



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Integrador Final

Se romperán las ventanas de los manicomios

(Ensayo)

Autora: Zampar, Flavia Rocío

Legajo: Z-0430/8

Graduada Responsable: Chiarella, Mariana

Año 2018

Agradecimientos

A la Facultad de Psicología de la UNR, por otorgarme durante estos años las herramientas necesarias para mi formación profesional.

A la Psicóloga Mariana Chiarella, por acompañarme durante todo este tiempo brindándome su apoyo y colaboración en todo momento.

A los integrantes del espacio TIF, por dedicar su tiempo y ayuda en el último transcurso de este camino.

A mis padres, Dora y Guido, y a mis hermanos, Gabriel y Juan Manuel, por apoyarme y ser mí sostén de manera incondicional durante todos estos años transitados.

A mis sobrinos, Agustín y Constanza, por el amor entregado.

A Cristina, Pablo, Andrea, Martin y María Eugenia, por recibirme y abrigarme en mis inicios, haciéndome partícipe de una segunda familia.

A mis amigas y amigos, por haber estado presente en cada risa contagiosa y en cada momento de aflicción.

A mi analista, que ha sabido escuchar cada palabra y acompañarme -aún hoy- en este trayecto de aprehensión de mi deseo.

Índice

Resumen	3
Palabras claves	3
Se romperán las ventanas de los manicomios.....	4
Piedra tras piedra comenzaron a golpear las ventanas	4
Abriendo caminos.....	6
Comprendiendo la estructura.....	8
No hay algo sin alguna otra cosa.....	9
No se vuelve loco quien quiere.....	11
Una experiencia de transformación	13
Inventando la salida a tantas palabras vacías	14
Referencias Bibliográficas.....	16

Resumen

El presente ensayo aborda la problemática relativa al campo de las psicosis concebidas desde el ámbito de las instituciones y del trabajo de los profesionales de la Salud Mental. A partir de un sustento teórico definido, articularé paulatinamente una suma de interrogantes con el objetivo de reflexionar sobre la *praxis* profesional en un campo como el anteriormente definido a partir de ciertos ejes estructuradores tales como la concepción de sujeto y de las diferentes subjetividades, los posibles modos de pensar a la Salud Mental como campo disciplinar junto con los posibles abordajes de una problemática tan compleja.

En función de los ejes temáticos que motivaron la reflexión, el ensayo se organiza en ocho secciones que darán forma y sentido a una serie de cuestionamientos que me habitan e inquietan.

No quisiera dejar de mencionar que, si bien no se encontrarán en estas líneas respuestas dadas de antemano, todo el desarrollo responde a un posible tratamiento de las psicosis y a la particular importancia de trabajar con otros. Por lo tanto, espero que este trabajo se lea como lo que intenta ser: una invitación a seguir pensando y problematizando nuestro propio campo de acción.

Palabras claves: *Psicosis - sujeto - subjetividad - Salud Mental*

I. Se romperán las ventanas de los manicomios

*“El ser del hombre no sólo no puede comprenderse sin la locura, sino que no sería el ser del hombre si no llevara en sí la locura como el límite de su libertad”
Lacan, Jacques (1946)*

Antes de iniciar con el desarrollo de este ensayo, producido en el marco del Trabajo Integrador Final (T.I.F) de la carrera de Psicología, quisiera explicitar el encuadre dentro del cual surgieron los interrogantes que movilizaron las lecturas y la escritura que lo conforman.

Al momento de emprender mi recorrido en la *praxis* del acompañamiento terapéutico, no sólo me encontré con una serie de personas con diversos y complejos padecimientos, sino que también me vi inmersa en los lugares que estos habitan: instituciones de Salud Mental que, en virtud de su propia naturaleza, responden a un funcionamiento propio y específico. Allí, uno de los aspectos que llamó insistentemente mi atención tuvo que ver con la particular manera en que se concibe a las personas, específicamente, como si se tratara de objetos y por medio de mecanismos que van desde reducir a un individuo bajo el rótulo de una mera etiqueta hasta imponer una deshumanización a partir de una medicalización indiscriminada e, incluso, desregulada. Asimismo, me interpeló particularmente el modo en que esto perjudica a quienes -se supone- acuden a las instituciones buscando un alivio a sus malestares.

Experiencias como las mencionadas dejan de resultar anecdóticas cuando se sabe que son ejemplos de situaciones, lamentablemente, generalizables. Por lo tanto, han insistido durante el transcurso de las prácticas y vuelven a insistir ahora al momento de escribir este ensayo impulsándome hacia el desafío de pensar otras formas de intervenir, acompañar y ayudar a los sujetos que sufren, así como de redirigir la mirada hacia la subjetividad de los pacientes y replantear el rumbo que, día tras día, toma el sistema de atención en Salud Mental.

En este marco emerge mi preocupación por las psicosis y se encauza en una serie de interrogantes que giran en torno a cuestiones relativas a, por un lado, qué otros modos resultan posibles para pensar las subjetividades en nuestra sociedad actual y, por otro lado, a la existencia de formas capaces de sostener abordajes e intervenciones fuera de la lógica manicomial. En definitiva, al modo en que se concibe y podría concebirse el campo de la Salud Mental. Todas ellas, preguntas atravesadas por un interrogante mayor para el cual, tal vez, resulte pronto para encontrar una respuesta pero que, no obstante, considero necesario tener en el horizonte de la reflexión: ¿sujeto en la psicosis o psicosis sin sujeto?

Así como también interrogantes planteados desde una perspectiva legal ya que desde este marco hablamos siempre de toda persona como sujeto jurídico, reconociéndolos como portadores de derechos, no solo derecho a vivir sino también a vivir insertado socialmente, en una sociedad fundada en la igualdad civil. Un sujeto abstracto al cual ningún poder puede limitar, salvo que así lo acepte.

He intentado esgrimir un ensayo que, de la manera más clara posible, resulte un texto cuya lectura sobre el campo de las psicosis y sus particulares encrucijadas en la actualidad, no sea una empresa posible sólo para profesionales de la Salud Mental sino también, y fundamentalmente, para el público en general. Deseo, entonces, que el lector me acompañe en los diversos caminos que abren estos cuestionamientos que, vale aclarar, aún se encuentran en las tinieblas.

II. Piedra tras piedra comenzaron a golpear las ventanas

Luego de reflexionar sobre el vínculo que sostienen las instituciones con los sujetos psicóticos, me resulta posible pensar, siguiendo la línea de Emiliano Galende (1997), que hemos atravesado grandes modificaciones en el campo de la Salud Mental en los últimos años: transformaciones en el Estado que nos han llevado a examinar cuestiones tradicionales que estaban establecidas en la cultura, suponiendo previamente que la cultura

se encarna en la subjetividad de cada uno de sus integrantes produciendo nuevos rasgos subjetivos y nuevas relaciones entre los individuos y la sociedad. Se vuelve necesario, entonces, historizar para comprender de qué se tratan dichas transformaciones, tornándose imprescindible ubicar mi reflexión y el consecuente desarrollo respecto de los paradigmas de la sociedad en un contexto específico.

Pues bien, resulta innegable que, históricamente, el rol del Estado ha tenido un gran impacto sobre el campo de la salud. En los años sesenta y al tratarse de un Estado Benefactor, comenzó a dejarse atrás la idea de un Estado concebido como exclusivo protector de los derechos individuales para pasar a convertirse, gradualmente, en garante de derechos sociales. Con esto me refiero, en consonancia con lo planteado por Galende, a que en la década del sesenta se pensaba al individuo de manera singular y, por lo tanto, el padecimiento concernía únicamente a la persona afectada. Así es que comenzó a cuestionarse la hegemonía médica, fundamentalmente, para que también pudieran tener lugar otros saberes y fuera posible, entonces, abordar los problemas desde otros puntos de vista: a partir de la presencia de otros profesionales con criterios de comprensión y valores diferentes y en virtud de lo cual se pudiesen proponer otras prácticas sobre los enfermos. Es así como el centro de la crítica pasa a ser ocupado por los manicomios y la internación de los pacientes cuestionándose fuertemente su funcionamiento, en particular en lo que concierne al tratamiento ofrecido a los enfermos debido a que éste se basaba en una visión positivista de las enfermedades mentales definidas desde el marco institucional del hospital psiquiátrico.

Desde entonces se comenzó a pensar en nuevas propuestas institucionales en cuyo marco se pudiera introducir una perspectiva que considere -y reconozca- al sujeto como tal de manera que el paciente no quedase relegado a una cualidad de 'objeto', aportando, así, una mayor racionalidad tanto a los problemas como a las acciones que se emprendiesen. Estas nuevas instituciones fueron, concretamente, centros de Salud Mental, hospitales generales, hospitales de día, entre otros.

Otra de las evoluciones producidas en el campo respondió a un trato menos jerarquizado entre médico y paciente. Me refiero a que, anteriormente, el médico concentraba el poder capaz de considerar los síntomas subjetivos propios del malestar psíquico como una enfermedad similar a cualquier otra, lo que significó la posibilidad de un tratamiento médico que, como cualquier otro producido a partir de una dosis de medicamentos, pudiese prescindir del sujeto. No obstante, gracias a los avances producidos en el campo de la Salud Mental, pudo otorgársele al paciente un protagonismo sustancialmente mayor en los procesos de su independencia, considerando, así, a la persona desde una comprensión conjunta en su malestar psíquico. Dicho esto, resulta claro que los cuidados de la Salud Mental -tanto en la asistencia en todos sus niveles como en la prevención y promoción de sus valores- dejaron de ser un ámbito exclusivo de los médicos para erigirse como un espacio de abordaje interdisciplinario.

Considero oportuno comprender de qué se trata la interdisciplina y, para ello, quisiera retomar a Stolkiner (1999) quien, en relación a equipos de estas características, resalta el hecho de que se trata de un grupo donde cada saber disciplinario constituye una forma de poder. Esto supone, además, la renuncia a la creencia según la cual el saber de la propia disciplina resulta suficiente para dar cuenta de un problema, sobre todo, cuando se trata de una temática tan compleja como lo son, en este caso, las psicosis, para avanzar hacia el enriquecimiento que pueden otorgarle los diferentes puntos de vista, cada uno de los cuales permite introducir preguntas diferentes en cuyas respuestas pueden encontrarse nuevos modos de intervenir. Por lo tanto, considero que se trata de reconocer la incompletud de la propia disciplina y desafiarla para ponerla a trabajar.

A propósito de lo planteado hasta aquí, me resulta interesante pensar cómo estos procesos de cambio, siempre graduales, continúan siendo los principales modos que adopta la lucha que implica la conquista de los derechos sociales que posibilitan otras formas de pensar a la Salud Mental. En este sentido, la *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657* sancionada en el año 2010 representa, en la actualidad, uno de los mayores avances en el

campo en tanto que impulsa un cambio de paradigma al concebir a la Salud Mental -en su artículo 3°- como un proceso en el que se entrecruzan aspectos históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social que se vincula de forma directa con el cumplimiento de los derechos humanos y sociales de toda persona. Asimismo, en el artículo 27° de la misma Ley se menciona, por un lado, la prohibición en cuanto a la creación de nuevos manicomios a causa de la violación sistemática a los derechos de las personas y, por otro lado, la voluntad de readaptar los existentes en función de una atención integral e interdisciplinaria que garantice los derechos de las personas que se atienden en ellos. Reconociendo, además, con extrema claridad, la necesidad de crear dispositivos alternativos que sustituyan definitivamente al manicomio.

Este recorrido me permitió observar, a lo largo de la historia de los últimos años, una serie de cambios de importancia radical que permitieron pasar de un abordaje del sufrimiento psíquico basado en prejuicios y fundado en un *modus operandi* tradicional propio de la psiquiatría, a abordajes con un nuevo foco, centrado en el sufrimiento pero comprendido desde las relaciones que el individuo mantiene con su conjunto familiar, grupal y social. Este redireccionamiento conlleva grandes modificaciones que permiten abordar al paciente de un modo subjetivado y mantener, con ello, sus relaciones sociales que, considero, son las que le otorgan la vida.

A partir de lo expuesto es que puedo preguntarme por la forma en que estos cambios han impactado en la *praxis* concreta, fundamentalmente, teniendo en cuenta que en función de las reflexiones que motivaron este ensayo, debo repensar continuamente que la lucha por los derechos sociales no está cancelada y que, incluso, debe continuar ya que -y este es mi punto de partida- aún en la actualidad existen muchos espacios que continúan tratando a sus pacientes desde una lógica manicomial.

III. Abriendo caminos

En consonancia con la línea propuesta por la *Ley de Salud Mental N° 26.657*, sostengo que el terreno para poder abordar las psicosis hoy en día no debe quedar reducido a las diferentes disciplinas e instituciones ya que resulta necesario comprender los rasgos de la nueva cultura y el impacto que genera el ingreso del mercado en ella, no sólo por permitir la entrada de productos en el campo de la salud sino, además, porque puede concebirse como generador de nuevas subjetividades. Considero, entonces, que comprender este giro de la medicalización y el fenómeno de desubjetivación exige indagar en la producción cultural.

Dado que actualmente vivimos en una sociedad capitalista cuyo valor supremo es, a todas luces, el consumo, y en la que la lógica del ser ha cedido paso ante la lógica del parecer, se busca constantemente desde las instituciones normalizar todo aquello que se esgrime por fuera de lo establecido, intentando adaptar al otro al funcionamiento y la manera de vivir que se consideran 'correctos'. Quisiera preguntarme, en este sentido, ¿qué ocurre con las psicosis en este marco? Y, por lo tanto, ¿cómo se podría alojar el padecimiento singular para dejar de intentar neurotizarse al loco? Estos y otros son interrogantes que me atraviesan e inquietan, así como también me obligan a admitir que aún el trabajo en el campo de las psicosis tiene mucho camino por delante, incluso cuando resulta posible reconocer que sus avances han logrado producir un gran impacto.

A partir de estas cuestiones que surgen asiduamente, quisiera retomar a Galende (1997) para pensar qué alianzas se establecen entre los profesionales y el mercado, donde se dan nuevas producciones de subjetividades mediante el consumo masivo de medicamentos por parte de los individuos contribuyendo a producir una desubjetivación que logra, de esta manera, atribuir el malestar psíquico a causas externas a la persona. Esto supone pensar que los psicofármacos tienen el poder de silenciar el conflicto, de jugar a favor del síntoma y su duración teniendo en cuenta que inhiben al sujeto en relación a su deseo o a su realidad.

Entonces pienso -e invito al lector a hacerlo conmigo- que la sociedad actual nos vende, a través de la publicidad y el marketing, una idea según la cual todo puede tener una

'solución' rápida y fácil. Esta idea incita implícitamente al consumo de psicofármacos, por un lado, y a que los pacientes se entreguen al saber y poder absoluto del médico, por otro, abandonando con ello los esfuerzos por hacer inteligible su malestar y posible el enfrentamiento directo a las contradicciones de la realidad que les concierne. Pues bien, ¿cómo es posible que esto se haya logrado instalar en la sociedad? Podría suponer que se debe a esta cultura emergente en la que la demanda crece de manera constante buscando soluciones inmediatas. También podría deberse a que el mercado nos ofrece 'salidas' que resultan, cuanto menos, cómodas en tanto que nos permiten mantener el beneficio de no responsabilizarnos por nuestros actos. Entiendo, entonces, que este alcance del mercado por sobre el hombre que logra convertirlo en consumidor, ha conseguido también instalar, en el mercado y en el imaginario social, una oferta de medicamentos pensados y vendidos como soluciones para acallar los síntomas que sus propios rasgos culturales producen.

Frente a estas contradicciones es que resulta complejo abordar la cuestión de las psicosis, justamente porque muchas veces los individuos se eximen de cualquier esfuerzo o responsabilidad que suponga un análisis o un tratamiento alternativo, cualesquiera que estos sean. Porque no se trata de silenciar el malestar sino, por el contrario, de hacerlo hablar para que, con ello, sea posible otorgarle un sentido al síntoma o, en el caso del delirio en las psicosis, encontrar un sentido que restituya el mundo de la persona en función de lo cual pueda construir una realidad que sea significativa para sí misma.

De esta forma, entonces, considero que se trata de poner en palabras el conflicto, escuchar sus razones y asumir así los avatares de los deseos y la realidad del paciente, ya que es el lenguaje la herramienta fundamental que compone las relaciones sociales. Al mismo tiempo, este lenguaje no podría funcionar sin la presencia de otros que permitan la subjetivación individual a partir de ciertas creencias, ideas y significaciones. Al igual que Galende (1997), creo que la relación que el lenguaje mantiene con otros es un proceso de apropiación de la subjetivación que se da desde el inicio y que permanece a partir de la relación con otros, esto se debe a que un individuo es primeramente nombrado y hablado por otros, antes de advenir como individuo conciente de sí mismo. De esta manera, pensar en el sujeto que abordamos a la hora de la clínica es considerarlo, en un punto, como un sujeto en efecto, aquel que encontramos en sus producciones, es decir, al momento de hablar. Por esto es difícil abordar a un paciente obstaculizado por una nube de medicamentos que lo inhiben continuamente.

En este marco, entiendo que el problema de la medicalización de los pacientes gira en torno a estas nuevas realidades donde, en el afán por lograr la individualidad, el paciente se topa con el trato propio de las instituciones que se manifiesta como retroceso en las operatorias normalizantes y manicomiales de las instituciones tradicionales de nuestra sociedad. Para decirlo junto con Colette Soler (2016), no resulta posible sostener el lazo social de los psicóticos ya desde el momento en que se les coloca a los pacientes un chaleco de fuerza que intenta calmar la expresión y silenciar la voz discursiva a partir de los efectos medicamentosos. Al mismo tiempo, resulta observable el modo en que este retroceso tiene un alcance por fuera de los muros del manicomio, no sólo en cuanto a la manera de concebir a un sujeto -al provocar realidades desubjetivantes- sino también, en el rol de los profesionales de un sistema de salud manipulado por el avance económico, quienes deben enfrentarse a nuevas problemáticas para las cuales deben desarrollar una serie de diagnósticos bajo ciertas exigencias que, en más de un caso, son contrarios a sus ideales, lo cual acarrea una serie de consecuencias en sus pacientes. En este sentido, como desarrolla Galende (1997), es que los tratamientos se propondrán bajo una duración de acuerdo al valor del mercado y no de los tiempos singulares del paciente o de la percepción de los profesionales.

En consecuencia y siguiendo la línea de pensamiento de Galende (2008), coincido en que ingresamos en nuevas eras, nuevos surgimientos de rasgos de la cultura que nos marcan como profesionales, lo cual inevitablemente me lleva a pensar y repensar que la medicalización supone tomar el camino más 'fácil' o el más 'seguro', olvidándose las razones del malestar, lo cual tiene como consecuencias devenir como un otro de lo que

realmente somos. Si es esa la dirección que el mercado invita a tomar, transformando sujetos en objetos de consumo, surge nuevamente la pregunta: ¿qué rumbo toma actualmente la Salud Mental?

IV. Comprendiendo la estructura

En función del recorrido que vengo trazando, juzgo oportuno volver a remarcar la pregunta por el rumbo propuesto para concebir a la Salud Mental desde un paradigma que pone en tensión la idea de neurotizarse al loco como una cuestión que, a mi juicio, resulta clave.

Es en este afán por la medicalización que se considera, desde la neurosis, como 'anormal' a las psicosis. Dado que el ejercicio de toxicomanía legal que ejerce la psiquiatría actualmente y que también es congruente con esta sociedad de consumo que lo acompaña, aplastar las psicosis constituye una manera de barrer los problemas y soslayar con ello la comprensión y el tratamiento del trastorno psíquico, lo que, sin embargo, no deja lugar para una acción transformadora sobre el sufrimiento del paciente.

De acuerdo con los aportes de Galende (2008), la comprensión facilita, mediante la relación en conjunto de quien sufre con quien ayuda, partir desde el reconocimiento inicial de un 'no saber'. Es decir, un saber incompleto de ambas partes para que, de esta manera, se pueda llegar a la indagación del pensamiento y evitar la práctica basada en un supuesto saber del especialista que muchas veces impone nombres, diagnósticos y otras etiquetas cuyo rasgo distintivo es el de prescindir del sujeto. Esta comprensión transformadora es propia de las intervenciones de Salud Mental que trabajan a través de la palabra puesto que es justamente mediante ella que podemos dar cuenta de las relaciones que permiten pensar en conjunto al individuo y a su comunidad. Es por esta razón que no considero posible la generalización del sufrimiento humano sino que, por el contrario, lo conveniente sería comenzar por dar cuenta de la singularidad constitutiva de cada sujeto.

Permítaseme, entonces, insistir en subrayar esta cuestión relativa a la despatologización ya que entiendo que, de entrada, no interesa la nosografía sino que la cuestión debería girar en torno al sujeto y a su sufrimiento psíquico a partir del valor que adquiere su palabra, considerada esta como esencial en el tratamiento. Fundamentalmente, porque tiene la particularidad de distinguir a los seres humanos en tanto que es mediante ella que podemos acceder a la historia particular del sujeto como tal, marcando así la entrada a una estructura posible ya que, de no acceder a su historia -si es que la hubiera-, sería imposible encontrar una vía de acceso a la construcción de una estructura. En este sentido, concibo a la estructura pensada en relación pura y exclusiva al lenguaje, tal como lo señala Lacan (1984) en su *Seminario 3*, para lo cual no resulta casual el hecho de definir la estructura en relación al significante justamente cuando se encuentra abordando el campo de las psicosis.

A los fines de comprender este término en relación con la clínica psicoanalítica, considero oportuno detenerme y retomar uno de los aspectos planteados por Eidelsztein (2008) a propósito de lo que Lacan plantea desde sus inicios sobre la estructura porque, entiendo, viene a iluminar el campo de dicha noción: "Estructura clínica' [...] según Lacan es: conjunto co-variante de elementos significantes." (Eidelsztein, 2008: 49) Este autor separa esta definición para echar luz sobre ella y sostiene, en relación al término *conjunto* y haciendo referencia a una colección de elementos, que conservan en su interior un vacío, ya que se trata siempre de un no-todo. En relación al término *co-variante*, Eidelsztein señala que cada elemento del conjunto carece de identidad propia, su valor será adquirido -a nivel de la lengua- mediante la relación con otro de los elementos, cualquiera sea, ya que no mantiene relación fija con ninguno. Por otra parte, sobre el término *significante* señala que dentro de esta estructura se encuentran significantes que -podría decirse-, son una serie de fonemas, que en un sistema lingüístico son unidades cuyo valor se obtiene por oposición a las demás, es decir, solos no significan nada, sino que, significan en el sistema de co-variación, en la medida que aparece otro significante, cualquiera sea este.

Esta estructura no será observable por medio de la realidad pero sabemos con certeza que es fundamental en los seres humanos, ya que, considerando que un sujeto habla, puede ser pensado como sujeto. Si bien esto es lo que posibilita pensar un sujeto en las psicosis, para una cabal comprensión del tema que me aboca, es necesario realizar antes una breve descripción de la constitución del sujeto en la neurosis.

V. No hay algo sin alguna otra cosa

Para llegar al encuentro con el sujeto que vengo desarrollando en estas líneas, retomaré los lineamientos propuestos por Lacan (2006) en tanto considero que fue este autor quien ha logrado aportar una buena cuota de claridad a las nociones propuestas por Freud en la comunidad psicoanalítica que, en más de una ocasión, se presentan de un modo confuso. Al margen de las cuestiones personales que atañan a cada lector de Freud, entiendo que tal vez esta confusión pueda deberse a que éste trabajó las psicosis de manera alusiva, posiblemente porque para su momento histórico no tenían el grado de urgencia que tienen hoy. En este sentido es que los aportes producidos por Lacan en el Psicoanálisis aún hoy resultan de gran relevancia por haber marcado un recorrido que ilumina aquello que se encuentra bajo las sombras.

Pues bien, este recorrido tendrá como artilugio a la angustia, la cual, según hipótesis delineadas por Lacan marcará de entrada que algo de lo que está oculto se deja pesquisar mediante ella, permitiendo, así, un acercamiento al sujeto. Coincido con Lacan cuando deja en claro, que “la angustia (...) no es sin objeto” (Lacan, 2006: 101), -aunque no sepamos de qué objeto se trata y, por lo tanto, no podamos abordarlo por la misma vía que a los demás-, se nos marca que debemos comprender que ya no se trata sólo de una señal en el yo, como marcaba Freud.

Lacan va a proponer abordar tal objeto como aquello que no es posible simbolizar, señalando que se trata de una ausencia justamente porque no se puede poner en palabras y hace que nos encontremos, valga la redundancia, con un vacío. Ahora bien, ese objeto tiene relación con el sujeto del deseo en cuanto al vínculo con el Otro ya que la angustia surge cuando el sujeto se confronta al deseo del Otro. ¿Cómo es esto posible? En esta dirección, Lacan nos aporta mediante su teorización y bajo la necesidad de entender cualquier cosa de la experiencia psicoanalítica, el anudamiento de las dimensiones de lo imaginario, lo simbólico y lo real. Tras un acto fundante, mediante el cual se adquieren los significantes, se producirá la constitución del aparato psíquico. Sin embargo, el efecto de esta operación dejará un resto que el autor denomina *objeto a*, cuya aparición en escena puede tener consecuencias sobre el sujeto en falta en ser. Esto se debe a que estructuralmente somos sujetos de la falta, es decir, tendemos a una falta en ser debido a que hay una caída en el momento mismo de la constitución. Cuando esa falta, falta, es justamente el momento en que nos angustiamos, porque en su lugar se encuentra un vacío cuya presencia es -diría- necesaria ya que nos permite constituirnos subjetivamente.

En este sentido, el autor continúa planteando, para pensar la constitución del yo en el sujeto, su conocido esquema del estadio del espejo dando cuenta de que la misma experiencia de ver la propia imagen en el espejo lleva a la unificación del niño de las zonas erógenas, que hasta entonces eran parciales. Esto es posible por la presencia de un Otro, cuando el niño gira su cabeza hacia quien lo sostiene para pedir que ratifique el valor de su imagen en el espejo, así confirma, mediante la palabra, que quien aparece en ese espejo es su imagen misma, se trata del Otro como lugar del significante. Pero puede ocurrir que en un momento se presente como una imagen desconocida y extraña, dejando entreverse la angustia, esto se debe -dice Lacan- a que hay algo del investimento libidinal que queda por fuera, como resto, de la imagen especular, presentándose en el lugar que le corresponde a la falta, pues sabemos que no hay imagen para esta.

Así, entonces, Lacan nos enseña que la imagen se constituye y se arma a partir de que se articula al significante. Es decir, a esta dimensión de lo imaginario le hará falta una vuelta más para la constitución de este sujeto, siendo, justamente, el enganche de lo simbólico, vale aclarar, una dimensión fundamental en el campo psicoanalítico.

Lacan (2015) intenta dejar en claro cuáles son los conceptos fundamentales del psicoanálisis, entre los cuales no se permite confusión alguna, y considera mediante las operaciones de *alienación* y *separación* el advenimiento de este sujeto en el campo de la palabra.

La alienación -sumamente frecuente en la realidad- se efectuará primeramente mediante dos campos: la relación del sujeto con el Otro, el cual será portador de los significantes y donde el sujeto se apropia de algo externo perteneciente a ambos. Así es que podemos hablar, en un primer momento, de una *captura imaginaria*, una unidad entre ambos, ya que aún se trata de un cuerpo fragmentado, donde la totalidad vendrá de afuera, del Otro. Mediante esta lógica de la alienación es que el sujeto en advenimiento signa un primer significante, el significante del Nombre del Padre, donde su efecto será, como sostiene Lacan, su afánisis, es decir, la desaparición del sujeto instituyendo el deseo.

Pero bien, la alienación acarrea necesariamente otro mecanismo: la separación, operación que nos dirige al sujeto. Es necesario que se produzca una separación del campo del otro, mediante el enganche de lo simbólico a la vía de lo imaginario. Justamente para 'romper' con esa dupla y causar el aparato psíquico. Ello se debe a que entre el sujeto y el Otro hay en común una falta en ser, por lo tanto se produce la intersección de esas dos faltas, la cual permite esta división, nos marca que hay un Otro que también está en falta y nos permite este movimiento fundante de la subjetividad, dando paso a su vez hacia la constitución del fantasma, logrando entender de esta manera la pregunta que el sujeto le consumará al Otro, mediante su separación: *¿che voui?* -¿Qué me quiere el Otro?-

Pero aún hay otro movimiento que es todavía anterior a cualquier constitución de subjetividad ya que la simbolización necesita de un comienzo. Lacan (1984), retomando a Freud, aborda el término alemán *bejahung* -que podría traducirse al español como 'afirmación'- aludiendo a la incorporación del primer cuerpo de significantes, acto previo a la simbolización, donde luego de haber simbolizado una cosa en este nivel, se le puede atribuir o no valor de existencia: algo que se sostiene como negado a partir de aquello que se afirma primeramente. Así es que Lacan puede pensar en una primera diferencia en cuanto a neurosis y psicosis, ya que considera, que en tanto hay *bejahung*, hay sujeto, determinando que acontecería, por lo tanto, en un campo dividido.

Ahora bien, sostiene que "en el origen hay pues *Bejahung*, a saber, afirmación de lo que es, o *Verwerfung*" -rechazo- (Lacan, 1984: 120). Si hay algo que se rechazó, *Verwerfung*, en lo simbólico, antes de ser afirmado, puede retornar por otra vía, lo real. Como formaciones psicóticas tales como delirios, alucinaciones o neologismos, ya que hay algo que no aconteció en lo simbólico y retorna como acontecido por la vía de lo real, como vivido.

Este tratamiento del significante divide al sujeto y en este advenimiento es que, mediante lo que deja como resto -lo que se denomina *objeto a-*, causa la constitución del sujeto de deseo. Pero la pregunta ahora es: ¿qué relación mantiene este objeto con el deseo? Lacan (2006) va a establecer que es preciso ubicarlo como causa del deseo, es decir, por detrás, pero que a su vez este objeto no tiene intencionalidad de algo que se puede querer y obtener como aquello a lo cual podemos llegar, es decir: se lo concibe como causa perdida. Hay una dificultad para identificarlo pero esto no quiere decir que no esté allí. Está presente y su función es ineludible.

Justamente como este objeto se encuentra en lo real y, por lo tanto, no es posible abordarlo por ninguna de las otras dos vías -imaginario y simbólico-, nos encontramos con la falta posible de ser abordada sólo por medio de lo simbólico. Pero a esta, al participar siempre de cierto vacío, se la intenta llenar de distintas maneras pero lo que se puede representar en ese lugar nos desorienta ya que sabemos muy bien -como afirma Lacan- que no la podemos colmar de ningún carácter. Ello ocurre debido a que se trata de la falta en ser que a su vez produce el deseo y cuando es perturbada al máximo, es decir, cuando no hay posibilidad de falta, suscita la angustia. Consecuencia de no tolerar el vacío.

Ahora bien, lo expuesto hasta aquí hace referencia sólo al sujeto de la neurosis, permitiéndome trazar ciertos interrogantes: ¿cómo plantear el sujeto en la psicosis? Y, de haber sujeto, ¿hablamos del mismo sujeto?

VI. *No se vuelve loco quien quiere*

¿Sujeto en la psicosis o psicosis sin sujeto? La respuesta correcta no es ni la afirmativa ni la negativa.

En primer lugar, quisiera establecer cuál es mi postura con respecto a estos enigmas, ya que, según considero, existen diferentes posicionamientos a la hora de abordar el trabajo en el campo de las psicosis. La primera de ellas es considerar, siguiendo a Lacan (1984), que hay sujeto en las psicosis por lo que, al mismo tiempo, me pregunto: ¿es plausible pensar que existe solo una manera para la constitución del sujeto? En segundo lugar, sostengo que no hablamos del mismo sujeto al modo de lo expuesto anteriormente, ya que se trata de una 'estructura' diferente. Sin embargo, sostengo mi postura a partir de considerar, en tercer lugar, que dejando de lado el sujeto en las psicosis ¿con quién estaríamos trabajando? O bien, ¿qué habría en las psicosis?

Lacan (1984) nos invita a reflexionar en el recorrido de su obra acerca de las psicosis y los problemas que suscitan en este campo, dejando claro hacia qué punto lo condujo su trabajo y abriendo camino para continuar con él. La experiencia nos muestra, según el autor, que hay significantes de base que son fundamentales para dar un orden a las relaciones humanas, sin los cuales no sería posible establecerlas. Tal es el caso del ya mencionado significante del Nombre del Padre. Ahora bien, establecí anteriormente que en la neurosis quien viene a producir la separación es el Otro portador de significantes, dando lugar a la *represión*, justamente porque no se quiere saber nada de lo que este significante acarrea, es decir, la ley, posibilitando de esta manera el advenimiento del sujeto. Pero bien, ¿qué pasa entonces en las psicosis con dicho significante? Lacan (1984) lo ejemplifica claramente considerando este significante como 'la carretera principal' que marca un orden en relación a las demás calles. Esto quiere decir que, de no existir esta carretera, nos encontraríamos un poco desorientados. Es así como sucede en las psicosis: la falta de un significante lleva necesariamente al sujeto a poner en tela de juicio los demás significantes.

Pues bien: ¿qué consecuencias acarrea esto? Lo que ocurre es que en las psicosis no se produce la triangulación en el momento de la separación con el otro semejante, quedando de esta manera en el plano dual, que conlleva a una captura imaginaria, una alienación en el campo del deseo del Otro. Es así que, en lugar de la represión, se produce lo que Lacan denominó con el término alemán *Verwerfung* -rechazo- del significante del Nombre del Padre que no llega de esta manera al lugar del Otro, el cual permite no sólo que se articule la ley como prohibición, sino también como ley del lenguaje, quedando como consecuencia un agujero en la significación.

Ahora bien, siempre hay un Otro, dice Lacan, en el momento en que el sujeto habla. En las psicosis, ese Otro, lugar de la palabra, aparecerá como omnipotente, omnipresente, aquel que todo lo puede y no permite la falta. En este punto, según lo establecido, cuando la falta es perturbada no resulta posible la constitución del sujeto en tanto dividido, motivo por el cual en las psicosis nos encontramos con un inconsciente a cielo abierto: todo lo que en otro sujeto estaría reprimido, en las psicosis se encuentra dado. Pero, a su vez, la falta permite la constitución del fantasma mediante la intersección de ambas faltas -operación que ocurriría en la neurosis-, y esto nos hace suponer, en las psicosis, una totalidad en el Otro, estructurando un fantasma diferente al de la neurosis, dando lugar así a un sujeto plagado de certezas, sin posibilidad de duda alguna.

Entonces, luego de haber planteado las psicosis a través del mecanismo de la *forclusión*, se hace difícil pensar en un sujeto desde la lógica del psicoanálisis como lo planteaba Freud en sus inicios, es decir, un sujeto dividido y sintomático. Sería muy fácil reducir el campo de las psicosis sólo a su mecanismo pero debemos saber que, de esta manera, se dejarían por fuera problemas fundamentales, como sería el caso de, por ejemplo, una psicosis no desencadenada, donde no nos encontramos de entrada con sus producciones. Es precisamente por esta razón que considero que debemos ir un poco más allá e indagar en los fenómenos del lenguaje ya que, siguiendo a Lacan, cuando los sujetos hablan todo parece estar ahí, ya que es donde vamos a encontrar todos sus aspectos, descomposiciones y alteraciones.

En este sentido, el autor nos marca que el orden simbólico subsiste como tal por fuera del sujeto y a su vez lo determina. Entonces, podemos suponer que aunque la carretera principal no esté, pueden aparecer, a la orilla, carteles que logren guiar al sujeto cual muletas imaginarias y así permitir compensar la falta del significante.

Lo que se rechaza entonces es sólo un significante primordial, y no por entero el conjunto de significantes, es decir, lo simbólico. El movimiento que Lacan realiza al hecho de la no *bejahung* en las psicosis es justamente una solución al enigma del lenguaje en este campo y se trata de que la realidad está marcada por el 'anonadamiento simbólico'. Quiero decir, en esta línea, que estos argumentos suponen una cuestión central en Lacan según la cual la realidad tiene una estructura significante. Es decir, el psicótico se encuentra habitado por el lenguaje, invadido por él.

Desde sus inicios, dicho autor nos marca lo fundamental de la actividad hablante, hecho que parece simple a primera vista pero frente al cual debo preguntarme: ¿qué es hablar? Bien, ante todo, es un enganche a otros, justamente porque algo nos falta es que hablamos, de lo contrario seríamos animales de instintos.

Ahora bien, me referí al *objeto a*, causa del deseo, como lo que da lugar a una falta, operación que ocurre en la neurosis a partir del advenimiento del sujeto dividido, sin embargo en las psicosis esto no se estructuraría de igual manera debido al rechazo que se produce del significante primordial. Entonces: ¿qué ocurre con este *objeto a*? El loco lleva sus objetos, cual golosinas, en sus bolsillos, argumenta Lacan.

Me apoyaré en las ideas de Eidelsztein (2008) y tomaré prestados sus testimonios para dar cuenta de esta operatoria. Este objeto, al tener estatuto de perdido, desde el inicio ocasiona necesariamente una incompletud en la estructura, produciéndose esto de igual manera para todos los sujetos. Lo que ocurre es que la pérdida de este objeto puede estar inscrita en algunos sujetos y en otros no, como es el caso de las psicosis. El hecho de que esta pérdida del objeto se inscriba, es decir, que se vuelva legal, hace que sea imposible colmarla y, en consecuencia, funcionará la ley causando el deseo. Cuando no se produce esta inscripción legal, nos encontramos en el campo de las psicosis pero ¿qué ocurre entonces con el deseo? Podría suponer, *a priori*, que el loco permanece en la misma célula con el Otro, por lo tanto, se encontrará entrampado con ese mismo deseo.

Eidelsztein, siguiendo a Lacan, va a referirse a la '*clínica de la holofrase*' haciendo alusión a las psicosis, donde no se produce la falta del intervalo entre significantes -S1; S2- habiendo señalado ya Lacan que un significante es lo que representa a un sujeto para otro significante y marca, en consecuencia, un límite. Pero la holofrase aparecerá completa, es decir, aparecerán significantes, pero sin cortes. Consecuencia dada por la falta de la ley que, como ya mencioné, establece, además de una prohibición, un orden en el lenguaje.

Pues bien, continua esclareciendo Eidelsztein que a pesar de la ausencia de una estructura legalizada en las psicosis, el movimiento para comprender al sujeto en ellas se da por el hecho de que no se puede afirmar un completo desorden y una ausencia de lógica en las psicosis, justamente porque el sujeto está inmerso en un mundo, está marcado esencialmente por el lenguaje y sus normas, lo que le permite generar diferentes vínculos con sus semejantes; además es acreedor de otros significantes. Entonces: ¿se podría pensar al deseo gobernado por otro significante que no sea el significante primordial?

Es en este marco que mediante la palabra puedo suponer que hay sujeto en las psicosis, estructuralmente diferentes al de la neurosis, pero sujeto al fin. Justamente como el psicótico es invadido por el lenguaje, se presenta la aparición de la voz como *objeto a*, pero aquello que se presenta como lo que le habla tiene un punto de vacilación sobre su origen, es en este punto donde podemos ubicar el sujeto en las psicosis cuando entiende que lo que él experimenta no está en la realidad misma. Esa voz que le habla resuena en el vacío del Otro por no haber terceridad, instalando la certeza de que lo acontecido tiene que ver con él.

Por lo tanto, sabemos que la percepción en las psicosis se encuentra estructurada en el lenguaje y va a padecer todos los equívocos que el lenguaje arrastre con respecto a la estructuración del sujeto ya que esta percepción se soporta por la ley del significante.

Pienso, entonces, que aunque se considere a la locura como privada de subjetividad, de acuerdo a lo mostrado, la podemos encontrar en los actos mismos, en las relaciones con los semejantes, en el lenguaje y en un punto de certidumbre del loco.

Ahora bien, habiendo intentado dejar en claro mi postura desde el psicoanálisis sobre el campo del sujeto en las psicosis -quedando manifiestos interrogantes en el camino- considero que la única, quizás, certeza con la que podemos dar, es el sujeto de derecho.

VII. Una experiencia de transformación

Me dirijo nuevamente hacia mi experiencia en particular, en cuanto al acercamiento que mantuve en este campo luego de haber percibido la exclusión social y el descuido ejercido sobre los enfermos mentales por parte de las instituciones destinadas a 'abrigar' su sufrimiento.

La sociedad discriminó desde siempre a los individuos que mostraban su no integración social a la vida -en mucho de sus espacios- dado a que estamos en una sociedad que se angustia ante lo extraño, como algo que no le resulta posible controlar, llegando así a una exclusión de aquellos sujetos con padecimientos, intentando hacerlos desaparecer. La primera marca de diferencia se establece desde el médico hacia el paciente, quien primeramente etiqueta con gran liviandad, produciendo un reduccionismo extremo que invisibiliza las determinantes subjetivas y sociales. Luego damos cuenta de argumentos políticos dirigidos hacia una lógica económica como compensación para aquellos individuos que quedan por fuera de lo social; claramente esto está dirigido a atenuar las consecuencias, pero no son suficientes para corregir los procesos de exclusión en una sociedad que, dice ser, democrática y estar fundada sobre la igualdad civil y el reconocimiento de los ciudadanos como portadores de derechos. Pero también, como mencioné anteriormente, me encontré con la prescripción psicofarmacológica como un factor preponderante que articula dos actores poderosos: la industria farmacéutica y la psiquiatría biologicista. Lo cual deja ver que se produce un corrimiento de las propuestas de las psicoterapias y el psicoanálisis hacia las neurociencias.

Cuestiones como estas, justamente por presentar algo del orden de lo diferente, conducen al 'encierro' como primera medida adoptada por quienes creen estar a cargo del paciente, o podríamos pensar también, en la suspensión de derechos por medio de la medicalización desregulada, sin hacer sufrir e imponiendo penas liberadas del dolor, llevando a aplastar al sujeto mediante la instauración de una relación de poder, que se establece bajo la premisa de la existencia de alguien que se presenta como poseedor de la verdad sobre la naturaleza del padecimiento psíquico, este fenómeno de dominación es fundamental del poder manicomial. Cabe aclarar que en este sentido el poder se llega a imponer en un momento dado como verdades, y por supuesto, como saber dominante, por estas razones considero que el poder es aceptado hoy en día ya que mediante el mismo se puede llegar a obtener cierto placer, es decir, muchas veces se lo considera como algo más que una instancia negativa. Por lo tanto me pregunto, ¿Qué intenciones hay detrás de este discurso? Podríamos suponer, en primer lugar, un intento por 'normalizar', es decir, excluir y ocultar las anomalías e irregularidades, pero a su vez, en segundo lugar, una fuente de lucro y poder. Entonces, ¿Qué lugar ocupa el sujeto con sufrimiento en este sentido? Parecería que solo le queda el lugar de objeto a moldear.

La *Ley de Salud Mental N° 26.657* antes ya mencionada es resultado de una larga historia de lucha contra el paradigma manicomial, en el que el sujeto que sufre un padecimiento mental es considerado como un ser desprovisto de razón y, por tanto, incapaz de decidir qué es lo que necesita para afrontar su padecimiento. La Ley estipula el cierre paulatino pero sostenido de los hospitales psiquiátricos y prohíbe la construcción de nuevos establecimientos de esas características para, justamente, devolverle al paciente su libertad y diseñar nuevos sistemas de ayuda. Pero podemos observar en la actualidad las dificultades que lleva la implementación de dicha ley, no sólo porque se enfrenta a dificultades políticas y económicas sino también a la pregnancia subjetiva de un paradigma

que ha formado generaciones de profesionales desde la modernidad a nuestros días. Es decir, los derechos ganados con la nueva Ley no son tenidos en cuenta en el paradigma hegemónico en donde la persona con padecimiento mental es vista como objeto a moldear, como incurable, como aquel que debe estar encerrado porque resulta peligroso para la sociedad.

Considero que los valores de la cultura actual y la oferta del mercado se combinan para dar como resultado este auge en las neurociencias que intentan solucionar el problema sin entender de dónde viene o a qué responde, trabajando con las personas como si fueran máquinas. En este sentido, resulta fundamental correrse de una mirada medicalizadora, defender una mirada que adopte una perspectiva psicológica y terapéutica que se centre en el sujeto y en su historia -sin ignorar los aspectos biológicos-, evaluando los casos en que sí sea necesaria la medicación pero sin romper el lazo social del paciente con la sociedad.

El avance en el campo de la Salud Mental permite el despliegue de prácticas subjetivantes y éticas que apuntan a la salud garantizando el derecho de las personas, desprendiendo a la salud de lo estrictamente patológico, poniendo el acento en lo saludable y lo que se puede recuperar. Esto resulta ser una vía posible para dirigirnos hacia nuestro objetivo de terminar con los manicomios. Pero me resulta pertinente preguntar: ¿Qué sucede una vez fuera de los muros de los hospitales?

VIII. Inventando la salida a tantas palabras vacías

Habiendo dejado varios interrogantes en el camino, me atrevo aún a plantear, la posibilidad de un tratamiento en el campo de las psicosis. Esto constituye un desafío enorme dado su complejidad y, por esto, las respuestas propuestas serán sólo tentativas y parciales para que, de esta manera, estén dirigidas a abrir un debate que considero fundamental en la actualidad y en el devenir futuro de este campo.

Acordando con Lacan (2013), no caben dudas de que la realidad en las psicosis se encuentra por fuera de cierto orden, pero no es esto lo que autoriza al profesional, cualquiera sea, a ubicarse como garante de que su propia realidad es compatible con cierto orden y por lo tanto su paciente se mostraría desigual. ¿No es ésta, acaso, una manera de intentar modificar algo que en el propio profesional está aún inconcluso? Tal vez sea este un objetivo en el tratamiento de las psicosis: qué postura tiene el profesional ante estas realidades.

A su vez, al escribir este ensayo me encuentro también indagando la propuesta de la Ley de Salud Mental, la misma se considera un gran avance realizado en el campo de la salud, pero una vez fuera de los muros, ¿Cuál es el trato que reciben los sujetos? Habiendo sido ya excluidos de la sociedad y, por lo tanto, siendo partícipes de un contexto en el que podríamos pensar que el encierro en los hospitales quita el principal elemento alrededor del cual se estructura la personalidad social del internado, es decir, su rol social; pero al mismo se trata de indagar desde las instituciones, si están dispuestas a abrigar el sufrimiento de los sujetos y evitar su deshumanización.

Considero que al examinar dicha Ley, me interrogo acerca de las instituciones y su manera de hacerla funcionar, mi experiencia me ha demostrado, la falta de compromiso ante los sujetos; el ocio en las mismas, lo cual lleva muchas veces a la propuesta de talleres que no son en ningún sentido los intereses de los pacientes, conduciéndolos al desgano por participar. Entonces, que hacer en este sentido para potenciar al sujeto, teniendo en cuenta lo que la estructura psicótica nos posibilita, es decir, una estructuración que se desarrolla como un efecto del Goce aplastante del Otro y por lo tanto, no permite la constitución de un sujeto interrogado por 'el no saber'. Entonces, en las psicosis al no haber demanda en el sentido psicoanalítico, sería quizás, bastante inútil intentar utilizar la transferencia en los mismos términos en que se la planteó en sus inicios, ya que rápidamente quedaríamos en la posición de su Otro aplastante, gozador. Podría pretender, de esta manera, avanzar un poco más allá, aunque este 'más allá', por el momento, implique una realidad totalmente desconocida.

La propuesta práctica sobre la que este ensayo se extiende es, entonces, trabajar con la singularidad del paciente y sus derechos, dando lugar a la palabra del sujeto e intentando así pesquisar algo del orden de su interés, y poder de esta manera, como menciona Vegh (2007), poder barrar al Otro en lo Real mediante introducir determinadas circunstancias que disminuyan su relevancia. Apuntar a que el paciente pueda mantener un lazo social siendo capaz de retomar sus actividades sociales que le han sido suspendidas por las manifestaciones clínicas. Es decir que intentando el armado de un Nombre del Padre supletorio el sujeto pueda reconstruir su subjetividad y por lo tanto sea reconocido como sujeto de derechos, participando de las decisiones con respecto a su tratamiento y, otorgarle así un lugar a su palabra. Apuesto a este camino como sentido de un posible tratamiento en las psicosis.

Descartando todo intento por generalizar a las psicosis, se trata de que podamos pensar al sujeto desde la singularidad de la clínica, además de que es desde esta singularidad que se constituye lo colectivo sin producir, por lo tanto, una fragmentación. Creo ciertamente que es nuestra tarea seguir pensando este campo para, justamente, no volvernos impotentes ante la práctica, no anclarnos en una actividad pasiva e ingenua, sin ética ni compromiso.

Ante la necesidad de un cierre posible a este ensayo, deseo aún dejar algo más esbozado, aunque nada pueda darse en términos conclusos. Entendiendo que en la psicosis el sujeto queda relegado a objeto del Goce del Otro, y que al mismo tiempo, producto de su devenir como psicótico, el primer contacto con el médico deja al paciente preso a los efectos medicamentosos, entonces, nos encontramos en ambos casos con un abuso del poder, el cual acarrea como consecuencia un aplastamiento del sujeto imposibilitando en cierta medida el avance posible sobre este campo. Así es que como profesional de la Salud Mental me cuestiono: la lucha que tenemos no es hacia la locura sino hacia el mercado de la medicalización, entonces ¿Por qué no vamos a pelear por ellos si todavía pueden ser tratados de otra manera?

Creo que he llegado hasta aquí sin ser capaz de dar respuestas absolutas a todas las inquietudes que he planteado pero bien sabemos que ningún texto es para siempre y, menos aún, cuando se trata de una escritura monolítica, que intenta romper con eso ya dicho y que espera no sólo ser leída sino también actuar sobre quien la pueda leer.

Flavia Zampar

Bibliografía consultada

- Eidelsztein, Alfredo (2008). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Galende, Emiliano (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, Emiliano (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar.
- Lacan, Jacques (1984). *Las psicosis (1955-1956)*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, Jacques (2015). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (1964)*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, Jacques (2013). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Madrid: Biblioteca Nueva, S. L.
- Lacan, Jacques (2006). *La angustia (1962-1963)*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley Nacional de Salud Mental, N° 26.657, 2010
- Soler, Colette (2016). *Las lecciones de las psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva
- Stolkner, Alicia (1999). Recuperado de: <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkner.htm>
- Vegh, Isidoro (2007). *Una cita con la psicosis*. Rosario: Homo Sapiens