

Intervenciones en salud mental: una pregunta abierta

Mental health interventions: an open question

Marcelo Colussi

Psicoanalista. Psicólogo y filósofo.¹

Este trabajo fue financiado con recursos del autor. El autor no tiene ningún conflicto de interés al haber hecho este trabajo. Correo electrónico: mmcolussi@gmail.com

Resumen. La salud mental no es un tema inherente a la biología, si bien es desde la Psiquiatría clásica –con base biomédica– que se pretende hacerla entrar en esos moldes. Por el contrario, ese campo siempre difícil de precisar de la salud mental tiene relación con procesos ideológico-culturales. En definitiva, es más una cuestión social, básicamente relacionada con el conflicto como constitutivo del fenómeno humano. Es por eso que las intervenciones en esa área abren preguntas: ¿cuál es el papel de quienes trabajan en el ámbito de la salud mental: adaptar o promover la emancipación de ataduras y prejuicios? Junto a una práctica tendiente a la normativización moral puede desarrollarse otra que dé prioridad a la palabra como instrumento de liberación.

Palabras clave: salud mental, ideología, normalidad, adaptación, conflicto.

Abstract. Mental health is not an inherently biological issue, even though classical Psychiatry - with its biomedical foundation - seeks to fit it into those molds. On the contrary, this elusive field of mental health is closely related to ideological and cultural processes. Ultimately, it is more of a social matter, fundamentally intertwined with conflict as a constitutive element of the human experience. That is why interventions in this area raise questions: What is the role of those working in the field of mental health - to adapt or to promote the emancipation from constraints and prejudices? Alongside a practice aimed at moral standardization, another approach can prioritize the power of words as an instrument of liberation.

Key words: mental health, ideology, normalcy, adaptation, conflict.

Intervenciones en salud mental: una pregunta abierta

El título de este escrito puede ser ya la invitación a abrir una crítica, profunda y constructiva, sobre un campo problemático. O puede ser también lo que cierre la discusión. Esto depende de cómo la tomemos. ¿Es posible intervenir en salud mental? Preguntémoslo al revés: nuestra práctica cotidiana, en tanto trabajadoras y trabajadores del campo Psi, se relaciona justamente con este ámbito, por cierto, siempre abierto a la confusión y al equivoco, de la llamada 'Salud Mental'. ¿Qué estamos haciendo cuando trabajamos como psicólogas o psicólogos en el área clínica? ¿Sirve nuestra práctica? ¿A quién y de qué manera sirve? ¿Por qué es necesario y pertinente intervenir en el campo de la Salud Mental?

¹ Originario de Argentina, radica en Guatemala desde hace tres décadas.



Así planteada, la pregunta abre varios cuestionamientos. El primero, y sin dudas el más importante es acerca de ¿qué entendemos por Salud Mental? En segundo lugar, pero no menos trascendente, deberíamos ver ¿qué hacemos en torno a ella, ¿qué hacemos cuando intervenimos? Desde ya adelantemos que partimos de la convicción que es posible intervenir en ese campo. Es posible y necesario. ¿Qué otra cosa estamos haciendo si no día a día quienes nos movemos en esto?

Podríamos parafrasear aquello que dijo Jacques Lacan (2006) en su *Seminario 10 La Angustia*: La cura viene por añadidura. Formulación que causó revuelo y llevó a considerar a más de uno que había un cierto desdén por la práctica clínica en la formulación del psicoanalista francés. Por todo lo cual el mismo Lacan aclaró rápidamente, luego de esa formulación, que eso debía entenderse en su contexto: para quienes se dedican a la práctica clínica, la intervención terapéutica está en el centro de su actividad, es el centro de su quehacer. Si bien hay que cuidarse del *furor curandi* -esa manía de creer que todo es curable, decimonónico mito positivista-, la razón de ser de quienes trabajamos en este ámbito tiene que ver con la salud. Entonces, reformulando la cuestión, deberíamos decir: ¿para qué nuestras intervenciones? ¿Para qué hacemos lo que hacemos como trabajadores de este oficio? Dado que el horizonte de lo terapéutico, o en otros términos, dado que una determinada noción de salud está siempre presente, ¿para qué trabajaríamos si no fuera posible plantearse la salud mental, o la salud, en definitiva, como un bien integral?

Todo esto nos lleva, una vez más, a la pregunta de fondo: salud mental, ¿qué entender por eso? Salud Mental: concepto problemático, intrincado, polémico, porque no es una noción médico-biológica. Ponernos de acuerdo en torno ella implica abrir cuestionamientos sobre la ideología, sobre los poderes. La noción de 'normalidad' en este dificultoso y siempre resbaladizo campo de la Salud Mental no es un asunto bioquímico, anátomo-fisiológico. Por eso cuesta tanto definir qué hacer y qué no hacer cuando se interviene ahí. Mediar, practicar electroshocks, dar bienintencionados consejos o promover grupos de contención, no son cuestiones solo biomédicas. Como no lo son, solo por tomar algunos ejemplos orientadores sobre los que volveremos, la homosexualidad o la tortura, ámbitos que nos convocan y nos preguntan.

¿Qué es ser un enfermo mental? Esa es otra manera de preguntar por la Salud Mental. Se consideran enfermos a quienes no entran en la norma. En términos biológicos no se presentan dificultades: hay un paradigma anátomo-fisiológico que, de no cumplirse, evidencia de inmediato la enfermedad. Por ejemplo, la temperatura normal del cuerpo humano es de 36.6 C°. Si eso se altera, entramos en el campo de la patología. No sucede lo mismo en el ámbito de lo que llamamos salud mental, pues nacen ahí los problemas: el paradigma para determinar quién entra en esa norma y quién no, es una delicada cuestión ideológica. En la antigüedad clásica griega la homosexualidad era un privilegio, un lujo de los aristócratas varones. No de las mujeres, aunque fueran aristócratas; no de los plebeyos, aunque fueran varones. Hasta hace algunos años era una entidad patológica en las clasificaciones de las Enfermedades Mentales (el CIE, el DSM estadounidense). Hoy día ya no lo son. ¿Son una opción sexual? ¿Sería mejor decir 'una tendencia'? O, ¿constituyen un pecado? Hay gente que sigue pensando eso. Y si es un pecado, ¿es venial o mortal? Como vemos, no se trata de referentes biomédicos los que lo deciden.

¿Y la tortura? ¿Es 'normal' practicarla? Se la condena por todos lados, pero sabemos que es parte de las prácticas comunes de las distintas fuerzas armadas o de las policías en cualquier parte del mundo y que día a día mejoran sus técnicas de aplicación. ¡Hasta existe una tecnología militar que

enseña cómo resistirla en casos extremos! ¿Hay que ser un enfermo mental, un psicópata perverso para dedicarse a ella o hace parte del entrenamiento normal de un guerrero contemporáneo?

Sólo por ejemplificarlo con dos casos paradigmáticos –y con ellos abrir el debate– puede verse que las conductas humanas son mucho más complejas que simples respuestas a estímulos. Los perros de Pavlov no explican todo nuestro actuar. ¿No hay deseo acaso? Todos sabemos que si fumamos podemos contraer cáncer, pero la gente fuma. Todos sabemos que si se mantienen relaciones sexuales con una persona desconocida sin protección hay alto riesgo de contraer enfermedades infecto-contagiosas, VIH incluido. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de Salud (s.f.) 3,000 personas por día contraen este virus a nivel mundial, en la mayoría de los casos debido a prácticas sexuales de riesgo. ¿Puede explicar eso algún dispositivo instintivo-biológico? Y así podríamos plantearnos una lista enorme de preguntas/problemas: ¿por qué ser 'sexoservidora' no ofende tanto, pero ser 'puta' sí? ¿Qué fuerza 'instintiva' decide el racismo? ¿Cómo entender, desde disparadores biológicos, la monogamia oficial de Occidente –que incluye 'canitas al aire' extraoficiales– o el harem de la tradición musulmana? No hay en todo esto ninguna carga genética que lo determine.

A partir de presupuestos biológicos centrados en el campo de la enfermedad, en el proceso mórbido que rompe una normalidad, una homeostasis, se pudo haber construido toda una edificación diagnóstica que sanciona quién está 'sano', quién está 'en equilibrio', y quién se sale de esa norma. Tenemos ahí entonces el nacimiento de la psiquiatría clásica. Decir esto no es nada nuevo; ya se ha dicho y criticado en infinidad de oportunidades. Pero nunca está de más recordarlo. Las clasificaciones psiquiátricas se basan en una preconcebida –y nada crítica– idea de normalidad. De ahí que cualquier cosa que se aleje del paradigma propuesto como normal puede ser enfermo.

Idea limitada, sin dudas, que merece ser repensada. ¿Qué clasifican las clasificaciones psiquiátricas? O, dicho de otro modo: ¿de qué enfermedad nos hablan? La ideología psiquiátrica parte de supuestos, de una determinada normalidad (una homeostasis psíquica podría decirse), que se rompe y que puede ser restaurada. Incluso hay toda una Psicología que aborda el tema con similar ideología. Ahí tenemos el amplio campo de lo que, quizá provocativamente, podría llamarse 'apapachoterapias': existiría una normalidad por un lado, feliz y libre de conflictos, y enfermedad en su antípoda. La misión de quien trabaja en el campo siempre complicado de definir de la Salud Mental sería el técnico que restaura la felicidad o el equilibrio perdido. Las clasificaciones psiquiátricas serían el manual para el caso, guiando las respectivas intervenciones.

Profundizando en la crítica, intentando mostrar la cuota de ideología cuestionable que pueden guardar esas clasificaciones –y por tanto la idea de salud y enfermedad subyacentes–, Braunstein (1980) citaba un texto de Jorge Luis Borges muy elocuente al respecto. Decía el poeta:

En las remotas páginas de cierta enciclopedia china que se titula Emporio celestial de conocimientos benévolos está escrito que los animales se dividen en a) pertenecientes al Emperador, b) embalsamados, c) amaestrados, d) lechones, e) sirenas, f) fabulosos, g) perros sueltos, h) incluidos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumerables, k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, l) etcétera, m) que acaban de romper el jarrón, n) que de lejos parecen moscas (Borges, 1974, p. 707).

La taxonomía psiquiátrica, aquella que mide y decide sobre quién está sano y quién está enfermo en este resbaladizo campo, no pareciera muy distinto. Se clasifica el malestar, podríamos decir; se clasifica el eterno conflicto que nos constituye, siendo que todo eso no es 'una enfermedad' en sentido biológico sino nuestra humana condición. ¿Se le puede poner números, valores, niveles al

malestar? ¿Nos ayuda a resolverlo esa ilusión métrica? Por cierto, no otra cosa son los *tests* a que estamos tan acostumbrados los psicólogos, que bien podríamos definirnos como 'auxiliares médicos tomadores de *tests*'.

¿Quién puede estar sano de inhibiciones, síntomas y angustias varias? Retomando algunos de los ejemplos que más arriba se mencionaban: ¿quién es más 'normal': el que fuma o el que no fuma? ¿El homosexual declarado, el que lo fustiga, el que lo acepta? ¿Y qué debe hacerse si nuestro hijo o hija nos declara que es homosexual? Es evidente que aquí la Biología no nos puede asistir.

El campo de la llamada 'enfermedad mental' es, sin lugar a duda, el ámbito más cuestionable y prejuiciado de todo el ámbito de la salud. 'Yo no estoy loco' es la respuesta casi automática que aparece ante la 'amenaza' de consultar a un profesional de la Salud Mental. Aterra al sacrosanto supuesto de autosuficiencia y dominio de sí mismo que todos tenemos, la posibilidad de sentir que uno "no es dueño en su propia casa" (Freud, 1992, p. 135).

Pero Sigmund Freud, justamente, fundador del psicoanálisis, jamás escribió una definición acabada de normalidad. Cuando fue interrogado sobre ello, escuetamente se limitó a mencionar la 'capacidad de amar y trabajar' como sus notas distintivas. Por cierto, que 'lo normal' es problemático; eso remite obligadamente a la finita condición humana, donde los límites aparecen siempre como nuestra matriz fundamental. Muerte y sexualidad son los eternos recordatorios de ello, más allá de la actual ideología de la felicidad comprada en cápsulas que el mundo moderno nos ofrece machaconamente. Recordemos que existe una 'ingeniería humana' dedicada a buscar ese estado de no-conflicto. Las terapias que apuntan a ese paraíso, por cierto, son funcionales a esa búsqueda. Libros de autoayuda, técnicas de *mindfulness*, *coaching*, psico-relajación, consejería, hipnoterapia, florales de Bach, constelaciones familiares y una serie interminable de 'prácticas' portadoras del prefijo 'psi' (que, pareciera, casi mágicamente dan el toque de 'rigor científico' a esas intervenciones) inundan el campo de las psicoterapias.

La V Edición del DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), en buena medida 'libro sagrado' de la Salud y la Enfermedad Mental, al menos en nuestra región donde la presencia cultural-académico-científica del Gran Hermano es casi total, presenta en forma creciente 'cuadros psicopatológicos' producto más de la mercadotecnia que de la práctica clínica, 'inventados' en los departamentos de mercadeo de grandes firmas farmacéuticas que, en realidad, oculta tras ello la voracidad de los laboratorios por vender psicofármacos.

Ante ello, cerca de 2,000 trabajadores de la Salud Mental de distintas partes del mundo, encabezados por el psiquiatra infantil Sami Timimi, a través de la plataforma Change.org reaccionaron reciamente abriendo una dura crítica contra esta ideología. De esa cuenta dieron a conocer un fuerte comunicado titulado "*No más etiquetas diagnósticas*", donde llaman a desconocer las clasificaciones psiquiátricas. Los psiquiatras se suman a la abolición del DSM y el CIE y apoyan el modelo de rehabilitación en salud mental.

El diagnóstico en salud mental, como cualquier otro enfoque basado en la enfermedad, puede estar contribuyendo a empeorar el pronóstico de las personas diagnosticadas, más que a mejorarlo, dirán enérgicos en su proclama. En lugar de empeñarnos en mantener una línea de investigación científica y clínicamente inútil, debemos entender este fracaso como una oportunidad para revisar el paradigma dominante en salud mental y desarrollar otro que se adapte mejor a la evidencia (Colussi, 2013).

Es así como proponen un enfoque de 'recuperación' o 'rehabilitación', en vez de un modelo de enfermedad y de clasificación diagnóstica.

Sin dudas, lo sabemos, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense, más conocido por su sigla inglesa DSM, en cualquiera de sus versiones, pasó a ser palabra sagrada en este campo siempre resbaladizo de las 'enfermedades mentales'. Ejemplos sobran. El hoy día tan conocido 'trastorno bipolar' hace unos años ni siquiera figuraba en las taxonomías psiquiátricas. Cuando apareció, se calculaba que el 1% de la población lo padecía; en la actualidad esa cifra subió al 10% (Colussi, 2019)

Por otro lado, el trastorno bipolar pediátrico en unos pocos años creció ialarmantemente!, según difunde la prensa de divulgación, creando así una cierta sensación de pánico. Pero... ¿estamos todos tan locos..., o se trata de puras estrategias de mercadeo? De acuerdo con datos de la OMS (s/f), antes de la aparición de los antidepresivos, por ejemplo, en Estados Unidos se consideraba que padecían 'depresión' 100 personas por cada millón de habitantes; hoy día, esa cantidad subió a 100 mil por un millón. Es decir: un aumento del 1.000%; por tanto, 10% de su población consume antidepresivos. Repitamos la pregunta: ¿estamos todos locos?, o ¿existen muy aceitadas estrategias de mercadeo? ¿Cuál es el modelo de Salud Mental que está a la base de todo esto y posibilita estas acciones? No parece un planteo clínico sino económico, de lucro empresarial.

Tratando de sintetizar lo dicho, podría preguntarse entonces si la Salud Mental consiste, en definitiva, en lograr llegar a ser 'feliz', o habría aún que darle alguna vuelta de tuerca a ese concepto. ¿Ser feliz será sinónimo de 'adaptarse'? ¿Salud Mental es no delirar ni tener alucinaciones? Quizá sea muy pobre esta definición, hecha desde nuestra normalidad neurótica. Una vez más: el concepto en juego nos remite a posicionamientos ideológicos, socio-políticos. Hasta ahora el voto de castidad que hacen religiosos y religiosas de la tradición católica es normal, aunque muchas veces se viole en secreto. ¿Dejará de serlo si, finalmente, se deroga el celibato? Es decir: estamos ante una dificultad insalvable en cuanto a la posibilidad de fijar taxativamente dónde empieza y dónde termina la normalidad. Está muy claro: un referente biológico en sentido puro –si es que pudiera existir– no nos ayuda para nada en esta problematización. Antes bien: nos complica las cosas (recordemos la clasificación de Borges que citábamos).

Sólo para ilustrar la dificultad en ciernes: para 1996, año de la Firma de la Paz en Guatemala, en la ciudad capital trabajan por sus calles ofreciendo sus servicios sexuales, básicamente de la zona céntrica, alrededor de 35 mujeres transgénero. Hoy, dos décadas y media después, ese número se ha decuplicado: son alrededor de 350. ¿Cómo entender el fenómeno? ¿La sociedad está más 'enferma' ahora? ¿O somos más pecadores? ¿Las mujeres transgénero se reproducen más que las no transgéneros? Por el contrario, podríamos preguntarnos: ¿somos más permisivos? ¿O habrá que pensar que la bisexualidad de muchos 'machos', que siempre estuvo ahí, ahora 'sale más del closet'? No hay duda de que el fenómeno existe: la oferta trepó en forma exponencial, lo que habla, por tanto, de un similar aumento en la demanda. Sólo para traerlo como un provocativo –y quizá molesto– ejemplo, hablar sobre Salud Mental nos remite a ámbitos político-ideológico-culturales. Obviamente, están en juego valores éticos, principios morales, y no meramente cuestiones que las actuales Neurociencias se atribuyen como 'su' objeto de estudio, donde tendrían las supuestas panaceas para 'curar' todas esas anomalías. ¿Anomalías? La pregunta sigue en pie. ¿Quién clasifica la clasificación? (Braunstein, 1980).

Para rematar estos ejemplos, si se quiere algo 'traviesos', tomemos otro concepto hoy tan a la moda –proveniente también del ámbito académico estadounidense y de su visión adaptacionista de la Salud Mental– como es el de resiliencia. Habitualmente se le asocia con una visión positiva. Por allí puede leerse de los beneficios que la misma trae aparejados. Si se trata de beneficios, ¡buena noticia!, por supuesto. ¿Y qué beneficios aporta? Algunas páginas hacen referencia a autores 'especializados' que afirman que

Las personas "resilientes" reaccionan con positividad y tienen un afán de superación al enfrentarse a nuevos retos y oportunidades, son seres comprometidos consigo mismo, que se permiten el "control" de las circunstancias y sobre todo están abiertos para el cambio (Escudero, 2018).

Ahor bien: estos mentados beneficios abren interrogantes. ¿Es un beneficio 'criticarse menos'? ¿En qué sentido entender lo de 'más éxito'? ¿Estamos seguros de que entronizamos el optimismo –lo cual puede sonar a propaganda de refrescos o de pasta dental–, o más cautamente seguimos a Antonio Gramsci, de quien se sintetizan dos conceptos gramscianos en aquella 'el optimismo del corazón junto al pesimismo de la razón'? Una vez más, aún a riesgo de ser reiterativos, la definición de Salud Mental plantea problemas que quizá ninguna clasificación psiquiátrica responde; ni tampoco responde alguno de los numerosos *tests* que circulan por allí.

Quizá conviene plantearnos modelos no tanto centrados en la 'enfermedad', siempre de dificultosa definición, sino en la promoción de la salud ¿quién de los varones lectores de este texto habrá sido cliente de alguno de las 350 mujeres trans que trabajan en las calles capitalinas?, ¿son enfermos los que, eventualmente lo hicieron? Pero, ¿cómo promover Salud Mental? ¿Llenando de pastillas psiquiátricas tal como el DSM induce? En Estados Unidos se consumen psicofármacos en cantidades industriales y eso no habla de una excelente Salud Mental, pues de acuerdo con informes estadísticos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC (2022) es uno de los tres países del mundo con mayor porcentaje en consumo de drogas prohibidas, ¡y el que tiene la mayor tasa de población encarcelada, el país de la libertad!, vaya ironía.

Sin dudas, se puede intervenir en este ámbito y es preciso hacerlo cuando hay un pedido explícito, no solo actuando como 'policía moral' de la sociedad para encerrar 'molestias' que no entran en la llamada normalidad, sino ofreciendo otra cosa. La cuestión es revisar los paradigmas desde los que lo hacemos: ¿desde el electroshock, desde los *tests*, desde las apapachoterapias, con la promoción de espacios de palabra para hablar de prejuicios y tabúes, con la práctica manicomial, o derribando los muros del manicomio? La idea de normalidad siempre está ante la posibilidad de fracasar, de quebrarse; es una cuestión de adaptación a una 'mentira' oficializada, legalizada, aceptada como dominante.

La cuestión central en todo esto es ver ¿para qué trabajamos? ¿Para qué hacemos lo que hacemos cuando nos decimos parte del gremio Psi? En grandes términos podría expresarse que existen dos modelos en juego: por un lado, trabajamos para acallar el malestar (y ahí están las pastillas y todos los dispositivos que ven en el conflicto un 'cuerpo extraño', una molestia que hay que quitar de en medio). O, por otro lado, trabajamos para permitir que ese conflicto, esa cuota de insatisfacción siempre presente en lo humano –que se puede tapar con pastillas quizá, pero que sigue actuando–, esa inestabilidad que tenemos en tanto sujetos que deseamos, no se vea como 'enfermedad' a combatir. Hablando desde el psicoanálisis y refiriéndose a la práctica clínica, Nasio dijo que:

Evidentemente ningún paciente se cura completamente, y el psicoanálisis, como todo remedio, no cura a todos los pacientes ni cura de manera definitiva. Siempre quedará una parte de sufrimiento, una parte irreductible, inherente a la vida, necesario a la vida. Vivir sin sufrimiento no es vivir. (...)

Una precisión con respecto a la palabra "curar". Habitualmente "estar curado" significa haber superado una enfermedad. Por supuesto, la mayor parte de nuestros pacientes no están enfermos en el sentido médico del término, sufren por estar en conflicto consigo mismos y con los demás. Justamente, es ese conflicto interior y relacional lo que el psicoanálisis intenta hacer desaparecer. En suma, y desde el punto de vista psicoanalítico, uno está curado cuando consigue amarse tal cual es, cuando llega a ser más tolerante consigo mismo y, por lo tanto, más tolerante con el entorno cercano (Nasio, 2017, p. 13-15).

Que haya problemas, conflictos, diferencias, malestares, es lo que nos pone en marcha como sujetos. La cuestión es poder procesarlos, permitir que se expresen, darles su lugar, y no taparlos. No creer que la felicidad se consigue con alguna 'técnica apropiada'. ¿Qué decimos cuando decimos 'adaptación'? ¿Resignación ante la realidad o transformación de la misma? Eso es lo que está en juego en la noción de Salud Mental, por eso es siempre un campo en discusión, una pregunta abierta y que quizá no se logre cerrar nunca: ¿hay que prohibir las mujeres transgénero o no?, ¿hay que permitir el matrimonio homosexual?, ¿por qué los varones se creen con más derechos que las mujeres?, ¿por qué seguimos transgrediendo leyes, aunque sabemos que eso está prohibido?, ¿por qué construimos la moral que construimos?

Es imposible evitar que esos conflictos que definen nuestra humana condición dejen de provocar distintas manifestaciones: inhibiciones, síntomas, angustias. El punto está en cómo abordar todo eso, qué lugar darle, qué espacios reales, desde los sistemas de salud existentes, incluso los de educación, se abren para abordarlos, para prevenirlos, para enmarcarlos sin estigmatizarlos.

La atención primaria es el mejor camino para promover la salud. Desde la histórica conferencia de la OMS de Alma-Ata en 1978, ese es el camino trazado para promoverla y que los países que presentan los mejores índices sanitarios han seguido. La pregunta abierta es ¿cómo plantearse esta estrategia cuando se trata de Salud Mental? Sin dudas eso es difícil; si algo podemos aportar en ese sentido es dejar indicado que una atención que no niegue ni tape los conflictos en la esfera psicológica debe apuntar a hablar de ellos. Por allí debe ir la cuestión: no estigmatizar los problemas –quizá incorrectamente llamados 'mentales'– sino permitir que se expresen. Dicho, en otros términos: priorizar la palabra, la expresión, dejar que los conflictos se ventilen. Lacan dijo alguna vez que:

El neurótico es un enfermo que se trata con la palabra, sobre todo con la suya. Debe hablar, contar, explicar él mismo' (...) Freud lo define así: "asunción de parte del sujeto de su propia historia, en la medida en que ella está constituida por la palabra dirigida a otro". El psicoanalista no tiene más remedio que ser el rey de la palabra. (...) La palabra es la gran fuerza del psicoanálisis (Lacan, 1974, p.16).

Las Neurociencias, con su halo de científicidad y rigor indiscutible, han tomado la delantera en este campo, pero tal como dice el epígrafe que abre el texto: *las palabras curan*. No son problemas de los neurotransmisores o de enzimas faltantes las que producen nuestras 'excentricidades': es la forma en que nos humanizamos. Si nos humanizamos con palabras, es con palabras como podremos procesar esa historia, para encontrar el sentido a esas 'anomalías'.

Las intervenciones en el ámbito de lo Psi, distinto al modelo biomédico dominante, no significan que se terminarán las inhibiciones, la angustia, el malestar que conlleva la vida cotidiana, las fantasías, los síntomas. ¿Cómo poder terminar con ello, si eso es el resultado de nuestra condición? La promoción de la Salud Mental es abrir los espacios que permitan hablar del malestar. ¿Qué significa eso? No que podamos llegar a conseguir la felicidad paradisiaca (ese es el mito de Hollywood), a evitar el conflicto, a promover la extinción de los problemas. En tanto haya seres humanos habrá diferencias y eso es ya motivo de tensión.

La Salud Mental es, en definitiva, propiciar los espacios de diálogo, de palabra y de simbolización para que el malestar no nos inunde, no nos inmovilice ni tampoco para que sea motivo de estigmatización de nadie. Espacios de palabra, por último, significa lugares donde se pueda hablar libremente. Eso pueden ser grupos o dispositivos que faciliten abordajes individuales sin estigmatizar, trabajo con parejas, charlas, espacios comunitarios. La Salud Mental no está encerrada en un consultorio: está en la palabra que permite conocerse a sí mismo. Y eso, en definitiva, se puede dar en cualquier lado, en las calles, en toda la comunidad.

Referencias.

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Borges, J. (1974). *Otras inquisiciones*. Ediciones destino.
- Braunstein, N. (1980). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis. Hacia Lacan*. Siglo XXI.
- Colussi, M. (2013). *Salud mental, una pregunta abierta*. rebellion.org. <https://rebellion.org/salud-mental-una-pregunta-abierta>
- Colussi, M. (2019). *Una crítica de las clasificaciones psiquiátricas*. prensacomunitaria.org. <https://prensacomunitaria.org/2019/04/una-critica-de-las-clasificaciones-psiquiatricas/>
- Escudero, M. (15 de enero de 2018). Resiliencia: significado y hábitos de las personas resilientes. <https://www.manuelescudero.com/resiliencia-significado-habitos-las-personas-resilientes/>
- Freud, S. (1992). *Psicoanálisis y teoría de la libido*. En Obras Completas. Volumen XVIII. Amorrortu.
- Freud, S. (1992). *El malestar en la cultura*. En Obras completas. Volumen XXI. Amorrortu.
- Lacan, J. (1971). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En Escritos II. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1974). *La dificultad de vivir*, Revista Panorama, N° 387, (Roma, Italia) del 21 de diciembre de 1974. Disponible en: https://www.iztacala.unam.mx/errancia/v14/polieticas_5.html#aste2.
- Lacan, J. (2006). *Seminario 10: La Angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. (2017). *iSí, el psicoanálisis cura!* Paidós.
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. (2022) *Informe Mundial sobre las Drogas 2022*. <https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization--environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *VIH y SIDA*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Derechos de Autor (c) 2023 Marcelo Colussi

Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)