecho, la fuerza fundamental y lateralidad del psicoanálisis proviene de su carácter marginal, pues si algún día el psicoanálisis se instalara como el campo principal de las teorías psi, probablemente perdería la capacidad de responder a los cuestionamientos que se le hacen con tan apreciable furor. Paralelamente, se esfumaría su rasgo nodal que la posiciona como una episteme crítica y problematizadora de los diversos contextos culturales y malestares de la época. Corresponde mencionar que en países donde prevalece la formación psicoanalítica, tales como: Francia y Argentina se vislumbra esta preocupante situación, pues, aunque exista un gran avance académico del psicoanálisis y en sus exponentes, todavía hay latente un riesgo de transformarse en una práctica dogmática y sectaria, (si es que ya no lo es) ampliamente abarcativa y totalizadora.

Ello muestra que ni el psicoanálisis tiene la razón “iluminada”, ni tampoco la psiquiatría con su modelo de solución tecnocrático a la vanguardia neuropsicológica y médica. Entonces, se trata de articular la visión controvertida de que, los paradigmas y sus técnicas, sin excepción, se encuentran implícitamente inmersos en una “ideología del saber”; que a su vez se impone como práctica completa y no complementaria. Por lo mismo, la práctica del psicoanálisis dentro de la Salud Mental no se adhiere a contemplarse como la única verdad, sino como la verdad del inconsciente, en tanto el síntoma es desconocido como saber para el propio paciente.

2. Humanización y Medicalización

En la modernidad la corriente de política para el bienestar humano tiende a que la salud sea la que predomine por encima de la enfermedad; al no medicalizar los conflictos mentales la salud toma la delantera y lidera los procesos al interior de hospitales y centros médicos, se propone una alianza clave entre comunidad y hospital en pro a objetivos terapéuticos más alcanzables. Como consecuencia, la medicalización y psicopatologización del síntoma pasa de ser la única solución definitiva a ocupar un lugar de tratamiento parcial y evaluado, cediendo el énfasis a las intervenciones clínico comunitarias y a los vínculos resultantes de esta dualidad Salud-Comunidad. Desde Salud Mental, en la coherentización de una política para el bienestar humano (físico, psíquico y social), se tiende a reforzar las posiciones de los enfoques sociales de la medicina. Esto produce una alianza estratégica de Salud Mental con la medicina social, basada en una identidad de objetivos, y sin medicalizar los problemas mentales considerándolos como enfermedades. El énfasis puesto en la salud antes que en la enfermedad permite la realización de acciones conjuntas en la comunidad (Galende, 1990, pp.17).

El mundo moderno occidental construyó la categoría de derechos humanos con algunas “excepciones”, desde el punto de la Salud Mental los “locos” fueron privados de la razón necesaria para el ejercicio de la libertad, con ellos las mujeres, niños y pueblos colonizados (Stolkiner, 2021). Una idea que circula es que la Salud es contemplada como acto vital en la era del biopoder, neobiologismo y medicalización de la vida; al hablar de medicalización no solo se refiere a recetar psicofármacos para manejar las crisis y delirios patológicos del “Enfermo Mental” sino de todo un compendio ideológico contra el “loco” que se extrapola al discurso y la vida diaria de la sociedad. De hecho, el concepto de humanización en las Instituciones es un modelo que se implementa actualmente en casi todos los países; en la normatividad burocrática: observar la faceta humana antes que centralizar el diagnóstico en los síntomas que afligen al paciente se convierte en un requisito ético

indispensable que el médico debe cumplir en su campo. Tratar al interno más allá de su categoría de “enfermo”, conceder una validez a su palabra aparentemente se ha convertido en la premisa hospitalaria.

Dicha humanización compuesta de amabilidad, cordialidad, disposición y atención servicial en los procesos cotidianos del trabajador/agente de la salud en su interacción con sus pacientes, son los valores que las Instituciones convertidas en Empresas de la Salud enuncian como primer punto en la relación médico/paciente. No obstante, Galende (1990) menciona una curiosa paradoja, si bien la psiquiatría biológica hace medio siglo parece que se encuentra retirándose en el adelanto de Políticas de Salud Mental, existe “un retorno de su ideología positivista por vía de los psicofármacos”, esto hace que el descubrimiento “exitoso” de fármacos como la clorpromacina operen de panacea en malestares diferenciales como la depresión y psicosis. Por tanto, se receta la misma sustancia química para manejar toda variedad de “déficits mentales”, sin seguimiento alguno, o argumentando: “aumentaremos la dosis”, “el proceso solo sirve si la toma diariamente, si deja de hacerlo es contraproducente”, aseveraciones altamente ideologizadas por una cultura de la medicalización.

En efecto, se crea el olvido intencional para ya no realizar una exhaustiva valoración patológica del caso por caso. Después de que Laborit con su hallazgo de la clorpromacina, del tratamiento de los estados afectivos de algunas psicosis y depresiones, se ha “descubierto” que era replicable la aplicación de drogas a los estados afectivos de las personas, prescindiendo de su valoración patológica. Un artilugio más se añadió a la vida en la actual sociedad desarrollada. Millones de personas atenúan sus ansiedades, provocan su sueño, alejan sus angustias, consumiendo distintos psicofármacos (Galende, 1990).

Lo anterior es una contradicción que escapa de las manos de la psiquiatría tradicional y moderna, pues la pregunta sería: ¿no es preciso que al igual que en la detallada clasificación diferencial que subsiste en los manuales de diagnóstico

psiquiátrico, es deber que también suceda la misma rigurosidad en la implementación de la farmacología como ciencia positivista que combate dichas psicopatologías? Sin ánimo de incitar a la creación de más productos mercantiles psicofarmacológicos, pero sí con una interpelativa hacia las industrias que los procesan y los agentes que los prescriben; el interrogante quiere develar una contradicción per se, ya que mientras más se crean clasificaciones en categorías y subcategorías de las “enfermedades mentales” menos son los medicamentos particulares encaminados a tratar cada enfermedad, una por una. Un buen ejemplo de lo anterior es la Risperidona. Generalmente, es un antipsicótico que no solo se emplea en pacientes con Esquizofrenia también se receta a personas con Manías, Depresión, o TOC, resaltando un carácter patológico subyacente a las intenciones del mercado psicofarmacéutico de la enfermedad.

Es decir, lo importante es ofrecer el producto para la venta como respuesta a los diversos problemas, sin separarlos ni segregarlos, homogenizando el sufrimiento y supuesta “a-normalidad”. Como resultado, el fármaco se localiza en un estatuto de marca efectiva que actúa de forma ligera en la estabilización del paciente, estos “beneficios” recrean una dudosa victoria publicitaria en comparación a los otros métodos de tratamiento, tácitamente se promueve el pensamiento de que el medicamento es el objeto supremo irremplazable, y se ocultan los efectos secundarios que toda “pastilla” siempre trae consigo. De este modo, la consigna psicoanalítica de la palabra por encima de los signos observables es velada y desviada de los escenarios de aplicación psiquiátrica, pues, aunque cueste admitir a veces ser escuchado y validado de manera auténtica es más sano y efectivo que ingerir un tóxico antidepresivo, así la transferencia se teje entre dos sujetos y no entre un sujeto y un fármaco.

No es tema de nosotros desmentir su utilización como herramienta de estabilización del malestar o mejora parcial de algunos síntomas; ya que es verdad que funciona en ciertos casos, la cuestión aquí es revelar una sobreutilización detrás de las formulaciones psiquiátricas que gravitan sobre todo en Instituciones debido a una

ideología medicalizada predominante y planteada radicalmente como: “solución necesaria e infaltable” constituyendo un fetiche del psicofármaco. Por ende, el desenlace es la formulación de medicamentos a toda hora, todo momento, todo punto del tratamiento, toda patología, todo síntoma; una respuesta determinada solo de acuerdo al criterio y autoritarismo de la psiquiatría.

3. Encierro asilar

Foucault en “Historia de la locura en la época clásica” (1967) evidenció que los manicomios u hospitales mentales no se configuraban como centros de tratamiento y cura culminante, así como tampoco lo eran los Hospitales que atendían enfermedades orgánicas a pesar del exhaustivo seguimiento e inspección del pronóstico clínico. Estas prácticas sociales institucionalizadas se inclinan a normalizar y regular las diferencias humanas que acaban siendo parte de una exclusión social. En principio, acontece algo similar con los llamados “enfermos mentales”, quienes, para un ojo ideal, deberían pasar el resto de sus vidas guardados a esperas del trayecto de la muerte como esperanza y única fuente de alivio. Es decir, el encierro no es tipificado como un plan indispensable que hace parte del tratamiento orientado al bienestar, sino que es un mecanismo de prevención, opera con un fin de segregación y manutención; un lugar construido a las afueras de las urbes para hacerse cargo de quienes la sociedad había olvidado, y miraba como un germen que ya no soportaba más. Después de todo, muchos psicoanalistas critican esta postura ortodoxa de la psiquiatría, donde el individuo solo es visto a partir de sus conductas “desadaptativas” y borrado en sus palabras. En este orden de ideas, el psiquiatra se basa en observar el comportamiento del paciente, su semiología consiste más en la descripción de las conductas, los gestos, las actitudes, omitiendo la palabra y la interpretación, y por consiguiente la importancia brindada por el paciente a sus propios actos. ¿Qué consecuencias ha tenido este positivismo biológico para la psiquiatría?

Esta minimización del paciente como carácter de objeto, cuyo sentido epistemológico mostró Foucault, acreditó el modelo de asistencia de la psiquiatría: Los hospitales psiquiátricos fueron así desde su origen lugares de control y aislamiento social, y los tratamientos principalmente correccionales y disciplinarios (Galende, 2012). Es de destacar que esta forma de concebir al individuo puesto en lugar de objeto natural por su calidad de enfermo representa una conceptualización de la psiquiatría clásica positivista (Galende, 1990). En contraste, a partir de finales del siglo XX, las más recientes políticas de Salud Mental fijan al objeto de su intervención como un “sujeto político-activo”. Esto enseña la penetrante transformación de lo que antes era leído como trances de salud y enfermedad.

El momento más crítico de las prácticas en Salud Mental, el cual es el pasaje del dominio casi exclusivo de la disciplina médico psiquiátrica al modelo más complejo y multidisciplinario que define los cuidados de Salud Mental. Este pasaje, el cual no solo implica un cambio en el modelo de asistencia, nos obliga a interrogarnos acerca de la categoría de sujeto bajo la cual operamos (Galende, 2012, pp. 23).

Lo mencionado da cuenta de que las teorías y prácticas en Salud Mental no pueden quedar congeladas en el tiempo y necesariamente deben estar replanteándose su lugar en función de la época y cultura que las soportan. La historia nos enseña que las disciplinas psi han tenido crisis y momentos de cambio. A su vez, el diseño neoliberal tiene muchas “críticas” al manicomio, especialmente por el alto costo y la “baja eficacia” de sus locaciones; esto sucede según explica Stolkiner (2021) porque si se explota la parte sana del enfermo crónico los manicomios desaparecerían, pues si el Estado deja de controlar a los “enfermos mentales” estos caerían en manos de empresas privadas, haciendo de la salud netamente un negocio lucrativo. Hoy en día hay una disminución de los recursos destinados a manicomios, no obstante, no se trata de una desmanicomialización ni ataque contra la segregación y aislamiento de los locos, lo que se hace actualmente es justificar la marginalidad y fabricar una pugna entre divisiones de la sociedad: los integrados vs. excluidos.

En este contexto, al recortar el financiamiento con destino a los manicomios (y podría incluirse las cárceles) se evidencia que no es tan importante “la recuperación del Enfermo Mental” como se promulga en algunas políticas públicas, pues se desatiende las condiciones de su calidad de vida que injieren en su mejora.

En este sentido, impera la lógica de invertir económicamente solo en quienes sí tienen potenciales de desarrollo como estudiantes o emprendedores y abandonar fuerzas en aquellos que han caído en el inframundo, la locura y delincuencia porque definitivamente carecen de “solución o arreglo”. Se trata de recompensar acciones individualistas, la presentación de los marginados como enemigos acérrimos de los que sobreviven en el sistema, y la validación del sufrimiento social como única vía para el desarrollo. Algunos sucesos, particularmente entre los policiales, dan cuenta de esa inclinación a considerar contrarios los derechos de los marginados en comparación a los incluidos (Stolkiner, 2021). Se ve entonces que Sociedad e Institución Mental reproducen un discurso dominante de psicopatologización hacia el individuo; implementando mecanismos de biopoder en el cuerpo psíquico del sujeto.

Directa e indiscretamente se suprime la historia de cada individuo para entregarlo al servicio del amo de la salubridad; como resultado, la persona que es tratada en condición de “enfermo mental” se forcluye, en cuanto no logra percibir e inscribir otro modo de relación con el Otro por fuera de su etiqueta, queda atrapado por el significante de “enfermizo y maldispuesto”, como si algo fallara internamente y no pudiera hacerse cargo de eso. Fundamentalmente: la manera como lo define el gran Otro social es la manera en que construye su identidad, fortalece o enflaquece su autoestima. Un ejemplo de lo anterior se refleja en la película “Atrapado sin salida” (Forman, 1975) casi finalizando el film el irreverente protagonista McMurphy, atónito y perplejo se da cuenta de que sus compañeros de sala en el manicomio han tomado la decisión de estar encerrados por su propia voluntad; en su imaginario subversivo es increíble pensar que dichos sujetos han desperdiciado sus vidas y

mejores años guardados entre una infraestructura frívola, paredes de color blanco que simbolizan una atmósfera de obstrucción perenne de la subjetividad.

Esto quiere decir que los pacientes no estaban psiquiatrizados por una explícita fuerza de retención coercitiva, pues permanecían internados por aparente elección autónoma; sin embargo, esta decisión de autoconfinamiento se tomaba porque no tenían otra opción. Según ellos, vivir afuera, en medio de la civilización, era un reto tan grande que les causaba miedo y temor; para evadir esa responsabilidad y confrontación con las dificultades de la vida, optan por quedarse encadenados psíquicamente en el Hospital Mental. Lo que quiere decir que en el mundo exterior nunca encontraron aceptación, conexión, aprobación, por esa razón son considerados un “estorbo” para sus familiares y amigos.

En efecto, es muy probable encontrar casos en la realidad hospitalaria en los que el paciente se encuentra internado por su propia decisión más aún que por juicio de valoración del profesional psiquiatra; podríamos conjeturar que en estas situaciones la persona ha incorporado sutilmente calificativos de identificación peyorativa hacia su “Yo”, adjetivos que provienen del Otro y que perduran a veces para el resto de sus vidas. Podemos observar, que al sujeto se le asigna un lugar peculiar siempre y cuando el otro lo valide, el otro siempre sanciona afirmando que ese eres tú. Esa designación se da solo mediante una red de relaciones simbólicas que otorgan reconocimiento y deseo. El sujeto no puede otorgarse la identificación narcisista a sí mismo. Requiere de un reconocimiento que solo del Otro puede provenir. La representación del individuo se constituye fuera de sí, en un espacio virtual que es el de la mirada del Otro; el yo solo puede ser producido y ratificado como siendo único, individual y distinto por el Otro. El ser del sujeto está alienado de entrada en el mundo simbólico desde su nacimiento, y esta alienación se consagra en momentos cruciales de la vida (Braustein, 1980).

Además, al interno su condición de enfermo le genera una ganancia secundaria que le impide desvanecer sus resistencias a la curación, tal como anuncia Freud (1919):

“el neurótico enfermo no está dispuesto a renunciar, ya que no lo seduce la vida dura que le espera, y la condición de enfermo le significa otro título para la asistencia social” (p. 163). Más que todo, si el encierro asilar no es direccionado a lo comunitario se vuelve un promotor de la pasividad, reforzador de “inercia psicótica”, “oposicionismo extremo”, “negativismo”, “catatonía” estados no asequibles a la posibilidad de lo nuevo que es lo que afortunadamente propone el tratamiento psicoanalítico (Alomo, 2017).

Y es que el manicomio como institución tuvo el objetivo de evocar a la sociedad que existía un lugar de “contención a la locura, la diversidad y marginalidad”. Normalizó la privación de los más esenciales derechos de los “locos”, el apoyo a la Institución psiquiátrica propició métodos de represión violentos que no tocaban la sensibilidad social, pues su aplicación era razonada como: “alternativa de recuperación del paciente”, la irregularidad habita los manicomios de la época, no solo hay locos también se asientan los marginados y excluidos, la única vía es regresar los internos al desamparo de la calle (Stolkiner, 2021). Sucede que algunos pacientes prefieren estar dentro de un hospital psiquiátrico antes que regresar a la calle, se repliegan en el internamiento, pues, aunque no lo parezca las instalaciones son un lugar mínimo de reconocimiento en su existencia, donde son reconocidos, organizados, disciplinados, alimentados, amparados; el simple hecho de dormir en una cama antes que un andén, o el techo protegido ante la intemperie y lluvia, la inclusión a reuniones grupales; estos factores hacen que el interno refuerce su estadía y disminuya sus intenciones de cura para salir al mundo, pues en algunos imaginarios y por experiencia real: el mundo exterior es un peligro, un escenario de desprotección, vagabundeo y miseria.

4. Des-encuentros entre Psicoanálisis y Salud Mental

Para Stolkiner (2021), el término “mental” es un equívoco que contiene una serie de “hechos”, “conductas”, o “acciones sociales” ampliamente disímiles. En este sentido, la autora ya nos presagia la dificultad de englobar lo mental como una

categoría concisa y verdadera, la cual rigurosamente se pueda conceptualizar: ¿qué es realmente una enfermedad mental?, ¿a quién se considera como enfermo mental; y quién no lo es?, si lo tratamos de cooptar de esta manera, caeríamos en un error epistemológico; tal cual como Braunstein (1979) menciona: “el círculo vicioso positivista es un equívoco de raíz dualista, que consiste en suponer similitudes a partir de una creación de una categoría, como si la misma estuviera dada en la realidad” (p.51). Parece ser que la medicina científica se encaminó a equiparar y anudar ciegamente lo biológico con lo mental, sin distinción alguna en su clasificación diagnóstica e intervención. La cuestión es que, si el psicofármaco se convierte en la intervención principal del psiquiatra o del terapeuta, se deja atrás otras posibilidades valiosas de cura, como la riqueza psíquica contenida en el material clínico a explorar en las propias palabras del paciente, se invisibiliza un universo subjetivo e inconsciente que se descarta por el simple hecho que el psicofármaco calla la queja, e impide la posibilidad de transformar el reproche en demanda.

Lo anterior, llevado al extremo, obstaculiza la ruta de trabajo psíquico que el paciente debe transitar para descubrir las causas, contingencias y factores que hacen que se conserve su sufrimiento. En otras palabras, la panacea y maquinaria psicofarmacéutica obstruye la intervención orientada a un reposicionamiento y resignificación subjetiva frente al malestar. Es por esta razón que señalamos la idea de Braunstein (1980) que va más allá de una inconsistente diatriba a la clasificación psiquiátrica, pues también la valida a pesar de sus imperfecciones como forma imprescindible del tratamiento, al afirmar que: “Kraepelin es el Linneo de la psiquiatría” refiriéndose a que la taxonomía botánica ha sido el modelo inspirador de la Salud Mental y sus diversos manuales DSM. Se trató de describir sobre la base de las apariencias, pero olvidando que las especies botánicas tienen un carácter perceptual. La mirada Krepeliana es una mirada que objetiva, que describe y que introduce a la enfermedad dentro de una jerarquía de categoría, subcategoría y variedad equivalente a la jerarquía de clase, género, y especie. La descripción del botánico traspone los caracteres formales de la cosa.

La confiabilidad del sistema se acerca al absoluto y por eso sirvió de modelo para todo tipo de clasificaciones visibles (Braunstein, 1980). La problemática es que las características perceptuales o rasgos visibles descritos en una planta como: forma, tamaño, color, olor, entre otros, no pueden ser trasladados a la condición humana porque caeríamos en el error de pensar que la clasificación biologista es suficiente para definir y explorar los complicados problemas del alma que el lenguaje suscita, a base de ficciones teóricas y especulaciones de laboratorio que evalúan conductas y patrones de pensamiento; olvidando la complejidad e innumerables contradicciones que posee la subjetividad y el psiquismo humano. Para los psicoanalistas y filósofos en contraposición a algunos científicos positivistas inmersos en las prácticas psi, el objeto de estudio de la Salud Mental no es un objeto natural, es un objeto social histórico que puede pensar y explicar la enfermedad a partir de un marco sociocultural (Galende, 1990).

La aproximación materialista-histórica del psicoanálisis por reconocer al sujeto como un ser determinado por sus circunstancias sociales más allá de sus caracteres biológicos y estímulos definidos, es una postura defendida por Braustein quien afirma que un sujeto sin palabra se encuentra perdido, aislado, expulsado, desarticulado; esta universalidad psiquiátrica unifica al sujeto en su lenguaje y en su práctica, puesto que el Otro está cada vez más borrado; vivimos en lo que Miller y Laurent han llamado la “época del Otro que no existe”, confirmando una oscura dificultad para construir un lazo que sujete al Otro, desembocando en la soledad del sujeto (Torres, 2008).

El sujeto de la modernidad es un sujeto similar al que habita en un hospital psiquiátrico, destituido de su deseo, puesto que: “no aparece un sujeto como efecto de la secuencia discursiva” (Braunstein, 1980, pp.187). Este sujeto no responde mecánica, automática y condicionadamente a sus factores ambientales como lo plantea el conductismo clásico, para Braunstein (1980) aquello es una falacia conductista y reduccionismo biologicista, pues, el sujeto no solo es efecto del

circuito estímulo respuesta como si lo es el animal perteneciente al orden de lo natural e instintivo. Por el contrario, el ser humano se encuentra atravesado por un discurso y una historia que lo anteceden y moldean; su cuerpo no es una máquina biológica desconectada del lenguaje, cada modo de producción produce a los sujetos que necesita y luego estos sujetos hablan como origen de sus discursos (Braustein, 1980). En complemento, para la ciencia el hombre y los animales son iguales, la investigación acerca del cerebro borra cualquier postulado sobre el psiquismo humano, los escáneres cerebrales ahora son el diagnóstico esencial, el modelo DSM parece estar acabándose; y con él corre el riesgo de desaparecer “el último reducto del abordaje clínico en psiquiatría” (Castro & Gallo, 2017, pp.12).

Aquí coinciden Marx y Freud desde su postura crítico social, pues para ambos el cuerpo del que habla el materialismo histórico no es un cuerpo biológico o cerebral, sino un cuerpo histórico social del devenir, tal como lo son también sus necesidades y los modos de satisfacerlas; si nos basamos en que un hombre es sujeto antes de ser individuo, se está proponiendo que su cuerpo y existencia llevan debajo una carga ideológica que responde a un marco socio-histórico de significantes intergeneracionales.

El psicoanálisis sostiene una postura ética y política que implica un cuestionamiento de la pretensión científica de objetivizar y medir el sufrimiento psíquico de los seres humanos. [...] no existe una relación natural de un cuerpo con otro [...] la panacea para diagnosticar con certeza en el campo de la Salud Mental, es la evidencia de la imagenología. Lo que no se ve no existe como hecho, así que lo visible condiciona la existencia de las cosas en nuestro mundo (Castro & Gallo, 2017, pp. 8-10-12).

En concreto, la discrepancia entre un diagnóstico psicoanalítico y el diagnóstico psiquiátrico del DSM y CIE, es que el primero se basa confiadamente en la palabra que proviene del sujeto, en cambio, el segundo no escucha al pie de la letra los enunciados del paciente y depende completamente del criterio del médico o agente

de Salud, apoyado en la observación de la conducta a corregir o modificar. La diferencia esencial es que la evaluación es asunto de expertos que pretenden estampillar al sujeto; marcarlo, incluirlo en una categoría pseudodiagnóstica y desde allí dedicar la terapéutica que se cree más eficaz. En suma, se busca hacer disipar las excepciones. En psicoanálisis no respondemos con un saber universal que vale para todos, sino que hay una ignorancia docta por parte del analista (Seldes, 2004).

El síntoma es tomado de modo distinto en psicoanálisis y en psiquiatría. Mientras desde el positivismo se quiere suprimir, expulsar o alejar radicalmente la sintomatología de la vida del individuo; desde Freud, el síntoma es una vía de acceso a la subjetividad, un arreglo provisional, una formación del inconsciente, una satisfacción sustitutiva, una señal, un indicio estructural, una solución o un mismo intento de curación, pues hace parte del sujeto y tiene un sentido velado, una fantasía enmascarada en función a ser descubierta desde el análisis. Por ende, el síntoma es opuesto a cómo lo plantea la ciencia médica en términos de disfuncionamiento, trastorno, hándicap y, podríamos añadir, deficiencia, minusvalía, discapacidad, etc. Se los enumera en términos de negatividad y falla, pero no como un malestar psíquico que se deba pesquisar, apalabrar y hacer consistir.

En psicoanálisis debe haber un momento del tratamiento en donde el sujeto se sintomatice, llegando a considerarse egodistónico, es decir, que después de explorar su historia adquiera los recursos para atravesar los traumas que le atormentan. Apoyando lo anterior, desde Platón se decía que el delirio no es negativo ni tampoco deshonesto, pues es un mensaje cifrado de los dioses, el delirio aparece como un mensaje de prevención y cura, el delirio dentro de una colectividad purifica y es un medio para librarse de los males del mundo (Stolkiner, 2021). En sumatoria, así como no hay que satanizar las alternativas médicas que hacen soportable el síntoma, la psiquiatría tampoco debe negar un sentido al síntoma, “reducido a mera manifestación patológica a curar. La máxima expresión de esta tendencia en la actualidad está resumida en el manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales” (De castro, 2021, pp. 238). El cuerpo no solo contiene

órganos, está compuesto de zonas erógenas con bordes, en donde el límite del adentro y del afuera deja de ser tan claro como lo pretende el discurso de la ciencia (Castro y Gallo, 2017).

Por consiguiente, desde el punto de vista epistemológico, se trata de dos disciplinas distintas que están inmersas en el área de la Salud Mental, y que discuten “quién tiene la verdad”, una basada en la evidencia y la otra cimentada por indicios. Por ello, las prácticas de cada una dependerán del marco teórico y ético desde el cual se posicionen dentro de un escenario hospitalario, psiquiátrico o que haga parte de los servicios de salud.

5. Lo patológico en psicoanálisis

Bajo una corriente positivista la ciencia empieza a controlar, a ser dominante e instaurarse ideológicamente como parte de las estrategias del estado; a proliferar su discurso y hacerlo muy creíble para la sociedad; pero a la vez sirve a intereses políticos camuflados, de dimensión privada y pública sin distinción. Se necesita urgentemente que las personas entren en una categoría de “sanos o enfermos” para conformar un mejor orden social, la estructura jerárquica del poder asentada en el estado no puede mostrar a su población que el caos gobierna, por eso, esta polaridad sirve para que al enfermo se le cuide y no se lo trate igual, que requiera de atención y cuidados especiales, la política de Salud surge de los fracasos frente a una contingencia natural, pero propone una solución Social-Estadista. Así, la familia del enfermo se siente apoyada por la experticia de una institucionalidad y sus agentes de Estado como los colaboradores del camino a la curación. Otro efecto importante del influjo positivista, es que los problemas psíquicos o de la mente se categorizan en “enfermedad”, y lo más racional es ubicarlos en un órgano: el cerebro. Por lo anterior, la demanda capitalista exige a los centros psiquiátricos y sus “terapias” una adaptación a las condiciones disciplinarias; para que se cumpla la solidificación de un sujeto adaptado este no debe quejarse de su entorno, como efecto se implanta una supresión de la subjetividad y vigilancia omnipotente de los

cuerpos a través del panóptico “que todo lo ve”, una sanción normalizadora que reeduca la conducta de los individuos a través de los comportamientos permitidos y no permitidos, el adiestramiento perfecto es una combinación de vigilancia y castigo (Foucault, 2009).

Por otro lado, el psicoanálisis retoma conceptos como psique y soma, que son una idea de doctrina dualista que se construyó desde la virtud y la lógica de Platón (Stolkiner, 2021). Es a Platón, además, a quien debemos la teoría de que la tarea del médico del cuerpo consiste en curar por medios biológicos o científicos, mientras que la tarea del médico del alma es curar por medios verbales o retóricos (Szasz, 1996). Esta separación dual implica concebir al alma como amo y al cuerpo como esclavo, esa alma platónica es inmortal, viene dada antes que el cuerpo y es la esencia del conocimiento, pues el cuerpo engaña sensorialmente; lo que debe importar para Platón no es el contacto con las esencias inmutables sino la consagración del hombre a la sabiduría, la belleza, las musas y el amor.

Queremos señalar que este “bienestar” del alma está lejos de definirse por la ausencia de un mal determinado, si no por la presencia de virtudes esenciales. Nos hallamos ante una definición positiva matemática de “Salud Mental”, la “enfermedad” es la ausencia de las virtudes que caracterizan y definen a la salud, no a la inversa (Stolkiner, 2021, pp. 58).

Desde esta postura, aquel que está “enfermo” no puede aprovechar su máximo potencial, se encuentra impedido en sus virtudes, pero una vez recuperada su salud puede encaminarse a recobrar sus fuerzas, por tanto, solo es virtuoso el individuo que ha evitado enfermarse o ha salido “victorioso” de la enfermedad, porque su grandeza es mayor que el malestar, esta lucha continúa fomentando su carácter de sabiduría. De allí procede la categorización de cuadros y nosografías psiquiátricas del siglo pasado, minuciosas descripciones observadas “objetivamente” en el hombre asilar, así pues, lo que se repite en el “comportamiento anormal” compone la norma y adquiere categoría de ley natural (Stolkiner, 2021). Esta disyuntiva entre

“normalidad y anormalidad” sobre todo de conductas públicas, es otro binarismo que permite segregar entre los aptos y no aptos para habitar en la coexistencia de una sociedad supremamente moralista. Sectoriza a quienes, si son bienvenidos, a ser parte del “progreso” y “utilidad” de una sociedad productiva, y excluye a sujetos quienes, al “no ser normales” se les considera parte del desajuste, irregularidad o desviación de la norma.

Lo que se desvía de la norma constituye una alteración de ese orden que la ciencia convalida. He allí el criterio de salud-enfermedad entre lo “normal” y lo “patológico”, que plantea una diferencia exclusivamente de grado o desviación [...]. Lo “sano” será así lo “normal”, la ausencia de desviación de la norma (“salud” será ausencia de “enfermedad”) (Stolkiner, pp.64).

Entonces, ¿el psicoanálisis es realmente un saber puro que se aparta tajantemente de las otras ramas psi?, tal vez no, ya que igual que esta etiqueta y limita los actos del sujeto cuando define que es lo normal y psicopatológico. En pocas palabras, la figura icónica de Freud y sus pacientes histéricas en el diván hicieron que la sociedad empezara a asociar masivamente sin distinción alguna la histeria con conceptos como locura y feminidad.

¿Qué otra cosa es la regla fundamental de Freud de que el paciente “asocie libremente” y no oculte nada al analista, sino una repetición secularizada del requerimiento canónico de una declaración confesional de todos y cada uno de los pecados? [...] ¿De qué otra manera podemos explicar el florecimiento de la psiquiatría coercitiva, los famosos análisis de entretenimiento obligatorio de los psicoanalistas, y las grandes apologías legales, psiquiátricas psicológicas y médicas que se han escrito a favor de esta cura de almas obligatoria? (Szasz, 1996, pp.48-49).

Por supuesto que en algunos casos el psicoanálisis aplicado actúa igual que el discurso médico, otra cosa es que esa no sea su intención adrede, como revés trata

de pensarse a sí mismo desde una metapsicología que se detiene a elucubrar los efectos del dispositivo como operaciones menos sugestivas o coercitivas; ya no del lado del discurso del amo y si desde la emancipación o subversión del sujeto hablante. No obstante, el psicoanálisis también es una disciplina clínica que da una noción desde la nosografía y clasifica en tres grandes categorías diagnósticas estructurales (neurosis, psicosis, perversión). Ninguna de sus intervenciones puede mantenerse al margen del diagnóstico. Por consiguiente, está sumido en un discurso político de Salud Mental, no podemos olvidar que el psicoanalista, al igual que cualquier otro terapeuta, desea que sus pacientes se curen o mejoren, así sea por circunstancias colaterales de “añadidura”. Freud lo llamaba frenar la “compulsión patológica” por vía del nombramiento de recuerdos y reminiscencias inconscientes olvidadas. Lo que no se recuerda es reprimido y será repetido a manera de actos. Para el psicoanálisis lo patológico solo adquiere esa connotación cuando el principio de placer ha excedido el principio de realidad en todas sus esferas, porque si solo lo hace en ciertas circunstancias sería lo esperable y no patológico: “la persistencia del principio de placer proporciona una sensación de tibio malestar, nuestra disposición no nos permite gozar intensamente sino del contraste” (Freud, 1973).

Solo se desea volver al estado de placer cuando lo comparamos con la tensión generada por el displacer, en ese momento queremos repetir la sensación de placer, notamos que la exuberancia de placer siempre genera displacer, de lo contrario el placer no existiría sin la presencia de un marco de oposición que instituya un equilibrio, ya nos decía Freud (1919): “una vida gobernada por el principio de placer es irrealizable” (p.155). Así pues, como nunca gozamos de lo estable, importa saber que “lo normal” no difiere principalmente de lo “patológico”, porque la normalidad como “normatividad de las regularidades observables” no le es constitutiva. Mas llanamente, en el psicoanálisis nunca se habla de una estructura enteramente sana, al mismo tiempo que se opone a toda prevención en Salud Mental pues hay una imposibilidad en la condición integrante del displacer y en la imprevisibilidad del

inconsciente; una analogía es la fuerza de los terremotos, existen programas de prevención, pero su naturaleza impactante es imprevisible (Stolkiner, 2021).

6. Caminos posibles del tratamiento psicoanalítico articulado a lo clínico-comunitario

Freud (1937) en “Análisis terminable e interminable” señala que un tratamiento psicoanalítico culmina exitosamente cuando un paciente ya no sufre a causa de sus síntomas, ha superado sus angustias e inhibiciones que bloqueaban su vida, y finalmente se ha esclarecido el carácter incomprensible de lo reprimido inconsciente, consiguiendo eliminar la mayoría de resistencias que perturbaban al yo. Esto quiere decir, que un psicoanálisis al igual que otras terapias propuestas por la Salud Mental, también busca mejorar la calidad de vida de los consultantes. Lo que pasa es que el camino ofertado es diferente. Hoy en día desde el psicoanálisis, se comprende al sujeto como alguien dividido, un ser que al unísono se encuentra acoplado y desacoplado de su ambiente. Se hace impensable no incluir las variables del entorno donde habita para saber si estas responden a sus necesidades psíquicas. Por esa razón, se apunta a desarrollar prácticas en los hospitales psiquiátricos teniendo en cuenta que el sujeto ya no debe ser visto como alguien completamente inútil, crónico, medicalizado o psiquiatrizado y si como un individuo con posibilidades de potenciarse, estabilizarse o en su mejor caso en camino a curarse.

La apuesta de Galende (2012) para revertir la alienación institucional que el sujeto recibe de los centros psiquiátricos es permitir la apropiación del sí mismo. Por tanto, la crítica que se hace ni siquiera es al proceso de internamiento, pues hay momentos de obligatoriedad para prevenir agresiones letales, más allá de eso, la apreciación es lanzada hacia las condiciones y prácticas corrosivas que se siguen gestando en dicho internamiento que impiden la reformulación, reestructuración y reforma de planteamientos terapéuticos en pro del cambio. La meta es pasar del sendero del encierro asilar hacia el trazo del reconocimiento comunitario

intersubjetivo. ¿Cuáles serían los caminos realizables para que el psicoanálisis tome un lugar dentro del discurso institucionalizado de Salud Mental?, entre esos derroteros se encuentra el eje comunitario, que al igual que el psicoanálisis considera al sujeto “sano” como alguien conectado a un lazo social colectivo.

Así, continuamos diciendo que el psicoanálisis como doctrina trasciende el positivismo, ya que elude la dicotomización mente-cuerpo, rompiendo el paradigma del racionalismo cartesiano y nos exhibe un sujeto dividido entre consciente-inconsciente, en efecto no se trata de la segmentación cuerpo-mente, es algo más complicado como la histeria de conversión (una patología del cuerpo poblada de significaciones) (Stolkiner, 2021). En contraposición, para el psicoanálisis, mente y cuerpo no obedecen a dos materialidades distintas, sino que pertenecen a un mismo aparato psíquico; ninguna predomina sobre la otra. El cuerpo resulta ser un constructo simbólico, real e imaginario producido por el lenguaje y efecto de la interacción directa con el Otro; el pensamiento es una movilidad de las distintas representaciones en torno a las ligazones libidinales con el objeto, se marca la fijación de la libido en alguna de las fases psicosexuales de su desarrollo.

Lo “psíquico” no resulta así un objeto de existencia ontológico sino teórico. Su representación del “aparato psíquico” adquiere el carácter de metáfora teórica para dar cuenta de la significación de los síntomas, sueños y demás “formaciones del inconsciente” [...] se trata de una doctrina que sale del campo de la causalidad mecanicista para situarse en el de las estructuras de determinación (Stolkiner, 2021, pp. 68).

Es necesario aclarar que la estructura no causa completamente el síntoma, no se trata de leer al síntoma como efecto inmediato de la estructura sino de preguntarse la relación determinista. ¿Cómo una estructura concreta convierte en síntoma algo de la historia de un sujeto? O viceversa, ¿cómo dicho síntoma puede estar relacionado con la respuesta que maniobra una estructura psíquica? Otro apartado a subrayar es la importancia de los ritos comunitarios como eje fundamental en la

historia del hombre y sus “enfermedades” o malestares internos, los cuales son más vetustos que la conceptualización de Salud Mental y sus prácticas, por consiguiente, estos saberes ancestrales, “rudimentarios”, menos institucionalizados en cuanto a la clasificación psicopatológica, también tienen mucho que aportar en la comprensión de las llamadas “enfermedades o síndromes mentales”. La enfermedad mental se hace en relación con una definición previa del estado subjetivo o social normal. Si en medicina biológica se trató de buscar la norma en el funcionamiento biológico, en la medicina mental tal norma es siempre una construcción cultural (Galende, 1990).

Esto quiere decir, que toda organización normativa cultural propende amortiguar lo Real, pues los ritos y ceremoniales ayudan a poner orden a una situación de caos; la muerte, la degradación del cuerpo, la conmoción de la psique no se abandona a sí misma, sino que es apresada por el rito a través de las diversas expresiones simbólicas (Barral, 1999); ofrecidas como solución al malestar y sufrimiento. Pero, paralelamente, la cultura elimina o margina sus desechos: “crea sus propias plagas patológicas y las representaciones adecuadas a sus valores” (Galende, 1990, pp.83). Para superar ciertas rigideces impuestas en el discurso médico causadas por el modelo de monopolización rigurosa del positivismo, hay que mantener y recuperar la salud haciendo un retorno al ámbito comunitario-social, como lo demuestra el proceso de historización humana. Los colectivos como unidad estructurada siempre han tratado de dar equilibrio y respuesta a las quejas de sus miembros, por ello se destaca el papel y función de la comunidad como un lugar de involucramiento, cohesión y partícipe del fenómeno individual, que interesadamente acoge, brinda recibimiento y alojamiento al sujeto, incluso más que una sala de diagnóstico que taponar su subjetividad. Desde esta perspectiva, las sociedades del Tercer Mundo están basadas en un modelo de desarrollo capitalista, lo que llevó a una aculturación enorme en el que poblaciones completas oscilaron de una vida comunitaria consolidada en el grupo, a una forma social determinada por el individualismo más feroz y competitivo, padecieron auténticas catástrofes subjetivas, donde la enfermedad mental, la drogadicción, el alcoholismo, etc.

develaron su íntimo nexo con la marginalidad social, a su vez, la sociedad capitalista moderna, cercanamente unida a las normas de producción y consumo, ordena plasticidad, flexibilidad, adaptación de la personalidad y, por lo tanto, las roturas psíquicas suponen mayor marginalidad.

En ese corte, por ejemplo, en el Medio Evo Europeo predominaba una simbólica de lo sagrado, ahí se asentaban las normas de la desviación y quien sancionaba la condición de poseso era el clérigo, o algún representante de la iglesia; aquí, si bien en la mayoría de casos este método funcionaba, se curaba y se extraía el demonio que habitaba y perjudicaba el alma del poseso, socialmente este déficit era tratado por medio del exorcismo, entendemos que todavía no existía oficialmente la categoría de Enfermedad Mental.

Es necesario aclarar, que hay diversas soluciones que las sociedades antiguas ofrecían para ayudar a pasar el ritual de mutación, en ellas se pensaba la perturbación como síntoma de las situaciones que vivía el grupo (Dolto, 1994). Otro caso parecido es el de las culturas indígenas, y “culturas primitivas” existentes en el África o América, donde la perturbación mental era mítica, y la disciplina competente que se ocupaba era la magia. Allí el chamán, el brujo, o Sacerdote Vudú es el personaje encargado de curar por medio de actos simbólicos, tales como: rezos, bailes en masa, palabras pronunciadas en otra lengua que alientan alejar al espectro, o romper la maldición que recae sobre el afligido, en todas estas formas prevalece el saber y la práctica comunitaria por encima del carácter individual.

Desde siempre se tratan estas perturbaciones en ritos colectivos, en los que la intervención del chamán está dirigida a una operación de simbolización, mediante la cual se transforman los hechos patológicos individuales y negativos, en situaciones sociales o grupales consideradas positivas. Es la norma social la que funda el consenso social para que la representación y el objetivo sean coincidentes en el acto terapéutico. Estas prácticas sostienen su eficacia, que no es poca, en el ritual y ceremonial reglado en su sistema

simbólico, cultural, por el cual la representación mágica de posesión es transformada y eliminada, permitiendo al individuo la reapropiación de sí mismo (Galende, 1990, pp.86).

Esta clase de razones muestran la importancia del valor social en el restablecimiento subjetivo, o en la intención terapéutica de cura, así pues, para que el sujeto se reapropie de sí mismo y recupere su dignidad existencial perdida es imprescindible que se sostenga de una colectividad sugestiva que opere como intercambio del lazo social. Para que un sujeto constituya un lazo con el Otro, es menester que tenga su propia palabra, maniobre participativamente, que vaya incluyéndose paulatinamente a una filiación simbólica que le permita restituir su singularidad, pensamientos, sentimientos, su cosmovisión con respecto al mundo. No es secreto que los constructos y prácticas sociales colectivas influyen en la experiencia subjetiva, insertan al sujeto en una cadena discursiva; en cambio, el individualismo extremo solo expresa indiferencia con el Otro, de ahí que en esta forma de intervención clínica se priorice la colectividad por encima de la individualidad, sin descuidar la casuística, es decir, como el sujeto particularmente vive y es afectado por su contacto con la realidad social. Como dije anteriormente, la sanación o la dirección de la cura es individual, pero depende de los grados y los modos de ordenamiento colectivos que suministran y conforman lo individual.

Finalmente, Sotelo (2015) entiende que el analista trabaja para que el sujeto reemplace la sensación de ser víctima de sus síntomas, angustias, insomnios, ansiedad, de las voces que lo atormentan por un empoderarse de ellos para convertirlos en suyos, buscando el enlace que tiene esto consigo mismo, con su historia, pasado y presente. En conexión, si es que en psicoanálisis hay una concepción de “salud”, que sería sinónimo de la destreza para “romper el circuito de repetición” en el cual se despliega el destino personal, resignificándolo (Stolkiner, 2021). En ambas autoras se resalta la motivación por nombrar lo “sano” como algo que aproxime al sujeto con un interés profundo por conocer y reeditar la relación nociva de su historia con los síntomas.

Conclusiones

Por último, quisiéramos cerrar este artículo invitando a abordar la conceptualización del proceso Salud-Enfermedad; pues ante esta imposibilidad del sistema de apartar la Salud Mental de la Salud en general, muchos discursos del campo de la Salud Mental privan los derechos del sujeto bajo un aparente estado de “peligrosidad”, que se desliza de los síntomas al sujeto, transmutando lo que serían instantes del proceso en particularidades naturales del individuo. No existe una enfermedad mental como tampoco una enfermedad orgánica, mucho menos “cuerpos biológicos” existen sujetos en situaciones de padecimiento, que al ser atendidos implica observar las dos esferas: subjetiva y orgánica (Stolkiner, 2021).

En síntesis, se procura que lo “sano” no sea tomado como la capacidad de controlar la pulsión o adaptarse a la realidad, tampoco de cambiar radicalmente sus actos modificando conductas y adquiriendo hábitos saludables (como si se tratase de instalar o quitar programas en una computadora con facilidad); más bien lo sano es propender a que el sujeto se percate del nexo con su propio malestar, que pueda hablar de sí mismo más allá de las sujeciones del Otro; que advierta sus repeticiones como consecuencias de su historicidad, que participe siendo el responsable de su destino con el fin de armar en cierta medida una creación subjetiva que le haga bordear su sufrimiento. Estamos frente a una era llena de retos para los psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas que operan en la primera línea de la “Salud Mental”, después de la pandemia los malestares del alma se acrecentaron y con ellos la demanda de sujetos aumentó, cabe la pregunta orientadora dentro de nuestra labor en Hospitales Psiquiátricos y consultorios privados: ¿qué espera recibir el paciente de nuestra figura como clínicos y de nuestra intervención profesional?

Referencias

Alomo, M. (2017). *La elección irónica: Estudios clínicos sobre la esquizofrenia*. Letra Viva.

Barral, E. (1999). *Salud mental y psicoanálisis: Muerte y duelo*. Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Braunstein, N., et al. (1979). *Psicología, ideología y ciencia*. Siglo Veintiuno Editores.

Braunstein, N. (1980). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. Siglo Veintiuno Editores.

Castro, X. (2017). *Cuerpo, subjetividad y tecnociencia: Una aproximación psicoanalítica*. Editorial Universidad ICESI. [Prólogo de Héctor Gallo].

De Castro, S. (2021). El síntoma como objeción. *Desde el Jardín de Freud*, 21(1), 233-243. <https://doi.org/10.15446/djf.n21.101237>

Doltó, F. (1994). *La causa de los adolescentes*. Seix Barral. (Trabajo original publicado en 1988).

Forman, M. (Director). (1975). *Atrapado sin salida [Alguien voló sobre el nido del cuco]* [Película].

Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo Veintiuno Editores.

Freud, S. (1919/1981). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras completas* (Vol. III). Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1930). Décimo aniversario del Instituto Psicoanalítico de Berlín. Amorrortu.

Freud, S. (1937/1997). Análisis terminable e interminable. En *Obras completas* (Vol. XXIII). Amorrortu Editores.

Freud, S. (1973). El malestar en la cultura. En *Obras completas*. Biblioteca Nueva.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental* (1.^a ed.). Paidós.

Galende, E., et al. (2012). *Salud mental y comunidad*. Universidad Nacional de Lanús. ISSN 2250-5768.

Seldes, R. (2004). La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. En *La urgencia generalizada: La práctica en el hospital* (pp. 31-42). Grama.

Sotelo, I. (2015). *Datus: Dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas*. Grama Ediciones.

Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en salud mental*. Centro de Publicaciones Educativas.

Szasz, T. (1996). *El mito de la psicoterapia*. Ediciones Coyoacán.

Torres, M. (2008). *Fracaso del inconsciente, amor al síntoma*. Grama Ediciones.