



Facultad de Psicología

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

(Orientación Grupos e Instituciones)

<http://www.maestriapsicosocial.com.ar/>

Maestría de Psicología Social - Noviembre 2011

Módulo: Complejidades de un campo. Criterios de Salud Mental

Profesora: Ana Quiroga

En este modulo de noviembre desarrollaremos dos temáticas profundamente ligadas entre si: la concepción de salud mental que sustentamos desde esta teoría psicológica, y luego trabajaremos sobre la problemática de la intervención, desde este marco teórico.

La intervención necesariamente esta direccionada o sustentada desde una concepción de sujeto y salud mental.

Es probable que no todos se dispongan o se sientan instrumentados para intervenir desde el rol específico de psic social. Pero el conocer los pasos del análisis y de la intervención sin duda los ayudara a posicionarse en el campo de conocimiento que compartimos desde hace dos años, y visualizar con mayor claridad la unidad teoría práctica.

En cuanto a la temática de salud mental todos estamos involucrados en ella, tanto como sujeto y como agentes, desde distintos roles y espacios sociales.

Entonces tomaremos como punto de partida de nuestro trabajo en este modulo algunas reflexiones acerca del campo de la salud mental y de los criterios con los que se normatiza o evalúa socialmente la misma.

También trabajaremos acerca del rol de estos criterios en la vida social, su génesis, sus efectos sociales y subjetivos, sus grados de validación.

Tomamos este camino-quizás algo difícil- en tanto entendemos que esta temática, la de la salud mental y los criterios acerca de la misma constituye un encuadre pertinente, necesario en esta formación.

Partiré de una mirada histórica acerca del desarrollo de esta cuestión en el marco teórico de la psic social pichoniana.

El tema de los criterios de salud y enfermedad fue intensa y compartidamente trabajado por Enrique Pichon-Rivière y por mí desde fines de la década del 60.

Esta tarea común que daba continuidad a la desplegada anteriormente por Pichon-Rivière se desarrolló procesando una diversidad de experiencias y era requerida por las vicisitudes de un orden social en tumultuoso cambio. Ya que a fines de los años 60, inicios de lo 70 la institución de la salud mental estaba profundamente conmovida, lo que se expresaba en agudos e intensas polémicas acerca de sus paradigmas. O modelos el rol del terapeuta, su neutralidad, su simetría o asimetría con el paciente, las formas institucionales, etc.

Podemos decir que este requerimiento sigue en pie, si algo marca al siglo XX y la década que va de este es el movimiento, las crisis y revoluciones, los procesos de cambio, que entraron como acontecer y como temática en el campo de la salud Mental, ya que han conmocionado y conmocionan la vida social y la subjetividad.

Ese acontecer abre cuestiones que obligan a repensar esa particular forma de relación sujeto / mundo a la que llamamos salud mental.

Quiero dejar planteado que el análisis de esta relación (suj-mundo) que hace a la especificidad de las concepciones de salud mental están indisolublemente ligadas a las concepciones de sujeto, aun cuando esta relación no sea siempre explicita (concepción sujeto-concepción salud)

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

(Orientación Grupos e Instituciones)

<http://www.maestriapsicosocial.com.ar/>

Al pensar en un tan heterogéneo y complejo como la salud mental se nos hace necesaria, entre otras tareas, la reflexión acerca de las concepciones vigentes acerca del mismo y, como dijimos recién, el rol de gestación y modelamiento que cumplen dichas concepciones y criterios en nuestra subjetividad, en nuestro ser en el mundo, en los vínculos, en la vida grupal, en la familia, en síntesis en las múltiples y diversas prácticas, instancias, relaciones, e instituciones que configuran el orden socio-histórico.

Esta reflexión, que implicara posicionamientos acerca de esta problemática: la de la salud mental, puede operar como el necesitado hilo conductor para penetrar en lo que no solo es un campo de acontecimientos y relaciones, sino también un campo de conocimiento.

¿A que nos referimos al hablar del campo de la salud mental?

La respuesta abarca varios niveles o perspectivas de aproximación. La salud mental se identifica con una modalidad de existencia y desarrollo del sujeto, de los grupos, de las instituciones y sociedades. Todas ellas son instancias que operan en la producción de la salud, o en su daño, y son a la vez, espacio de su manifestación, de su puesta en juego. Por ello decimos que este campo es complejo.

También podríamos afirmar, en función de la multiplicidad de procesos que abarca que es difuso, y que en tanto multívoco (multiplicidad de sentidos) en alguna medida es también, a veces, equivoco y confuso.

El campo de la salud mental, para nosotros, es el de la vida cotidiana y sus fundamentos. Es por tanto todo aquello que hace al escenario de nuestra experiencia. Incluye por tanto las formas subjetivas y sociales que el ser humano experimenta las relaciones, consigo mismo y con los otros hombres. Con la realidad en sentido amplio.

Podemos preguntarnos ¿es la amplitud de ese campo, de la multiplicidad de hechos objetivos que lo integran, la única razón de su carácter multívoco y a veces confuso y contradictorio, ¿es esa la única razón de que no todos hagamos referencia a los mismos hechos al hablar de salud mental? Entiendo que no.

Por que no? Porque, ya desde un plano disciplinar, la salud mental, como campo de conocimiento es escenario de controversias teóricas e ideológicas, a la vez que esta fuertemente impactado, como anticipamos, por los vertiginosos procesos de crisis y transformación de la vida social, y su incidencia en la gestación de nuevos rasgos de subjetividad.

Estas transformaciones sociales, institucionales, vinculares y sus efectos subjetivos generan nuevos interrogantes y demandas, los que implican a sujetos, grupos y organizaciones, así como a los referentes institucionales y los marcos teóricos que intentan dar cuenta de esa complejidad.

Esto se expresa, por ejemplo, en el desafío que nos plantea hoy la comprensión de ciertas modalidades de vínculo, marcadas por la fragilidad, la inestabilidad, lo efímero, el otro tratado como objeto de consumo, así como las formas de comunicación, de grupalidad, la labilidad en las identificaciones, etc.

Estamos ante hechos que nos muestran la emergencia de nuevas formas de relación, nuevas modalidades de significarse a sí mismo y al otro, y también de nuevas patologías. **También se delinean en él nuevas formas de adaptación activa a la realidad. Formas de una mirada y un hacer crítico y con intención transformadora.**

Si hemos mencionado el criterio de salud mental como hilo conductor que puede guiarnos en esta complejidad, es porque entiendo que como lo afirma Pichon-Rivière: *“la elaboración de un criterio de salud mental es a nuestro juicio el punto de partida posible y*

Facultad de Psicología

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

(Orientación Grupos e Instituciones)

<http://www.maestriapsicosocial.com.ar/>

necesario- para analizar las necesidades de los sujetos, y las respuestas que estas reciben en las estructuras_asistenciales, las situaciones institucionales, así como los puntos de urgencia que se dan en esas estructuras y situaciones". Allí EPR se está refiriendo a las instituciones que "clásicamente", desde una mirada tradicional, que ni el ni nosotros compartimos, tienen como objeto un abordaje de la salud mental cuando esta ya ha sido vulnerada. Por ejemplo hospitales, centros de atención, hospitales de día etc.

Para EPR y hoy para sus discípulos la concepción de salud mental es mucho más amplia, trasciende el trabajo con la enfermedad, abarca como sus actores, sus efectores, a todos los sujetos y organizaciones de la vida social, y en tanto en tanto referente esa concepción, sería el eje coherentizador de las políticas en salud mental, así como de las distintas operaciones técnicas y elaboraciones teóricas.

Me parece importante insistir en que cuando hablamos de concepción y políticas en salud mental no se incluye solo lo asistencial, sino que abarca también nuevas dimensiones para las tareas de prevención y promoción.

En esto está instalada también una cuestión polémica: **quien gesta, quien construye la salud mental, quienes son los protagonistas de ese universo?**

Recientemente se ha promulgado una nueva ley de salud mental, que implica un significativo avance sobre las pre-existentes, en tanto entiende la salud como proceso, en el que operan factores sociales, biológicos, psicológicos, etc., plantea un abordaje interdisciplinario y es a la vez fuertemente garantista de los derechos humanos de los pacientes. Pero pese a esas declaraciones y el que ubica como primer fundamento teórico de la elaboración de la ley a EPR y la psicología social; el desarrollo de su articulado y las acciones que prescribe están centradas en la enfermedad (la que obviamente tiene que ser parte de la ley y en gran medida un punto de urgencia, aunque no el único). Sin embargo se deja de lado las precisiones acerca de la construcción social de salud, y sus modalidades, aunque esta construcción sea mencionada.

No se desarrollan en ella ejes de reflexión acerca de las características del sujeto sano, y tampoco las formas en que el estado se articulara con la comunidad, las instituciones y el grupo familiar para que ellas puedan operar efectivamente, tal como lo propone la ley, en contener al paciente. La normativa dispone que este deberá ser rápidamente externado y reinsertado en su ámbito familiar y comunitario.

Pero lo que queda afuera es el análisis acerca de cómo ha incidido esa comunidad y ese grupo familiar en el proceso del enfermarse y en consecuencia que cambios deben trabajarse en ese terreno.

Uds. se preguntaran quizás, en qué medida son pertinentes estos comentarios acerca de esta ley. Hemos pensado que hace necesario incluir hoy estas reflexiones al hablar con uds. de la salud mental, el que por un lado haya un movimiento de urgencia por instalar esta ley y por el otro no se muestra cómo se generarán condiciones concretas y eficaces para aplicarla en nuestro país, con sus distintas regiones. Y esto no es un hecho ajeno a cualquier ciudadano, y menos aun a quien se forma en psicología social.

Al abordar la temática de las concepciones y criterios de salud, nos encontramos con distintas cuestiones problematizadoras del campo.

Una de ellas es la diversidad. Si toda concepción de salud mental implica y reenvía a una concepción de sujeto, del mundo y de la historia que la fundamenta, nos encontramos con la diversidad de concepciones, o diversidad ideológica que se da en la sociedad. Y en consecuencia con diversidad de líneas interpretativas y de acción.

Facultad de Psicología

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

(Orientación Grupos e Instituciones)

<http://www.maestriapsicosocial.com.ar/>

Asumamos que en este terreno equívoco, como lo es el de la salud mental, no sólo hay indefinición y crisis de definiciones, sino también definiciones contradictorias. Estas contradicciones, esta multiplicidad, tienen su razón de ser.

La lógica de este hecho se funda en que la salud mental como proceso y como representación social, es, en un plano, una producción, surge de una práctica social.

En esta practica participan el conjunto de organizaciones que se ligan a ella en forma explícita, como lo son hospitales y servicios, personal técnico y administrativo, en síntesis, aquellos que son definidos clásicamente como efectores de la organización de la salud mental.

Pero a la vez, e insistimos en ello porque es fundamental desde nuestro punto de vista, la problemática de la salud mental, esta está presente de un modo u otro en todas las instancias de la vida social, ya que operan en la configuración y la calidad de la misma¹.

La salud mental está en obra, en el sentido de construcción y desarrollo (por continencia, memoria, rescate, sostén recíproco, elaboración y simbolización) o deterioro y daño, (exclusión, impunidad, desmentida de la percepción), en las distintas prácticas sociales: el trabajo, la vida familiar, la política, la justicia, el uso del tiempo libre, las formas de la sexualidad, la crianza, etc.

Por esto hemos dicho que la salud mental es un hacer y deshacer que tiene por escenario la vida cotidiana, en el seno de las instituciones que normatizan los distintos aspectos de nuestra vida.

Pensamos a la salud mental como “conjunto de procesos”, como “relación del sujeto consigo mismo y con el mundo”. En ese universo de significaciones, en ese mundo de instituciones que hacen al orden social, (recordemos el concepto de institución social trabajado al inicio de esta maestría) se incluye la institución salud, y con ella las distintas concepciones de salud mental. Estas concepciones inciden en este universo y contribuyen a configurarlo.

Se da entonces un interjuego entre prácticas, relaciones y representaciones sociales.

Insisto en que resulta importante comprender la dialéctica entre hechos, procesos y relaciones sociales y un “sistema de representaciones sociales”. Nos encontramos con un término conocido, presente en muchos de sus proyectos de investigación, que creo útil retomar.

¿Que es una representación social? La entendemos como una significación compartida colectivamente, no siempre conciente, o no conciente en muchos de sus aspectos y fundamentos., estrechamente vinculada a la práctica social. De la que intenta dar cuenta. Si bien el concepto ha sido particularmente trabajado por Moscovici y reelaborado por D.Jodelet, es hoy día multívoco y repensado por diversos autores, entre los que nos encontramos.

Para nosotros, estas representaciones sociales surgen del contacto con la realidad objetiva, con un orden de fenómenos concretos, de carácter histórico social.

Esta representación tiene un carácter distinto al plano de la conceptualización. Su configuración es previa a la elaboración conceptual.

La representación alude a algo existente, que adquiere una nueva presencia, la que se da en la subjetividad, en el plano de lo pensado, vivenciado. Como representaciones intentan

¹ El término institución hace referencia aquí al “conjunto de prácticas, normas y valores que regulan el intercambio entre los sujetos...”

dar cuenta de esa base material, de esos hechos y procesos objetivos, pero al presentarlos les otorgamos a la vez una significación. No los reflejamos como un espejo. Ese representar y significar, que implica un procesamiento subjetivo y en el caso de las representaciones sociales, a la vez colectivo, no es un hecho secundario.

¿A que vamos? A que las concepciones de salud mental implican representaciones sociales, como una de las formas del pensar colectivo, y que de la misma manera que portan conocimientos de validez científica. A la vez operan en ellas esas modalidades con las que los seres humanos intentamos dar cuenta de nuestras distintas prácticas y que se denominan, como hemos dicho, ideologías.

De hecho las representaciones sociales están íntimamente ligadas al plano de lo ideológico.

Estas complejidades que se condensan en los criterios de salud mental, surgidos de múltiples fuentes, que definen lo “sano” y lo “enfermo” constituyen en nuestras vidas una presencia que puede ser explícita o implícita, pero alcanza siempre una enorme vigencia normativa al pensar la salud, mas aun al analizar y “evaluar” las acciones, pensamientos y afectos de los seres humanos.

Podemos preguntarnos, ¿desde cuando, en que experiencias, en que periodo vital adquirimos la noción de salud mental, ¿se gestan en nosotros en los grupos de estudio, en formaciones específicas o esta noción está en nosotros desde mucho tiempo atrás? ¿Podríamos pensar sobre esto? Esta presente y operante en la familia, en el pre-escolar, en la escuela, en los medios.

En tanto un aspecto de la institución social es la salud, la salud mental y por lo tanto valores, prácticas, convenciones, normativas, los criterios de salud mental, constituyen una ley no escrita, más poderosa y profundamente internalizada que los códigos jurídicos, regulan importantes rasgos de nuestros comportamientos y relaciones.

Esos criterios definen lo socialmente esperable, la posibilidad de consenso para una conducta, una emoción, una vivencia.

Decíamos que en la escena social coexisten y se confrontan distintas concepciones de salud mental, de lo “normal” y de lo “patológico”. Algunos de estos criterios son hegemónicos. Condensan y expresan los intereses de los sectores dominantes en una sociedad. Con esto queremos decir que hay formas hegemónicas de interpretar la subjetividad y normatizar y evaluar las conductas de los sujetos.

Hay ideas con mayor vigencia que otras acerca de la pertinencia o “adecuación” de formas de pensamiento, sensibilidad y acción, de relación consigo mismo y con el mundo. Estas concepciones tienden a ser homogeneizantes, en muchos aspectos, y suelen no tener en cuenta particularidades culturales.

Esto nos remite a las relaciones de poder presentes en un orden socio-histórico: en ese orden existe contradicción y lucha de intereses, lo que se expresara en concepciones dominantes y otras contrapuestas a las dominantes.

Podemos ejemplificar esto con los criterios de lo normal y lo patológico en la dictadura militar en que las conductas entendidas como sanas estaban marcadas por el silenciamiento, la renegación, el individualismo, la retracción en un mundo privado. La solidaridad y rebeldía, la lucha, que existían eran entendida como locura suicida y contaminante (expulsión de los consultorios).

Apunto con esta reflexión, tanto como con la pregunta en torno a cómo se fue gestando en nosotros la noción de salud mental, a que nos interroguemos -analizando los distintos

Facultad de Psicología

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

(Orientación Grupos e Instituciones)

<http://www.maestriapsicosocial.com.ar/>

escenarios de experiencia, los espacios vinculares, grupales e institucionales en los que nos configuramos como sujetos, en las que se constituyeron nuestras matrices de aprendizaje y vinculo- acerca de la operación de esos criterios hegemónicos o de esa contradicción de criterios respecto del ser o del “deber ser” del sujeto y como impactaron en nosotros, como los incorporamos a lo largo de nuestra historia personal.

En los diversos escenarios de experiencia, por los que transitamos en nuestro desarrollo, en nuestra cotidianidad, se multiplican mensajes relacionados con la pertinencia o impertinencia de formas de pensamiento, sensibilidad y acción. Por ejemplo, esas normativas a veces explícitas y en la mayoría de los casos implícitas están presentes en escuela, en las universidades, en la familia, en la Inst. laboral, en los medios de comunicación masiva, en espacios hospitalarios, consultorios, o por que no? En las maestrías de salud mental y psicología social. Están presentes en los discursos, en la distribución del tiempo y el espacio, en las modalidades instituidas de relación. En los roles adjudicados y asumidos, etc.

Los criterios de salud mental que así se expresan y el consenso que logran habla de un orden socio-histórico y sus representaciones colectivas.

Creo interesante interrogarnos acerca que domina en ellos, en esos criterios de salud mental: apuntan a perpetuar la normativa explícita e implícita de una sociedad e implementarla como forma de control social o ese criterio tiene el carácter de instrumento que puede aportar a la transformación de ese orden en función de las necesidades de los sujetos que son sus actores.

Una posibilidad de efectivizar este interrogante básico respecto a los criterios o concepciones de salud mental se refiere o concierne, desde nuestra mirada, a hasta que punto en un orden social, institución, red vincular, grupo, familia, hay espacio para lo creativo, lo innovador, lo espontáneo, el aprendizaje, la gestación de lo nuevo, a lo que algunos autores denominan procesos instituyentes.

Estas concepciones de salud mental, presentes y actuantes en distintas instancias de la vida social, y que están naturalizadas, con las que en general guardamos una relación de familiaridad acrítica, tienen alta eficacia en la constitución de la subjetividad, en particular en lo que hace a la identidad, la pertenencia social, familiar y grupal, y la autoestima.

Por la vigencia de esta familiaridad encubridora, porque domina considerar obvios y naturales esos criterios sociales insistimos en afirmar que la normativa acerca de la salud mental es socializadora e incorporada como ley en cada experiencia social y vincular, como ocurre con otras representaciones sociales. A la vez está fuertemente implicada con las relaciones sociales y como dijimos con la problemática del poder.

Esta afirmación no resulta novedosa luego de hacer un recorrido crítico del pensamiento psiquiátrico, desde la perspectiva de Foucault o la del institucionalismo, o la que en la práctica hospitalaria y la conceptualización clínica desarrollara e. Pichon-Rivière a partir de la década del 40.

Hemos podido vivir en nuestro país, así como en otros en este siglo, la “**psiquiatrización de la disidencia**”. Llamamos psiquiatrización a la adjudicación de locura a los que quieren desocultar los aspectos dañinos cuando no siniestros de un sistema relacional.² Este fue el caso de las madres de plaza de mayo, denominadas “locas” y el de los disidentes en la URSS cuando ya se había derrotado en ella a la revolución socialista. Internados en hospitales para enfermos mentales los gulags, esos disidentes quedaban descalificados como sujetos sociales pensantes, sujetos de derecho. Y esto era una estrategia, una de las más groseras, de control social del pensamiento divergente.

² Paradójica o quizás coherentemente, E. Pichon-Rivière fue y continúa siendo víctima de esa psiquiatrización, marginante y descalificante aún en supuestos “reconocimientos” de su tarea innovadora

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

(Orientación Grupos e Instituciones)

<http://www.maestriapsicosocial.com.ar/>

Existen entre nosotros muchas otras estrategias en general invisibilizadas y mas sutiles. Por ejemplo, hemos comprendido también por una experiencia social que ratifica y potencia el aporte que hiciera la clínica, hasta qué punto se ha extendido una relación de poder perversa que se expresa en la inducción al acatamiento, sobreadaptación y silenciamiento de conflictos a través de la **desmentida sistemática de la percepción**.

Hemos hablado desde nuestros primeros encuentros de esta forma de ejercicio del poder, pero por su impregnación de la vida social vale la pena retomarla. Como objetivo tiende a la marginación y silenciamiento de quien percibe, y denuncia relaciones y conductas patogénicas, pero que al hacerlo queda aislado, como suele ocurrir en grupo familiar o espacios institucionales o sociales mas amplios.

La desmentida se da siempre que un relato hegemónico interfiere la relación sujeto-realidad. Obstaculiza el que esa relación tenga el carácter de apropiación, aprendizaje y lectura de la misma. Ese relato hegemónico, omite, disocia aspectos de la realidad percibida o a explorar por el sujeto. La desmentida pretende moldear la interpretación de lo percibido, la distorsiona.

¿Como opera? El discurso emitido desde un lugar de poder niega la percepción de quien estaría en un lugar de subordinación, a fin de mantener esa relación.

Creo que es notorio que hoy en el mundo hay un creciente movimiento hacia la ruptura de la desmentida, hacia el desocultamiento de una realidad. Por que aunque no cae, el poder hegemónico muestra sus fisuras, sus grietas y contradicciones.

Sintetizando lo expuesto:

Los criterios de salud y enfermedad presentes y operantes en nuestra vida cotidiana, y habitualmente invisibilizados, no sometidos a problematización, son, como vimos, elaboraciones colectivas, no necesariamente conscientes, con sustento en relaciones sociales fundantes.

Sus condiciones de producción no son solo las del avance científico, en distinto tipo de conocimiento. No surgen solo de los aportes de la psiquiatría biológica o de la comprensión de los procesos inconscientes y de los factores sociales y vinculares intervinientes en la configuración y desarrollo del sujeto y de su relación con el mundo.

En tanto representaciones sociales, tienen también condiciones de producción económica, histórica y política. Se elaboran desde una concepción del hombre y desde un proyecto social. Por eso implican valores y normativas acerca de la subjetividad. Y según las características de esa concepción y ese proyecto pueden inducir situaciones de distorsión o enmascaramiento.

Un ejemplo de estos procesos de enmascaramiento podría consistir en que si el sujeto es definido como presocial y ahistórico, al indagar su problemática, se dejará de lado como factor de salud o patología su acontecer vincular y los efectos subjetivos de los procesos sociales en los que está inmerso.

Desde esta perspectiva serían incomprensibles hoy -al quedar fuera del análisis las características del actual sistema socioeconómico-cultural- el incremento exponencial de la depresión en la epidemiología psiquiátrica, incremento relacionado con la falta de perspectiva y proyecto, los síndromes de pánico asociados al terror de inexistencia y al crecimiento de las exigencias sociales, las que generan nuevas formas de alienación.

Mencionaremos algunas de ellas: la sobreadaptación, la negación de los signos del cuerpo y sus consecuencias expresadas en colapsos emocionales, crisis psicósomáticas o explosiones anárquicas de violencia- el empobrecimiento psíquico, el deterioro de la simbolización, de los procesos elaborativos y el temor al vacío y la destrucción interna que acechan al sujeto, y que lo empujan a la evitación del conflicto, y a la búsqueda de

Facultad de Psicología

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

(Orientación Grupos e Instituciones)

<http://www.maestriapsicosocial.com.ar/>

satisfacciones sustitutivas y efímeras, entre las que se encuentran las adicciones de distintos tipo, las conductas compulsivas.

A la vez e inversamente, una visión parcial y simplista, que define al sujeto solo como "sociedad interiorizada" tampoco comprende ni considera la especificidad de los procesos internos que operan en esa internalización de valores sociales, ni los procesos fisiológicos químicos, que hoy se conocen y que en algunas líneas de trabajo se articulan dialécticamente con la investigación de los procesos emocionales, de hacer y de pensamiento. Al negar estos procesos mencionados como factores de causación de la conducta, tampoco indaga cuáles de dichos procesos conducen a modalidades diversas de elaboración de las significaciones sociales, de su experiencia subjetiva y vincular y sus formas de relación con la realidad.

La cuestión de la relación entre subjetividad y acontecer social, historicidad y subjetividad, si bien remite a una pregunta milenaria, adquiere hoy particular vigencia en nuestro campo operacional.

Un nivel de expresión de esta situación esta dado por hipótesis y líneas investigativas desarrolladas desde la OMS la que definiera, por ej. en 1994 a las políticas neoliberales, tal como fueran instrumentadas en la década del 90, y continúan hoy vigentes, particularmente en los países en crisis, **como catástrofe epidemiológica, en funcion del daño que produjeran y producen.**

Esta idea de daño esta ligada a la emergencia de nuevas patologías, y no solo a ello, ya que trascendiendo la dimensión de lo patológico,

Estamos fuertemente interrogados por nuevas modalidades de comunicación, de vinculo, la emergencia de nuevos rasgos subjetivos, la vulnerabilizacion del yo, el incremento del aislamiento o vivencias de soledad, anonimato y desamparo, ligadas a la fragmentación social, cambios sustanciales en los procesos de identificación, el carácter efímero de muchos de ellos, obstáculos en la elaboración de proyectos compartidos que den sentido al presente y enlacen con el pasado aportando a la vivencia de identidad, de continuidad de ser en el cambio.

En esto opera la profunda transformación en las vivencias de tiempo y espacio, imponiendo nuevos ritmos, desorganizando secuencias que hasta aquí hacían a la configuración de identidad e impactando fuertemente en nuestra vida cotidiana. Muchos de estos quiebres devienen de una revolución tecnológica que aun no podemos asumir en su dimensión y efectos.

Esto no es un manifiesto contra los avances tecnológicos, por el contrario. Pero el desarrollo tecnológico se da en relaciones sociales concretas, que orientan su utilización, e implican efectos. Con esa revolución se conjuga la simultaneidad y vertiginosidad de acontecimientos, la multiplicidad infinita de estímulos y la capacidad, e incapacidad del yo para procesarlos

Estamos interrogados y desafiados, en términos de daño a encarar, por las causas de la explosión, el crecimiento exponencial de conductas agrupadas como trastornos de ansiedad, el pánico, alteraciones de la alimentación y de la construcción social y subjetiva del cuerpo y su representación.

La multiplicación de cuadros psicósomáticos, los colapsos del sistema inmunológico, todo ello habla de expresiones de distintos grados de padecimiento relacionados con la intensidad y multiplicación de exigencias adaptativas, ante las cuales a veces se genera o una sobre –repuesta o respuesta de sobreadaptación, en gran medida alienada, es decir desgajada o contradictoria con las necesidades subjetivas , lo que llamaríamos la construcción de un falso self, inauténtico, pero socialmente requerido y legitimado.

Facultad de Psicología

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

(Orientación Grupos e Instituciones)

<http://www.maestriapsicosocial.com.ar/>

Esto implica diversos grados de lo que se conoce como identificación con el agresor y sus mandatos.

Muchas veces esa sobreadaptación termina fracasando, ya sea en actitudes claramente observables o en procesos silenciosos, pero no menos deteriorantes para el sujeto.

Los operadores en salud mental, exigidos por los nuevos desafíos de comprensión y por las condiciones objetivas de operación, no estamos exentos de ese riesgo.

Con lo dicho estamos anticipando sin duda un juicio sobre un orden social en crisis en que la mayoría de las instituciones colapsan y no ofrecen continencia, orden antagónico en múltiples aspectos a las necesidades subjetivas y generador de daño psicológico.

Tratare que esto no resulte un a-priori, analizando luego sus rasgos mas patogénicos, aunque contradictoriamente, un sistema en crisis, y que no oferta sostén, no genera solo patología ni formas de adaptación pasiva al mismo, tema que creo fundamental empezar a focalizar hoy, dado los movimiento que se dan en el mundo, entre los que podemos mencionar, como lo hicimos en el modulo de crisis, los que se dan en el norte de África , como en Europa y EEUU y ciertos procesos que se observan en América Latina.

Cuando hagamos referencia a la particularidad del daño psicológico generado en la actual forma de vida social mencionaremos –a titulo de ejemplo-a un conjunto de procesos de riesgo, que en algunos casos estallan como intenso padecimiento.

En algunos de ellos, como defensa ante ese dolor, una parte significativa de la emoción y el pensamiento, así como las señales de cuerpo, quedan perdidas, negadas, disociadas.

Quiero referirme también a un tipo de conducta, que crece entre nosotros, aunque quizás no tenga tanta extensión numérica, como suelen mostrarla los medios de comunicación, pero alcanza hoy fuerte incidencia en la vida social, en términos de inseguridad, y que tiende a significar el espacio publico como peligroso, incitando a una clausura en el mundo privado, que aun así, no oferta total garantía.

Esta inseguridad-objetiva y subjetiva- potencia las vivencias de fragmentación y sospecha, miedos arcaicos y desamparo: Me refiero a la creciente violencia delincuencial: que entiendo es mayor en las grandes ciudades, pero que no deja de tener expresión en otros ámbitos. ¿Que procesos transitan los protagonistas de esa **violencia brutal en el delito común**? Sin duda han tenido en nuestra historia reciente de exterminio y tortura y en los medios masivos modelos identificatorios. Los marca una ausencia de pensamiento, así como un predominio del acto, que se manifiesta particularmente en quienes no pueden encontrar la respuesta supuestamente adaptada , requerida para la convivencia en un orden sociedad esencialmente cruel y expulsivo.

La intensidad de la carencia, la imposibilidad de simbolizar y elaborar su angustia, potencia crecientemente su frustración y su ira. Su defensa no es la parálisis sino la descarga en la acción destructiva y particularmente cruel.

Ese sujeto, en lucha incesante contra el pánico y el temor a la aniquilación-de los que intenta desprenderse a través de la acción y el congelamiento afectivo, cosificándose y cosificando a los otros- opera a su vez como factor de terror, haciendo vivir al otro lo que no tolera en si mismo.

En una búsqueda incesante de la localización de la fuente de ansiedad, esta es supuestamente hallada y luego desplazada hacia un nuevo objeto. Su ansiedad obtura los procesos de simbolización y pensamiento, los que le permitirían superar la trampa que lo atrapa. Lo proyectado retorna sobre si mismo reactivándose incesantemente el círculo ansiedad, proyección, agresión.

Muchas veces su apoyatura será la banda, la droga, las armas. Sabe de un destino social de expulsión y exterminio, y a la vez no es ajeno ¿y por que lo seria?, a la seducción y la

Facultad de Psicología

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

(Orientación Grupos e Instituciones)

<http://www.maestriapsicosocial.com.ar/>

oferta social de gratificaciones, busca pertenencia a partir de objetos emblemáticos y a cualquier precio. Esa tarea lo sostiene.

El haber internalizado un destino de muerte y conocer el desprecio social por su clase y su vida, se convierte en el desprecio por la vida e idealización del riesgo, de su condición transgresora y de su disponibilidad ante la muerte, esta jugado.

Podríamos hablar también de la **personalidad Light**, que se caracteriza por huir, a través de distintas conductas, de una vivencia de futilidad y vacío que marcan su vida. Está aparentemente inserto en la vida social sin sufrimiento alguno *todo bien, es lo que hay*. Instrumenta permanentemente mecanismos de negación, parece estar disperso en la superficie de las cosas, eso expresa su distancia afectiva y fragmentación, sus relaciones tienen las características de un vínculo de consumo, en tanto transitorias y descomprometidas. Se trata a los otros y a sí mismo con superficialidad, con una exterioridad defensiva en la que se banaliza y banaliza sus vínculos.

Su adaptacionismo acrítico es funcional al orden hegemónico. No vive ni intensos placeres ni dolores.

Podemos preguntarnos: ¿cuanta de esa banalización oculta una depresión latente, pérdidas que no pueden ser registradas ni asumidas?

Hemos subrayado que a nuestro entender, si el orden socio-histórico hace a la esencia de lo subjetivo, a su causalidad interna, este orden no tiene respecto de los procesos psíquicos, un vínculo secundario y de exterioridad, sino de interioridad recíproca. Esto se daría no solo en lo que hace a la existencia, sino también a las formas de la actividad psíquica. En consecuencia lo que acontece en ese orden, el de las relaciones sociales está implicado en las conductas que denominamos salud mental, o las que definimos como patología.

Esto es un intento de respuesta a las preguntas planteadas ¿por qué la eclosión de lo nuevo? ¿Por qué el opacamiento de formas conocidas de padecimiento y este emerger de lo desconocido, o vagamente vislumbrado?

Al afirmar que el hombre es un ser en relación dialéctica y permanente con una realidad cognoscible y transformable, plantearnos la elaboración de un criterio de salud y enfermedad requiere el análisis de las formas concretas que toma en cada sociedad y en cada sector de esa sociedad la relación sujeto/mundo.

Nuestra indagación abarcará, en consecuencia los dos polos de esta relación. Ello implica, respecto al polo del sujeto, estudiar sus posibilidades de realizar una acción transformadora, lo que denominamos adaptación activa a la realidad.

¿Esto que significa? Reconocimiento de necesidades y condiciones concretas de existencia. En términos de preguntarnos por la posibilidad de alcanzar un reconocimiento de sí mismo en situación.

Esto requiere, en el análisis de la conducta, de los vínculos del sujeto, de su hacer y representación del mundo, indagar el desarrollo de sus funciones psíquicas.

Investigaremos el grado de flexibilidad o estereotipia de la relación mundo interno, mundo externo, la plasticidad de las técnicas del yo (disociación, negación, proyección, etc.) las que facilitan u obstaculizan un encuentro dialéctico e instrumental entre sujeto y realidad al que denominamos aprendizaje, en tanto aprehensión de la realidad objetiva (aprehensión no como reflejo especular) sino como reconstrucción).

Esta aprehensión permite, en un proceso, la elaboración progresivamente integradora de hechos y relaciones, que posibilite establecer nexos, descubrir nuevas articulaciones,

Facultad de Psicología

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

(Orientación Grupos e Instituciones)

<http://www.maestriapsicosocial.com.ar/>

superar escotomas, así como reconocer fracturas, quiebres, vacíos y ausencias o formas inesperadas o hasta allí desconocidas de presencia. En este vasto interrogar, nos preguntamos por su capacidad cognitiva y emocional, de insight y elaboración de conflictos. Nos preguntaremos por su creatividad, como potencialidad de recorrer y gestar caminos alternativos, que impliquen innovación, apertura al cambio, trabajo de duelo por lo que se pierde y gestación de proyectos.

Esto es en síntesis un conjunto de signos que serían diversos indicadores de lo que consideramos un sujeto sano. Siempre teniendo en cuenta que no sería un proceso de unidad absoluta, sin contradicciones, que no albergue falencias; y también el carácter situacional de las conductas; en que circunstancias personales, sociales se da una forma u otra de la relación sujeto-realidad, cuando se ve más favorecida o más obstaculizada la adaptación activa, el aprendizaje de la realidad.

Pero, como dijimos al iniciar esta maestría, si hablamos de una interrelación y una determinación recíproca entre orden socio-histórico y configuración y desarrollo del sujeto no será solo este el interpelado.

Focalizar una relación implica analizar, entonces, lo que se da en ese escenario de experiencia del sujeto, ese mundo de relaciones y significaciones en las que está inmerso y a la vez debe posicionarse.

Con esto aludimos al orden social, institucional, vincular en el que emerge y despliegan las alternativas de su configuración y desarrollo.

Entonces indagaremos también el destino de las necesidades de los sujetos en esas distintas instancias de experiencia, hasta que punto algunas son reconocidas o desconocidas, valorizadas o descalificadas., manipuladas, que sostén y o continencia ofrecen los espacios interaccionales.

Por lo tanto, siempre en el marco de la elaboración de un criterio de salud y de la promoción de la misma, reflexionaremos acerca de la organización material y social de la experiencia colectiva en un orden socio-histórico concreto

Nos preguntaremos si ese orden social favorece el aprendizaje, el movimiento del sujeto sobre el mundo, o por el contrario, la obtura tendiendo a instalar el estereotipo o distintas modalidades de pasividad, ahondando fracturas entre sujeto y realidad.

Estos son interrogantes que implican el hacer en salud mental, en una situación de análisis crítico de la cotidianidad, como investigación sistemática de un momento histórico, en una sociedad particular.

Este análisis abarca a los sujetos en la complejidad de su praxis, su experiencia, su acontecer interno, en un mundo de relaciones objetivas que constituyen sus, nuestras condiciones concretas de existencia.

Esto habla de lo mencionado también en la apertura de esta maestría. La necesitada interdisciplinariedad de nuestro trabajo.