



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO

MÁS ALLÁ DEL CONSULTORIO. APORTES DEL PSICOANÁLISIS A LA PREVENCIÓN COMUNITARIA

Tesis para obtener el grado de Magister en Estudios Teóricos en Psicoanálisis

Rosa Elena Hipolita Ruiz Secada

Asesor

Luis Herrera Abad

Jurado

Rocío Franco Valdivia

Luis Herrera Abad

Daniel Kantor Benavides

**LIMA – PERÚ
2016**



Dedicatoria

A mis nietos Joaquín y Amaia.



Agradecimientos

Este trabajo no hubiera sido posible sin el trabajo compartido con mis compañeras, colegas y amigas del Equipo Wiñastin con quienes vivimos casi una década la experiencia, difícil pero inigualable, de acompañar a la comunidad ayacuchana en sus procesos de duelo, de reparación y de recuperación. Muchas de las reflexiones y opiniones que acá presentamos tienen su fuente en este trabajo de equipo, aunque asumo personalmente la responsabilidad por mis afirmaciones, así como por sus vacíos y limitaciones. Gracias al humor de Silvia Revilla, al compromiso de Marisol Vega, a la dedicación de Viviana Valz-Gen, la lucidez de Fryné Santisteban, la dulzura de Elena Peña, la fuerza de Carmen Huamán y la inspiración de María Ángela Cánepa, compañera de ruta y de vida hasta el final.

A Carla Mantilla, por su apoyo y compromiso.

A Luis Herrera Abad, por su capacidad de plantear preguntas antes que respuestas, y especialmente por su tolerancia y comprensión en el camino, por momentos complicado, de este trabajo.

A Daniel Kantor, por su orientación pertinente, acogedora y especialmente por su confianza y aliento para que este trabajo arribe por fin a buen puerto.

A mis amigos y compañeros del RP por su inmensa e inagotable capacidad de estar siempre presentes con su humor y calidez: Nelly Deza, Mónica Gayoso, Carlos Pastor, Gonzalo Cano y Benito García.

A Alejandro Rojas, por su apoyo, no sólo muy eficiente, cuidadoso e inteligente, sino especialmente receptivo y generoso.

A Raúl, por estar siempre ahí.

Resumen

Si bien la prevención es una disposición prioritaria en la salud pública, específicamente en el ámbito de la salud mental comunitaria su desarrollo es menos visible y más heterogéneo en cuanto a enfoques, metodologías y resultados. En el presente trabajo se exploran los posibles aportes del psicoanálisis a la noción de prevención comunitaria, dimensión fundamental dentro del campo más vasto de la salud mental comunitaria. A lo largo de estas páginas, se realiza un recorrido teórico a través de la literatura psicoanalítica con el fin de mostrar la relación de tensión entre esta disciplina y el campo de la salud mental. Se hace esto con el objetivo de identificar y discutir estas tensiones para luego resaltar los puntos de encuentro en los que el psicoanálisis puede generar aportes para la prevención en salud mental comunitaria. Entre los motivos de las tensiones que fomentan la mutua exclusión entre el psicoanálisis y el campo de la prevención en salud comunitaria se identifica la visión medicalista y positivista que suele marcar al campo de la salud mental y, respecto de la perspectiva psicoanalítica, se advierte del riesgo de adoptar una mirada de superioridad, tanto como una perspectiva autosuficiente y hegemónica, poco permeable a la escucha o a la interpelación por parte del campo de la salud comunitaria. Por otro lado, la prevención comunitaria, que supone la participación del sujeto en la comunidad y la facilitación de recursos o agencias psicosociales para la población, emerge en este estudio como un ámbito de potencial encuentro fructífero con el psicoanálisis especialmente en nuestro medio peruano, en el que la violencia y la inequidad afectan de modo significativo la salud mental de los sectores más vulnerables y marginados. En este sentido, se invita a complejizar la noción de prevención y plantear las contribuciones del psicoanálisis desde la teoría y la clínica en una perspectiva de prevención comunitaria que incluya fundamentalmente la

dimensión inconsciente de la vida y la centralidad del vínculo interpersonal, articulando así la palabra, la reflexión y los afectos con la acción. Estos son algunos de los principales aportes que se relevan en el presente trabajo.

PALABRAS CLAVE: psicoanálisis, salud mental, salud mental comunitaria, prevención comunitaria.



Abstract

While prevention is a priority in public health, specifically in the field of community mental health, its development is less visible and more heterogeneous in terms of approaches, methodologies and results. This work explores the possible contributions of psychoanalysis to the notion of community prevention, fundamental dimension within the wider field of community mental health. Throughout these pages, a theoretical review is done through psychoanalytic literature in order to show the relationship of tension between this discipline and the field of mental health. This job is done in order to identify and discuss these tensions and then highlight the meeting points where psychoanalysis can generate contributions for prevention on community mental health. Among the core reasons for the tensions which encourage a mutual exclusion between psychoanalysis and the field of prevention in community health, are issues like the medicalistic and positivistic perspectives that usually marks the field of mental health and, about the psychoanalytic perspective, this work looks on the risks of adopting an attitude of superiority and a self-hegemonic position, little permeable to open listening or interpellation by the field of community health. Moreover, community prevention, which have a lot to do with the subject's participation in the community and the facilitation of agencies or psychosocial resources for the population emerges in this study as a potential field of fruitful encounter with psychoanalysis. Within a Peruvian context, this work has emerged in response to the violence, inequality and exclusion, especially among its most vulnerable and marginalized population. In this sense, it's made a call to take a more complex approach to the notion of prevention, in order to allow contributions from the psychoanalytic theory and the clinical work. It's intended to create a perspective of community prevention that recognizes the unconscious dimension of

the life, the core nature of the interpersonal bonds, articulating language, reflection and affection with the actions related to the development of community mental health.

KEYWORDS: psychoanalysis, mental health, community mental health, community prevention.



Tabla de Contenidos

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUCCION | 1 |
| 2 . PSICOANALISIS, SALUD MENTAL Y PREVENCION | 16 |
| 2.1 La noción de prevención: diversas aproximaciones y enfoques | 16 |
| 2.2 De la compleja y rica relación entre el psicoanálisis y salud mental | 21 |
| 2.3 Freud y la noción de salud mental | 28 |
| 2.4 Winnicott, Castoriadis y Mc Dougall: aportes para pensar la salud mental y la prevención..... | 31 |
| 2.5 Psicoanálisis y prevención: abordajes más específicos sobre esta relación..... | 37 |
| 2.6 Salud mental comunitaria, prevención y psicoanálisis en el Perú | 49 |
| 3. EJES DE TENSION Y DISTENSION PARA PENSAR LA PREVENCION COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOANALITICA | 53 |
| 3.1 Entre el individuo y la comunidad..... | 53 |
| 3.2 Entre bienestar como armonía y el malestar estructural | 55 |
| 3.3 Entre el conocimiento causal y el conocimiento intersubjetivo | 58 |
| 3.4 Entre los recursos y agencias y lo positivo | 62 |
| 3.5 Entre la cura psicoanalítica y la prevención como educación | 64 |
| 3.6 Entre el encuadre clínico y el encuadre comunitario..... | 65 |
| 4. APORTES PSICOANALITICOS A LA NOCION DE PREVENCION. EXPLORANDO PISTAS PARA UNA PROPUESTA | 71 |
| 4.1 Relación entre subjetividad y cambio social | 72 |
| 4.2 En torno a la noción de salud mental..... | 74 |
| 4.3 Centralidad del vínculo: la escucha y la palabra | 82 |
| 4.4 Sobre el encuadre psicoanalítico y su relación con encuadre en la prevención | 83 |

5. CONCLUSIONES 89
6. LISTA DE REFERENCIAS 93



“La tarea de pensar debe apuntar a lo desconocido más que a la reiteración de lo sabido. El legado Freudiano es una plataforma de lanzamiento, no un punto de llegada”. (Viñar, 2007)

INTRODUCCION

El trabajo que presentamos busca explorar, revisar y discutir los aportes que el psicoanálisis ofrece al esclarecimiento y comprensión de la noción de prevención y su lugar en el ámbito comunitario. La prevención, en su sentido más amplio, forma parte tanto de nuestro lenguaje cotidiano, inscrita en el acervo colectivo en el lugar común de “prevenir es mejor que curar”, como en discursos más especializados como el de la salud pública y las estrategias de salud mental. Sin embargo, consideramos que aunque se trata de un concepto que empleamos con frecuencia cuando queremos contribuir al proceso de crecimiento y desarrollo de las personas, especialmente de las poblaciones más necesitadas, encontramos que hemos reflexionado muy poco sobre las posibilidades que, desde el psicoanálisis, tenemos para enriquecerlo y hacer así más fructíferas las distintas experiencias y prácticas que con él se asocian.

La prevención es una noción muy cercana a las prácticas de las que surge y aparece indelible de ese concepto más amplio, más inabarcable y controversial que es el de salud mental. Como mostraremos en nuestro trabajo, desde sus orígenes, el psicoanálisis ha mantenido una postura crítica y cuestionadora de una visión simplificadora y esquemática de la salud mental, al mismo tiempo que ha nutrido y modificado las concepciones de salud mental vigentes. El mismo concepto de salud mental es usado de manera un tanto ambigua:

por un lado, lo usamos en nuestro lenguaje cotidiano y ha sido asimilado también en mayor o menor medida en el discurso psicoanalítico y por otro, se encuentra asociado al modelo médico hegemónico en el que predomina una visión positivista.

La prevención no escapa a estas tensiones pero queremos subrayar que hay un terreno común compartido entre las distintas propuestas y modelos de salud mental y el psicoanálisis: la búsqueda de alivio del sufrimiento humano y el esfuerzo por contribuir a que las personas y colectivos encuentren pistas más saludables para una vida más plena. Coincidiendo plenamente con Santisteban (2015), esto sólo es posible imaginando y actuando para hacer posible “una realidad social más justa, menos represiva, más contenedora; en suma, más humana” (p.6). Es aquí donde se abre la posibilidad de encuentro y diálogo fructífero especialmente con las propuestas de prevención que se alejan de una mirada normativa, vertical y simplificadora de lo que se considera saludable e integrador en el desarrollo y crecimiento de las personas.

Como veremos a lo largo de nuestro trabajo son las propuestas que incorporan una mirada flexible, abierta y participativa de lo que es salud mental las que animan e inspiran en nuestro medio iniciativas, proyectos y prácticas en las comunidades más necesitadas y vulnerables, con una diversidad muy rica pero también muy heterogénea.

Buscamos con nuestro trabajo, a partir de lo anteriormente señalado, desarrollar la afirmación de que si bien hay tensiones y contradicciones en la valoración de los alcances y limitaciones del diálogo entre el psicoanálisis y la prevención comunitaria, hay la posibilidad de encuentro entre ambos campos. Explorar, identificar y señalar lo singular y específico de una perspectiva psicoanalítica, incluida en mayor o menor medida,

implícita o explícitamente, en el trabajo de campo, puede enriquecer y complejizar la noción de prevención y sus alcances en la comunidad.

Apuntamos a revisar y esclarecer los aportes del psicoanálisis, sin embargo, sería asumir una perspectiva vertical y autosuficiente si no nos dejamos interpelar por el campo al que queremos contribuir. Viñar (2007) nos resuena mucho en este sentido cuando afirma la importancia de mantener una actitud ávida de recibir, de enriquecernos con el aprendizaje y apertura a la diversidad y a nutrirnos de las experiencias de personas de otras realidades socio-históricas.

Llegados a este punto se nos impone puntualizar algunas cuestiones sobre el tipo de investigación en el que se inscribe nuestro trabajo. Desde la perspectiva más difundida correspondería al campo del psicoanálisis aplicado. Sin embargo, este término viene siendo cuestionado tanto desde dentro como desde fuera del psicoanálisis, principalmente porque la noción de “aplicación” supone la extrapolación de la teoría y/o del método clínico a campos ajenos al de la cura, de la cual surgieron.

La cuestión central es que esta aplicación implica una jerarquía que puede limitar o imponer una determinada visión sobre el campo al que pretendemos acercarnos. Rivas (2,015) es enfático cuando señala la inadecuación del término por cuanto la perspectiva desarrollada desde Freud acerca del psicoanálisis aplicado, está teñida de una mirada clínica y tiende a ver los fenómenos culturales y sociales desde el lente de la patología, si bien reconoce sus aportes especialmente en el posicionamiento del psicoanálisis como una teoría de la cultura.

Desde otro tipo de argumentación, Mijolla-Mellor (2007) plantea igualmente una visión crítica del término pues entiende que tanto la obra clínica de Freud como sus textos culturales tienen la misma importancia y fecundidad, por lo que el término aplicación pierde su sentido.

Por nuestra parte, consideramos, sin pretender llegar a conclusiones frente a una cuestión controversial aún vigente, que el punto de partida del psicoanálisis es el tratamiento de la neurosis y desde ahí, comprensiblemente, hay una mirada desde la cual se abordan otros fenómenos y hechos socioculturales. El riesgo sería, a nuestro modo de ver, imponer esa mirada y esa forma de comprensión y/o interpretación como la única válida, desconociendo que campos diferentes de conocimiento y temas diferentes de investigación necesitan también diferentes formas de lenguaje y experiencia (Hampe, 2003). En este sentido, tal vez el término “aplicación” no resulta el más ajustado a la complejidad que venimos señalando y el de interacciones o interdisciplinariedad sean más pertinentes. En todo caso, lo que nos interesa subrayar es la importancia de explorar, esclarecer, encontrar y/o definir los puntos de intersección entre el psicoanálisis y los otros campos de conocimiento y/o experiencia, ese espacio potencial de diálogo y encuentro, reconociendo la especificidad de cada uno de ellos, y por tanto asumiendo los alcances y límites de tal diálogo o interacción.

Habiendo acotado nuestro punto de vista sobre la cuestión de la aplicación en psicoanálisis, diremos que nuestro abordaje es de tipo teórico y busca señalar los aportes psicoanalíticos a la noción de prevención comunitaria, a partir de la revisión del material bibliográfico disponible, desarrollando una línea argumentativa que partiendo de la

afirmación de un encuentro y vínculo fructífero entre ambos, recorre y busca comprender las tensiones y contradicciones existentes, identifica sus alcances y limitaciones y finalmente esclarece los aportes psicoanalíticos más relevantes, dejando abierta su discusión y cuestionamiento, planteando, más que respuestas, nuevas preguntas y pistas a seguir reflexionando.

El interés por acercarnos a este tema surge de la experiencia concreta y vital de encuentro con la población ayacuchana a partir del trabajo en el proyecto de salud mental llamado *Wiñastin* (“creciendo”, en quechua) en el que participamos psicólogas con formación psicoanalítica, psicoanalistas en formación y un equipo de jóvenes colegas encargadas del trabajo en la zona. Durante diez años buscamos contribuir a la recuperación psicosocial de personas, grupos e instituciones, dolorosamente afectados por las secuelas de violencia en la zona, promoviendo el despliegue de sus recursos y capacidades, favoreciendo la elaboración de sus experiencias de sufrimiento y la reconstrucción de sus vínculos personales y colectivos (Wiñastin, 2010). Esta experiencia nos permitió encontrarnos con una diversidad grande de las así llamadas intervenciones en salud mental en la población y confrontarnos con las exigencias de responder a la lógica de los proyectos con sus parámetros de objetivos, metas, logros, resultados, indicadores etc., muchas veces difíciles de conciliar con nuestra mirada psicoanalítica, psicosocial y dinámica.

Tal como sintetiza Santisteban (2015), miembro de nuestro Equipo Central Wiñastin, uno de los aprendizajes más valiosos de nuestra experiencia fue constatar el aporte singular de nuestro instrumento psicoanalítico en el acompañamiento a las personas, en su vida, en sus problemas e inquietudes, en sus esfuerzos por salir adelante en medio

del sufrimiento y la precariedad, así como en el reconocimiento de sus recursos y capacidades para reencontrarse con la vitalidad de sus iniciativas y de sus sueños, incluyendo sus trabas, sus temores y angustias, su hostilidad y desconfianza. La escucha empática, la apertura al inconsciente del otro diferente y semejante a la vez, la devolución de una palabra reflexionada, la posibilidad de desplegar vínculos reparadores resultaron estímulos muy importantes para seguir apostando por este camino de reflexión y de práctica.

Así, vemos que nuestro tema se ubica en la inquietud compartida por psicoanalistas y profesionales afines en nuestro medio por llevar el psicoanálisis más allá del consultorio y el trabajo clínico, convencidos de que éste es un instrumento valioso para la comprensión y esclarecimiento de los acuciantes problemas sociales que nos atraviesan como sociedad y para la formulación de propuestas y prácticas creativas que, bajo su inspiración, contribuyan a mejorar la calidad de vida de personas, grupos, comunidades, instituciones y organizaciones. No es casual que la riqueza de este diálogo entre el psicoanálisis y el entorno social y político se vea plasmada en el último número de la Revista “Voces” de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis (2015), que recoge un conjunto de iniciativas y proyectos individuales y colectivos que trascienden el encuadre del setting analítico y terapéutico. Pero, coincidimos con Viñar (2011) en que hace falta lo que él llama “un movimiento exogámico mayor” (p. 238) que integre el psicoanálisis en los núcleos dinámicos de la salud, la educación, lo ético, lo jurídico, lo político.

Herrera (2011) recoge y problematiza estos desafíos cuando abre el cuestionamiento sobre si el psicoanálisis debería ampliar su mirada y escucha hacia

ámbitos de la experiencia humana distintos a aquéllos para los que fue creado. Y Bruce (2013) responde afirmativa y enfáticamente diciendo: “La clínica (psicoanalítica), la base de nuestra identidad, es el inicio, no la estación final de nuestro quehacer. Ponerla al servicio de la comunidad en la que vivimos y trabajamos es una obligación y un privilegio...” (p. 13).

El campo más amplio de la salud mental dentro del cual se ubica la noción de prevención, resulta uno de esos movimientos exogámicos a los que se refiere Viñar. El psicoanálisis tiene una mirada crítica y cuestionadora de la salud mental como estado definitivo; como equivalente de armonía y de bienestar, en ausencia de conflicto y enfermedad; como parámetro normativo, regulador y adaptativo. Visión muy cercana al modelo médico positivista con el que Freud rompe desde su incursión en la dimensión inconsciente y simbólica del síntoma. Sin embargo, es innegable que aunque por esta razón hay en la mayoría de autores psicoanalíticos una renuencia a hablar en términos de salud mental, está muy presente en sus escritos una perspectiva de lo que se considera saludable, integrador y/o creativo en el crecimiento y desarrollo de las personas.

En este complejo pero rico campo de discusión trataremos de ubicar las tensiones entre una perspectiva psicoanalítica y la prevención. ¿Por qué abordar nuestro tema desde tales tensiones? Tal vez sean dos las cuestiones más importantes: la primera, relacionada con nuestra mirada del psicoanálisis aplicado, tiene que ver con el intento de limitar una perspectiva vertical y dominante, que oscurezca o minimice la complejidad, el discurso y los problemas de la prevención comunitaria, habida cuenta que al mismo tiempo, ambos campos, según nuestra opinión, comparten un espacio común de interés, de estudio, de

práctica y encuentro que es la salud mental, sea cual fuere el tipo de conceptualización empleada . Así, señalar y discutir las tensiones entre el psicoanálisis y la prevención nos permite revisar los temas más relevantes susceptibles de discusión o decidida confrontación entre ambos, así como identificar los espacios de potencial o explícita convergencia..

La segunda cuestión tiene que ver con el hecho de que al revisar las tensiones entre el psicoanálisis y la prevención, podemos también señalar, aun cuando no nos detenemos en ello, las tensiones existentes al interior mismo del psicoanálisis frente a temas como la aplicación, la relación individuo-sociedad, la salud mental, el lugar del psicoanálisis fuera del ámbito del consultorio, entre otros. Adicionalmente, sabemos que desde décadas atrás no es posible hablar de un solo cuerpo teórico al interior del psicoanálisis sino de distintos desarrollos que plantean controversias y aún dilemas expresados en la pregunta de Wallerstein (1976) de si podemos hablar de uno o varios psicoanálisis.

Hecha esta puntualización, señalemos que para algunos esta tensión es irreconciliable (Anserment, 1999; Haddad y Ulrich, 2009; Mazarina, 2010) , en tanto la prevención se sostendría en un ideal de bienestar incompatible con la proposición psicoanalítica del malestar estructural inherente a lo humano que rompe la ilusión de una salud mental como estado definitivo y seguro.

Sin embargo, plantearemos que hay distintos enfoques y perspectivas para entender la prevención, y que los encuentros o desencuentros con una mirada psicoanalítica responden en buena medida al lugar desde dónde nos ubicamos (Stolkiner, 1987). Así, desde los programas públicos y organismos internacionales, más cercanos al modelo médico hegemónico, la prevención es definida como “los esfuerzos por anticipar

eventos con el fin de promocionar el bienestar humano y evitar situaciones indeseables” (OPS, 1995, p. 22, citado en Cuba, 2006). Esta definición contrasta con la que propone el Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos en Salud Mental Comunitaria en el Perú (2006), el que señala que la prevención “es una forma de intervención cuyo objetivo principal es reducir los factores de riesgo relacionados a la salud mental” (p. 23). La prevención se presenta así como uno de los niveles fundamentales de intervención en salud mental comunitaria, caracterizada ésta por la búsqueda y promoción de cambios en la comunidad: en sus condiciones de vida, en sus vínculos y relaciones, en sus niveles de participación, en el fortalecimiento de sus recursos y en la facilitación de procesos de memoria y reconocimiento. Desarrollaremos la idea que el encuentro con el psicoanálisis es más fructífero con propuestas de prevención con un enfoque como el último que acabamos de reseñar que enfatiza los procesos y las relaciones entre las personas, su calidad de vida y el entorno social y político. Para complejizar aún más el panorama no podemos dejar de señalar que el psicoanálisis no es ajeno a las prácticas sociales e ideológicas de los modelos de salud que el contexto histórico y social le plantea y en el que se halla inserto. Así mismo, el concepto de *prevención* se ha ido transformando en las últimas décadas en forma paralela al concepto de salud, relativizado en su significación, en parte, debido a la influencia de la teoría psicoanalítica (Moise, 1998).

En la práctica, el encuentro es más dinámico debido en parte a que pertenecemos a una tradición en América Latina en la que los recursos técnico y teóricos de inspiración psicoanalítica han sido y son empleados en el trabajo con las personas y comunidades para

entender y aliviar su sufrimiento desde una mirada crítica y cuestionadora de una realidad social injusta, violenta y opresiva (Rascovsky et al, 2010).

Podríamos decir, llegados a este punto, que nuestro tema podría aportar a problematizar la apertura del psicoanálisis hacia otros saberes y considerar posturas que plantean no sólo la posibilidad que los psicoanalistas y profesionales afines colaboren en el campo de la salud mental y la prevención, sino también la necesidad de que aquéllos se acepten como miembros de la disciplina más amplia de la salud mental (Galende, 1998)

Esperamos haber comunicado hasta acá la relevancia que consideramos tiene el tema que proponemos: en primer lugar, la importancia de salir del ámbito exclusivo del consultorio para explorar y ampliar nuevos campos de trabajo psicoanalítico.

En segundo lugar, la necesidad de responder a la demanda que, como profesionales, nos plantea la urgente situación de la salud mental en nuestro país, en el que debilitados los vínculos sociales y deteriorados los valores colectivos por el culto al éxito y al consumo, la ilusión de que nuestro bienestar depende exclusivamente del propio esfuerzo propicia que la depresión y la baja autoestima aparezcan hoy como rasgos distintivos de nuestra sociedad (Portocarrero, 2014).

En tercer lugar, la extensión creciente de iniciativas y proyectos en salud mental comunitaria nos muestra una diversidad de discursos y propuestas, rica pero también muy heterogénea, que responde a las características complejas de nuestra sociedad (Costa, 2008) y que va nutriendo la psicología comunitaria en el Perú como disciplina aún en construcción (Velásquez, Cueto, Rivera y Morote, 2011). Esta riqueza de prácticas y experiencias, en las que percibimos, de una u otra manera, la impronta del psicoanálisis,

aún se encuentra en diversos momentos de sistematización y articulación, por lo que consideramos que nuestro trabajo puede ser un aporte para seguir desarrollando de un modo más decidido y afirmativo el aporte psicoanalítico a las practicas psicosociales comunitarias en nuestro país.

Conviene señalar que existen resistencias a incorporar el psicoanálisis a los desarrollos de otras disciplinas y saberes. Estas dificultades fueron detectadas tempranamente por Freud cuando en 1910 señalaba en *La perspectiva futura de la terapia analítica* que frente a la crítica que el psicoanálisis hace a la sociedad no es posible esperar que ésta responda complacientemente y acepte así sus fallos y limitaciones.

No deja de ser sorprendente la vigencia actual del comentario freudiano, sin embargo es importante decir que las resistencias no sólo están del lado de la sociedad a la que el psicoanálisis interpela sino también al interior de la comunidad psicoanalítica en la que muchos de sus miembros encuentran cuestionable ingresar en otros campos que no sean los referidos a la clínica y la terapéutica. Al respecto Herrera (2011) se pregunta si el psicoanálisis se ha convertido en un “instituido” que “resiste desde dentro” premisas que fundaron su aparición como un saber y una práctica críticos del funcionamiento psíquico individual y social.

En nuestro medio, los estudios y/o investigaciones psicoanalíticos referidos al tema específico de la prevención son inexistentes. Una revisión de lo producido en el ámbito latinoamericano nos muestra igualmente que el peso del psicoanálisis en la promoción y prevención es pobre, debido fundamentalmente a que no se ha desarrollado todavía un cuerpo teórico transmisible y de evidencias de eficacia de intervenciones

psicoanalíticas (Losada Cucco, 2006). Sin embargo, es importante subrayar que a partir de 1980 viene produciéndose un aumento notorio de la producción de escritos psicoanalíticos relacionados con nuestro tema de interés: escritos de autores como Herrera, Lemlij, Hernández, Bruce, Rodríguez Rabanal, Peña, entre otros, abordan, como psicoanalistas, el análisis y la interpretación de diversos procesos y problemáticas sociales acuciantes y de gran trascendencia, lo que resulta una fuente valiosa a la hora de esclarecer qué es lo que se buscaría prevenir en nuestro medio desde una perspectiva psicoanalítica.

Encontramos una bibliografía más reciente que da cuenta de las numerosas experiencias de intervenciones clínicas comunitarias en las que la prevención es un componente importante (Pezo, Velasquez, Valz-Gen y Pareja, 2008; Escribens, Portal, Ruiz y Velásquez, 2008; Pérez y Jibaja, 2009; Thorne, Corveleyn, Pezo, Velásquez y Valdez, 2011; Guerrero, 2014; Franco y Haworth, 2013), textos reflexivos y críticos que nos servirán de insumos valiosos para nuestro trabajo. Desde la vertiente más académica, hay dos trabajos que queremos destacar porque resultan muy próximos a nuestro tema de interés: el primero es la tesis de Cubas (2006) quien propone un modelo de salud mental desde una perspectiva psicoanalítica y el segundo, el de Dubreuil (2011) en torno a una comprensión dinámica de la resiliencia.

En América Latina, encontramos que en Argentina funciona desde 1997, en el seno de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), el Centro Racker con un área de prevención y psicoanálisis fundado por Cecilia Moise, cuyo libro *Prevención y psicoanálisis: propuestas en salud mental comunitaria* (1998) constituye un referente obligado para quienes nos interesamos en el tema. En el Congreso de la APA del 2002 el

equipo responsable del área presentó como objetivos de su propuesta: la comprensión de los procesos de cambio social y la contribución al mismo, la elaboración de estrategias multidisciplinarias como método principal, la interpretación eficaz de los fenómenos de la cultura y la vida social y la promoción de espacios de reflexión para la explicación y elaboración colectiva de los conflictos de la vida urbana (Losada Cucco, 2006).

En el ámbito de las publicaciones internacionales, el registro electrónico de publicaciones psicoanalíticas (PEP) nos indica que hay muy pocas referencias directas sobre el tema que nos ocupa. Hay sólo seis artículos que abordan directamente el tema de la prevención psicoanalítica en ámbitos específicos como la niñez, la violencia y el SIDA.

Con relación al desarrollo de nuestro trabajo, en el primer punto *Psicoanálisis, salud mental y prevención*, trataremos de esclarecer la noción de prevención y sus distintos enfoques y perspectivas, buscando situar desde cuál de ellos partiremos para plantear un diálogo fructífero. Aunque la prevención no es un concepto psicoanalítico se encuentra implícito en las ideas que los autores tienen sobre lo que es saludable y lo que no lo es, y sólo recientemente encontramos una literatura específica sobre el tema.

Buscaremos rastrear en los escritos freudianos cómo desde sus orígenes y en tensión con su adhesión al modelo médico predominante en su época, Freud planteó al mismo tiempo una ruptura con el mismo con su noción del síntoma como una entidad simbólica a diferencia de la dimensión concreta y biológica vigente. Desarrollaremos la afirmación que este hallazgo imprime desde sus primeras teorizaciones una concepción compleja de los conceptos de salud y enfermedad, en la que ambos constructos no se encuentran tajantemente diferenciados. Esta perspectiva cambia radicalmente la noción de

salud mental como ausencia de enfermedad y por tanto la noción de prevención (Herrera, 2014; Green, 2005).

Asimismo haremos una revisión de algunos autores psicoanalíticos, cuya reflexión en relación a estos temas nos parece de particular relevancia para nuestros objetivos, en la medida en que se sitúan no sólo en el ámbito clínico sino que tienen una visión de la salud mental desde lo social y lo cultural. Nos referimos a Winnicott, Castoriadis y McDougall. También reseñaremos y destacaremos los aportes más significativos de los escritos que reflexionan específicamente sobre la relación entre el psicoanálisis y la prevención. Nos interesará poner en diálogo estos aportes, provenientes especialmente de la cantera del psicoanálisis latinoamericano, con la llamada psicología positiva (Cubas, 2006) cuyo objeto de estudio se centra en los recursos, capacidades y potenciales del individuo y de los factores que promueven el movimiento hacia la salud (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000, citados en Cuba, 2006).

De modo destacado plantearemos los aportes y avances que desde las experiencias en salud mental comunitaria se vienen realizando en nuestro medio, buscando identificar sus concepciones sobre la prevención, sus alcances y límites, y especialmente los recursos teóricos y técnicos de inspiración psicoanalítica.

En el segundo punto, desarrollaremos, a partir de la revisión crítica de algunos escritos psicoanalíticos actuales sobre el tema, los aspectos de tensión y distensión, encuentros y desencuentros que desde una mirada psicoanalítica nos plantea el abordaje de la prevención comunitaria, centrándonos en algunos ejes teóricos como la relación

individuo-sociedad, salud/bienestar , malestar/enfermedad, las series complementarias, los recursos/agencias, el encuadre, entre otros.

En el tercer punto recogeremos los aspectos más relevantes de la revisión crítica realizada en los acápites anteriores buscando señalar los aportes más importantes del psicoanálisis a la reflexión y práctica de la prevención. Finalmente, desarrollaremos las conclusiones de nuestra investigación.



PSICOANALISIS, SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN

La perspectiva que nos orienta pretende alejarse de una postura asimétrica de verticalidad en la que el psicoanálisis se ubica en un rango jerárquico superior desde el cual analizaría, evaluaría, criticaría y daría directivas al campo de la prevención. Al mismo tiempo, nuestra mirada se despliega desde algunos aspectos del psicoanálisis que nos interesa levantar y subrayar. Es desde esta tensión inevitable (visión no jerarquizada y al mismo tiempo lente psicoanalítico) que nos parece indispensable esclarecer las nociones de salud mental y prevención, ambas indesligables, recorriendo los espacios de confluencia e identificando las cuestiones problemáticas en tensión.

La noción de prevención: diversas aproximaciones y enfoques

La prevención ha sido una preocupación casi tan antigua como la humanidad misma en su intento de evitar y protegerse de las enfermedades y los desastres naturales: desde el uso de amuletos, prácticas de rituales religiosos, normas de higiene corporal, pasando por la forma cómo debían ser construidas las ciudades hasta los usos y costumbres referidos a la alimentación (Hoyos, Duvaltier y Giraldo, 2003).

Con la modernidad, la noción de prevención se articula de manera más definida en el contexto del discurso médico, ligado al concepto de salud y, de modo más visible y organizado, se remonta a fines del siglo XIX, cuando surge el concepto de “educación para la salud” y, asociado a éste, surgen los agentes de salud destinados a promover esta

educación, resultando así la información y la enseñanza sus pilares más importantes (Moise, 1998; Ariel, 1997).

Durante años la prevención estuvo centrada en los aspectos corporales y sólo recientemente se incorpora a la salud mental con la evolución del pensamiento psiquiátrico y psicológico. Así, ambas nociones, tanto la de salud mental como la de prevención, se han ido transformando en las últimas décadas y en estos cambios, la influencia de la teoría psicoanalítica ha estado presente dentro de un conjunto más vasto de modelos y enfoques diversos.

Desde 1947, año en que la Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado que va más allá de la presencia y ausencia de enfermedades diagnosticadas, se viene desarrollando un modelo distinto en el que se asigna importancia a la salud mental como aspecto de la salud integral y orientado a la prevención de las enfermedades y al fomento de estados positivos de salud y bienestar (Cubas, 2006).

Con este nuevo enfoque lo que se busca es desarrollar un abordaje preventivo de la salud integral, considerando las distintas áreas que la determinan: la biológica, la psicológica individual, y la familiar e institucional, junto con sus consecuentes efectos en la dimensión comunitaria (Moise, 1998).

La reforma psiquiátrica logra cambios importantes en la atención al enfermo mental y se comienza a desarrollar la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales.

Actualmente, se comprende la prevención como una consigna central en las estrategias de los programas de salud mental, ligada también a las de Atención Primaria

de la Salud en las que el espacio comunitario se vuelve prioritario y por la misma razón también campo de diversos tipos de intervenciones que no siempre expresan comprensión de los problemas que abordan ni del sentido global y específico de las acciones que se llevan a cabo (Moise, 1998).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 1995 define la prevención como el conjunto de esfuerzos realizados con el fin de anticipar eventos y de este modo promover el bienestar humano, evitando situaciones indeseables.

Como vemos hasta acá, las definiciones de los organismos mundiales e internacionales de salud son la plataforma base de los programas de salud pública en los que se ubica la prevención en salud mental, pero no logran expresar su gran complejidad y dinamismo.

Stolkiner (1987) nos ofrece una perspectiva esclarecedora que nos permite precisar qué noción de prevención ofrece un campo más fructífero para su encuentro con el psicoanálisis. Señala que el campo de la salud mental no es un campo homogéneo, sino más bien un ámbito cuyas prácticas sociales están atravesadas por contradicciones, lo que plantea un espacio para la confrontación teórica, epistemológica y práctica.

En América Latina esta complejidad se expresa en ricos y variados desarrollos teóricos así como en múltiples prácticas e intervenciones. En este sentido, es posible encontrar propuestas no tradicionales, alejadas del modelo médico positivista, cuyos ejes teóricos y prácticos son: la participación de la población, una visión integral de la salud, el reconocimiento del proceso salud-enfermedad inscrito en las condiciones de vida y la

reproducción social, el lugar del individuo como sujeto social activo, la importancia de un abordaje interdisciplinario y la apertura hacia el desarrollo de nuevos marcos conceptuales.

En el otro extremo del espectro de modelos de salud mental se encuentra el llamado modelo médico hegemónico positivista basado en la demanda, curativo, no preventivo, centrado en el médico y en un sujeto pasivo.

La autora desprende así dos grandes orientaciones en una perspectiva de prevención: la prevención normativa y la que llama, provisoriamente por negación, no-normativizante. La primera recogería la expectativa positivista de una sociedad científicamente ordenada, que define desde la ciencia y la técnica, los síntomas y las “patologías” individuales y sociales, así como los programas y acciones tendientes a su desaparición, con el ideal subyacente de retorno al equilibrio perdido.

La segunda es entendida como la posibilidad de desanudar las situaciones problema y se basa en marcos conceptuales no positivistas, en los que la construcción del conocimiento es permanente y se da en la acción. Su concepto de salud no la asimila a normalidad, ni a estados óptimos de equilibrio sino más bien a la articulación de múltiples determinaciones. Es esta segunda perspectiva de la prevención en salud mental con la que se puede establecer un vínculo con el psicoanálisis.

Consideramos que esta mirada nos permite identificar la noción de prevención desde la cual podemos poner a trabajar los aportes psicoanalíticos y nos ayuda a delimitar que el tipo de prevención normativa corresponde, de un modo general, a los organismos del estado y los programas de salud pública, y los segundos a propuestas generadas desde instancias más dinámicas de la sociedad, como las organizaciones no gubernamentales, la

academia o iniciativas coordinadas en colaboración con los sectores del estado más abiertos a nuevas propuestas.

Es esta noción de prevención que se aleja de un deber ser normativo impuesto desde un saber que se asume como válido y autosuficiente, el que prevalece en muchas propuestas en nuestro medio, especialmente surgidas en el contexto post-conflicto interno e impulsadas por el Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR, 2003).

Una muestra de estas últimas con las que consideramos que la relación con el psicoanálisis puede ser más viva y dinámica es la sistematización de la labor realizada por instituciones y organizaciones peruanas en el trabajo con poblaciones en torno a la violencia social. En este trabajo se plantea que la prevención de la violencia es una tarea prioritaria del Estado pero requiere del concurso de otras instancias de la sociedad. Las conclusiones a las que llegan los autores nos señalan que las buenas prácticas en la prevención y atención de la violencia en nuestro país incluyen: el respeto a culturas diferentes, la inclusión equitativa de hombres y mujeres, el respeto y la promoción de los derechos fundamentales de la población, el cuidado emocional de los equipos y el cuidado del otro y de la información. (Thorne, Corveleyn, Pezo, Velásquez y Valdez, 2011)

Consideramos que estas prácticas comparten una mirada del ser humano y del colectivo preocupada y comprometida en fortalecer los vínculos con los demás, en la búsqueda de aliviar su sufrimiento y aportar “en la ética, en el ethos que late cuando se postula el bienestar individual y colectivo como una meta de la convivencia social” (Thorne et al., 2011, p. 7). Este ethos no es ajeno al psicoanálisis que busca develar aquéllas trabas

y conflictos que impiden una vida más plena y humana, en un camino de descubrimiento que lidia todo el tiempo con los intentos de imposición y sometimiento.

Nos interesa subrayar tres cuestiones importantes que se desprenden de nuestra resumida exposición sobre los diversos modos de aproximarse a la prevención: la primera, es la importancia que tiene la prevención como estrategia prioritaria en las políticas públicas y en las iniciativas y propuestas de otras instancias sociales y organizativas; la segunda, la diversidad, entrecruzamiento y complejidad de los distintos enfoques cuando se trabaja con la comunidad ; y la tercera, es que la comunidad emerge como el ámbito natural y privilegiado de las propuestas de prevención.

De la compleja y rica relación entre el psicoanálisis y salud mental

La relación del psicoanálisis con la prevención comunitaria se enmarca en una discusión más amplia que es la de la relación con la salud mental. Ni la salud mental ni la prevención son conceptos propiamente psicoanalíticos, aun cuando aparezcan como términos empleados en los escritos tanto de Freud como los autores posteriores a él, con diversos usos y sentidos. No cabe duda que existe una aproximación al tema de la salud y enfermedad, más o menos implícita o explícita, en la mayoría de quienes, como los psicoanalistas, están interesados en la exploración del psiquismo y el sufrimiento humano. Sin embargo está presente en su mirada una toma de posición crítica con respecto a la salud mental/ normalidad (nociones empleadas a veces como equivalentes y otras de modo diferenciado) presentada como “fundamentalmente cuestionada por el psicoanálisis, (en

tanto) no puede ni definirse desde el exterior ni ser por ello borrada de una íntima y necesaria certeza de la vida psíquica” (Jeanneau, 2006, p. 901).

El cuestionamiento señalado contiene diversas posturas y matices, considerando que la teoría psicoanalítica creció, a partir de Freud, mediante el desarrollo de una gran cantidad de escuelas, corrientes teóricas y técnicas, grupos, autores, cada uno con su enfoque particular sobre casi todos los problemas, lo que abre perspectivas y miradas diferentes y a veces contradictorias, aun cuando los principios básicos se mantengan unificados (Bleichmar y Leiberman, 1989).

Uno de tales problemas se refiere a qué es lo que se considera sano o saludable en las personas y si es posible encontrar criterios unificados en el psicoanálisis para definirlo. Como veremos, esta cuestión permanece como un campo de debate hasta nuestros días y hay autores como Winnicott (1,986) ó Greenspan (1,998) que mantienen y afirman una postura sobre lo que entienden por un individuo sano –ser y sentirse real, en el primero, y la capacidad para alcanzar determinados logros evolutivos en el segundo-, mientras hay otros como Mc Dougall (1978) para quien “hablar de normalidad es tratar de describir la faz oscura de la luna” (p. 416) , alertando sobre los riesgos de la sobreadaptación de los así llamados “normales”. Subyacen a estos tres autores, una idea que es común a la mayoría de autores psicoanalíticos y que está muy claramente expuesta por Winnicott (1,986) quien señala que la salud no se trata únicamente de la ausencia de trastornos psicológicos ni de la presencia de la sensación de comodidad.

La comprensión freudiana del síntoma como expresión del inconsciente, como entidad simbólica, a diferencia de la dimensión concreta conferida por la medicina, cambia

la idea de salud mental, la que emerge ya no exclusivamente determinada por el trauma. Este viraje fundamental junto con otros aportes en la concepción de la salud mental y la enfermedad como la noción de inconsciente dinámico y la represión, la teoría de las pulsiones y de las neurosis, el conflicto, el desarrollo psicosexual, entre otros, cambian la perspectiva tradicional vigente.

Mazarina (2,010), a nuestro modo de ver, resume bien los temas de cuestionamientos que venimos planteando entre la relación del psicoanálisis y la salud mental. Señala que la teoría y la práctica psicoanalítica no pueden ser reducidas al saber médico y a las técnicas psicológicas, aunque socialmente se incluyan en las prácticas de salud. Entiende que no es oponiendo la ilusión de un psicoanálisis “puro” y el criterio externo de “aplicación” cuando es usado en instituciones y otros ámbitos de la cultura y la sociedad, como se avanzará en el esclarecimiento y avance en la necesaria relación del psicoanálisis con el campo de la salud mental y otras diferentes disciplinas afines. Su potencia y capacidad de diálogo y convocatoria, se revelará en el encuentro con su especificidad: el síntoma como configuración conflictiva, el cuestionamiento de la ilusión científica de ser un saber sin fallas, la toma de partido por el deseo y la singularidad del sujeto constituido en el tejido social .

En consonancia con lo anteriormente reseñado, Mazarina cita a Roudinesco quien afirma que colocarse del lado de la verdad del deseo implica una crítica clara de aquello que la sociedad interpone como obstáculo para su descubrimiento y por esto el psicoanálisis es, sobre todo, el ejercicio de una ética, puesta de manifiesto en su crítica a la psiquiatría manicomial , en la denuncia a la exclusión, en la negativa a la tutela, en el

respeto por la palabra del paciente en nombre de una ética de búsqueda de la verdad. (Mazarina, 2010).

El planteamiento final de la autora, es que, a pesar de la presencia influyente del psicoanálisis en el campo de la salud mental, continúa imprecisa una definición conjunta e institucional de la política del psicoanálisis en relación a la salud mental, quedando aún un largo camino por recorrer en la discusión entre el sustrato ideológico de la salud mental -constituido por los diferentes discursos que lo componen- y el discurso psicoanalítico. Quedaría así mismo pendiente la interrogación acerca de la resistencia de los mismos psicoanalistas a incluirse como un discurso entre otros discursos en el campo de la salud mental, para poder establecer esa discusión con bases más firmes y consistentes.

Si bien las preguntas que plantea la autora resultan desafiantes y son claves en la discusión actual del lugar del psicoanálisis y su aporte en otros espacios sociales distintos a los de la cura, nos parece que su pretensión de una definición conjunta e institucional por parte del psicoanálisis, resulta por lo menos ambiciosa considerando la diversidad de puntos de vista que existen al respecto.

Es en esta línea que resulta de gran importancia que el psicoanálisis establezca un puente entre la historia individual y la colectiva, afirmando que es el ámbito de lo social, en el que se inserta la salud mental y la prevención comunitaria, un espacio pertinente para la exploración y la intervención psicoanalítica, y destacando la obligación de los profesionales de este campo de pensar conjuntamente los problemas del sufrimiento psíquico del individuo y las dinámicas de integración y exclusión social (Herrera, 2011)

Galende (1990), por su parte, estaría muy de acuerdo con esta perspectiva al enfatizar una lógica de mutua influencia y reciprocidad entre los cambios sociales y los problemas de salud mental. Para este autor ha quedado demostrado históricamente que ninguna transformación social asegura el bienestar y la felicidad subjetiva de las personas, por lo que se hace necesario ampliar, profundizar e innovar los recursos teóricos y técnicos del ámbito de la salud mental, ámbito en el que el psicoanálisis puede y debe realizar un aporte significativo. Considera, en esta línea, que los psicoanalistas deberían asumirse como parte de una disciplina más del campo de la salud mental.

Ahora bien, hemos tratado de mostrar que en la difícil relación entre el psicoanálisis y el campo de la salud mental, hay planteado un desafío a la posibilidad de establecer vínculos y diálogos fructíferos, habida cuenta que sus nexos de coincidencia y mutua influencia se despliegan desde el origen mismo del psicoanálisis (Ulloa, 2010).

Nos interesa ahora recoger un punto de vista diferente sobre la relación psicoanálisis y salud mental que enfatiza la debilidad del primero para una “definición colectiva” del segundo (tal vez en la misma dirección del reclamo de Mazarina que reseñamos anteriormente). Se trata de la tesis de Maestría de Milagros Cubas (2006) sobre lo saludable y el desarrollo de una propuesta para la comprensión de la salud mental desde el psicoanálisis, para lo cual hace un recorrido riguroso y sistemático de las diversas posturas de los autores psicoanalíticos sobre el tema.

Cubas (2006) tiene como punto de partida de su trabajo el afirmar que el psicoanálisis no le ha dado mayor espacio a la discusión de lo que se entiende por lo saludable, señalando que resulta llamativo la ausencia de una definición clara de salud

mental, más allá de la ausencia de síntomas, considerando que se trata de una disciplina que apunta a promoverla. Añade que los intentos en esta dirección han permanecido más bien aislados y subraya que hasta el momento no existe una comprensión de la salud mental independientemente de lo patológico.

Su trabajo apunta entonces a plantear una propuesta de modelo de salud mental que integra diversos aportes de autores psicoanalíticos (Winnicott, Greenspan, Green, entre otros) junto con los de la llamada Psicología Positiva, cuyo centro de interés, investigación y práctica se ubica en los recursos, capacidades y potencialidades de las personas como factores fundamentales que movilizan hacia la salud, proponiendo la existencia de fuentes de fuerza o resiliencia que ayudan a las personas a superar las condiciones de déficit o perturbación y así alcanzar su crecimiento y fortalecimiento personal.

Si bien consideramos que la propuesta de Cubas subraya el carácter fluctuante de la noción de salud mental y por esta razón habla de lo saludable, nos parece discutible su punto de partida. La ausencia de una definición clara, precisa y explícita de salud mental -¿modelo psicoanalítico de salud mental?- obedece en buena medida a la complejidad y diversidad de enfoques y perspectivas de la teoría psicoanalítica al interior mismo de la obra fundacional de Freud y en la de los autores posteriores a él. De otro lado, la expectativa de articular lo que se espera en la salud independientemente de la enfermedad o lo patológico, propondría nuevamente una línea divisoria esquemática y arbitraria en ese continuum enfermedad-salud que Freud ya vislumbrara como el límite, nunca precisamente determinable, entre lo normal y lo patológico (Freud, 1924).

Ahora bien, para efectos de nuestro trabajo, nos interesa remarcar el énfasis que señala Cubas con relación a los recursos, capacidades, potencialidades y capacidad resiliente en las personas. Coincidimos en que se trata de una dimensión insuficientemente destacada en las teorías psicoanalíticas y en el ámbito de la salud mental y la prevención comunitaria resulta un factor fundamental. Planteamos que se trata de una tensión que buscaremos profundizar pero anotemos que es un desafío, desde una perspectiva psicoanalítica, contribuir a facilitar procesos de desarrollo de recursos y capacidades evitando la simplificación esquemática de evadir o negar el conflicto o los factores enfermantos de la realidad social e individual.

De otro lado, una perspectiva centrada en los recursos como la de la psicología positiva corre otro riesgo señalado por Portocarrero (2014) que es el de asumir como válido e incuestionable que nuestro bienestar depende únicamente del esfuerzo individual, independientemente de los factores sociales en que nos hallamos inmersos, generando con ello el silencio y la culpa de aquellos que tienen menos oportunidades para lograr el ansiado éxito.

Estas son algunas de las cuestiones controversiales que aparecen cuando nos acercamos a examinar más detenidamente la interacción entre el psicoanálisis, la salud mental y la prevención.

A modo de conclusión provisoria podemos señalar que tal vez el término salud mental queda corto frente a la complejidad de los problemas que plantea el psicoanálisis, sin embargo resulta de gran importancia que éste se inserte como un discurso que comparte temas y preocupaciones comunes con aquél , a la vez que aporta su propia especificidad.

Freud y la noción de salud mental

La tesis de Cubas (2006) , con el seguimiento minucioso en la obra clínica freudiana de sus conceptos sobre la salud y la enfermedad, nos exime de mayor análisis o elaboración. Recogiendo su aporte nos detendremos solamente a resaltar algunos aspectos de su investigación que pueden resultar inspiradores para nuestro trabajo.

Inicialmente Freud consideraba, como otros colegas médicos de la época, que la ‘normalidad’ o ‘salud’ (usados de manera indistinta) se expresaba a través de la ausencia de síntomas. Es así que desde sus primeros escritos mostró su ambición por construir una teoría que dé cuenta de los procesos psíquicos normales a partir de sus observaciones clínicas y elaboraciones teóricas sobre la enfermedad. Esta concepción fue gradualmente cambiando a medida que se modificaban también sus teorías acerca del funcionamiento psíquico, quedando al final de su obra meridianamente claro que las fronteras salud-enfermedad no son posibles de discernir con precisión y la idea de espectro o continuum entre ambas nociones finalmente fue la que prevaleció. Es en *La Disolución del Complejo de Edipo* (1924) que Freud describe de manera explícita esta problemática al señalar que con la disolución del complejo de Edipo se alcanza la frontera entre lo normal y lo patológico, la cual no es posible nunca determinar con precisión.

Hacia finales de su carrera, Freud continúa cuestionando los límites entre la salud y la patología. En 1937, en *Análisis Terminable e Interminable*, pone en tela de juicio la posibilidad de lograr por medio del psicoanálisis un nivel de normalidad psíquica absoluta y estable, pretensión que aparece alejada de sus expectativas. Al acudir entonces a la

descripción estadística de la normalidad y proponer que toda persona es normal en cuanto pertenece a la media, Freud parece más bien apelar a consideraciones de tipo práctico más que a convicciones derivadas de su propio esquema de pensamiento.

Nos interesa remarcar que aunque ligado desde sus inicios al modelo médico, el cual le sirvió de marco y sustento formal para formular sus nuevos conceptos y teorías, lo verdaderamente novedoso, a decir de Rey de Castro (1995), de un trabajo como *Estudios sobre la Histeria*, es la ruptura con el modelo médico anterior, texto inaugural del psicoanálisis y aún vigente en el debate contemporáneo sobre la naturaleza epistemológica de la enfermedad mental.

Esta doble inscripción del psicoanálisis en sus orígenes: el Freud médico científico y el arqueólogo del inconsciente, marca no sólo diversas posturas y contradicciones al interior de su propia obra, sino también distintas tendencias en los autores que vinieron luego a enfatizar o subrayar aspectos diferentes presentándolos a veces como dilemáticos o excluyentes, lo cual nos permite ubicar las tensiones que encontramos en una perspectiva psicoanalítica de la salud mental y la prevención comunitaria.

Luego de revisar muy brevemente la vertiente clínica quisiéramos abordar algunos elementos de algunos de sus escritos pertenecientes a su obra cultural.

Freud, en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), refiere la noción de un sujeto que se construye a partir de su relación con otros. Esto significa que el entorno social, la realidad externa, la cultura en la que está inscrito el individuo, resulta la matriz constitutiva de la subjetividad. La afirmación freudiana de la psicología individual concebida desde el comienzo mismo como psicología social ha dado lugar desde entonces

a diversos desarrollos teóricos que ponen como eje de la reflexión la relación psique – sociedad, a la luz de lo inconsciente y la represión como dimensiones fundantes del psiquismo individual y su interacción con el entramado social y cultural.

En *El malestar en la Cultura* (1930), el libro más pesimista de Freud según Gay (1988), plantea que los seres humanos somos desdichados y las fuentes de nuestra desdicha provienen de la naturaleza, nuestro propio cuerpo y nuestras relaciones con los demás. Bajo la influencia del principio del placer, buscamos escapar a nuestra suerte apelando a recursos paliativos, como el trabajo, el amor, las sustancias intoxicantes, la locura, el goce estético o los consuelos de la religión, pero tales esfuerzos son inútiles porque el resultado es inevitablemente el fracaso. Con énfasis reitera que pareciera que los intentos del hombre de buscar y encontrar la felicidad no estuvieran contenidos en el plan de la Creación. En consecuencia, la humanidad debe ser civilizada y domesticada por las instituciones mediante un contrato social que le otorga al estado el poder de la coerción de las pasiones renunciando así los individuos a la violencia por decisión propia.

Para Gay (1988), la teoría freudiana de la civilización concibe la vida en sociedad como una transacción impuesta, resultando así una condición fundamentalmente irresoluble, en la medida en que son las instituciones creadas para proteger la supervivencia del hombre las mismas que también producen su descontento y su malestar.

Para Freud, desde esta perspectiva, aun cuando al final del ensayo señala una tenue esperanza cuando apunta que cabría esperar que la pulsión de vida, Eros, realice un esfuerzo para vencer a su adversario, la pulsión de muerte, el psicoanálisis no puede traer

la felicidad y sólo puede aspirar a transformar la miseria neurótica en malestar trivial o banal.

Nos interesa para nuestros fines señalar que es esta condición fundamentalmente irresoluble de la relación entre el individuo y la cultura, la fuente principal de las tensiones con una perspectiva que desde la salud mental y la prevención, como creación cultural, apunta al bienestar y a la eliminación o atenuación del sufrimiento.

Winnicott, Castoriadis y Mc Dougall: aportes para pensar la salud mental y la prevención

En su artículo de 1967 *El concepto de individuo sano* Winnicott se refiere a la salud (mental) del siguiente modo: “Por último me referiré a la vida que la persona sana está en condiciones de vivir. ¿Cuál es la finalidad de la vida? No necesito conocer la respuesta, pero podemos convenir en que se relaciona más con el hecho de *ser* que con el sexo. (...) Ser y sentirse real tienen que ver fundamentalmente con la salud, y sólo si podemos dar por sentado el *ser* estaremos en condiciones de ir más allá, en pos de las cosas más positivas. Sostengo que (...) hay un vínculo entre la salud emocional del individuo y el sentirse real” (p.43)

Profundiza en el mismo texto su concepto de individuo sano que resume en las tres vidas que las personas saludables viven: la vida en el mundo, con las relaciones interpersonales como la llave, incluso para hacer uso del medio no-humano; la vida de la realidad psíquica personal o interna y el área de la experiencia cultural que comienza en el espacio potencial entre el niño y la madre y que se extiende luego al ambiente.

Sus ideas sobre la persona sana se asientan en su concepción de la influencia decisiva del ambiente en la configuración del psiquismo temprano (Bleichmar, 1989). Es tal la importancia que Winnicott otorga al medio ambiente que Abram (2008) señala que si hubiese que destacar algún concepto dentro de los muchos que desarrolló en su revisión del psicoanálisis sería esta “paradoja esencial” al inicio de la vida: sin un mínimo ambiental el sujeto nunca llegaría a vivir en un mundo de objetos reales .

La elaboración teórica y clínica que hace Winnicott sobre las fallas ambientales, la noción de la madre suficientemente buena, la importancia del “holding” materno en la constitución del self, el verdadero y falso self, el proceso de ilusión – desilusión como instaurador de la frustración como prueba de la realidad, los fenómenos y objetos transicionales como elementos claves para el proceso de diferenciación yo - no/yo en el bebe, entre otros aportes teóricos y clínicos sustantivos, dan cuenta de la importancia que asigna a la realidad, al ambiente, a la cultura y su peso en el vínculo del infante con la madre, cuya cualidad de suficientemente buena le permitirá el pasaje del principio del placer al de realidad y le permitirá manejar la falla ambiental. Si estas fallas ambientales son severas y la madre no provee la protección necesaria, entonces el niño sentirá amenazada su continuidad existencial.

Nos resulta particularmente inspirador en el vasto y complejo legado winnicottiano sus ideas en torno a la experiencia cultural como organizador de la salud mental del individuo, concebida como la vivencia de ser y sentirse real. En su artículo de 1,967 *La ubicación de la experiencia cultural* amplía su noción de las tres vidas que desarrollan las

personas saludables, entre las cuales incluye la experiencia cultural, centrándose en el lugar de dicha experiencia.

La originalidad de su pensamiento en este tema radica, en nuestra opinión, en que amplía y extiende la experiencia cultural a la noción de los fenómenos transicionales. Así, la experiencia cultural, aparece como fundamental en la vivencia de la persona de ser y sentirse real como totalidad y es situada en ese espacio potencial entre el individuo y su ambiente, en un principio entre el bebé y su madre.

Nos interesa resaltar que Winnicott entiende por cultura la tradición heredada contenida en el acervo común de la humanidad y lo que es fundamental para él es si individuos y grupos contamos con un espacio donde colocar y hacer uso de las experiencias culturales que encontramos y la posibilidad de establecer un “juego recíproco entre la originalidad y la aceptación de la tradición” (p. 134) como base de la creatividad.

Señala que el uso de tales experiencias está determinado por las experiencias vitales de las primeras etapas de la vida en ese espacio potencial entre el bebe y su madre, que luego se recreará en la relación con el ambiente. De este modo, resulta sumamente inspirador y con efectos teóricos y prácticos muy sugerentes, pensar en la importancia de instituciones, grupos, la comunidad y demás instancias sociales y culturales, en la provisión de experiencias que conducen a confiar y que permiten a las personas un “vivir creador” y saludable. De lo contrario, según Winnicott, se producen condiciones patológicas que los individuos encuentran muy difícil remontar por el grado de confusión y de vivencias persecutorias que se experimentan cuando no es posible encontrar un espacio confiable donde colocar y hacer uso creativo de las experiencias culturales.

Las ideas de Winnicott resultan muy enriquecedoras a la hora de pensar la prevención como lo atestigua la siguiente cita del documento: *Buenas prácticas en la prevención y atención de la violencia social* (2011): “Pensar en la presencia constante del buen trato en toda relación humana, pensar en buenas prácticas en toda relación de trabajo con personas no es una ilusión. Es la manifestación en la vida adulta de aquella capacidad de preocuparse por el otro que Winnicott postuló como fundamental para una autonomía responsable” (Thorne, Corveleyn, Pezo, Velasquez y Valdez, 2011, p. 7)

Dentro de la riqueza y originalidad teórica y clínica de la obra de Winnicott, nos interesa, para nuestros fines, relevar una de sus paradojas, particularmente sugerente para pensar la prevención y cuestionar ciertos presupuestos implícitos o explícitos en su práctica. Se trata de la paradoja de la “patología saludable”: la delincuencia y la depresión como señales y signos saludables de esperanza. Abello y Liberman (2011) , señalan, que a diferencia de Freud, para Winnicot , el niño o adolescente antisocial busca el castigo, no sólo para aliviar la culpa sino fundamentalmente para encontrar la cuota de contacto emocional incluida en todo castigo. Así, la vertiente relacional aparece como central en todo intento de atender y prevenir tales situaciones, que a menudo son vistas principal y/o únicamente como “fallas” o “patologías”.

De modo análogo, la depresión, vinculada con la ausencia de un ambiente sostenedor, es al mismo tiempo una señal saludable en la medida en que nos indica un grado de madurez e integración emocional, suficiente para experimentar amor y odio hacia un mismo objeto.

Pensar estas “patologías” desde esta perspectiva contribuye a situarnos de un modo distinto frente a tales problemas, de gran incidencia en nuestro medio, y nos ayudan a considerar abordajes más creativos y menos estigmatizadores.

Castoriadis (1993) nos ofrece una mirada distinta a la de Freud en torno a la relación entre el psicoanálisis y la felicidad (bienestar). Considera como muy pesimista y desalentadora la idea de Freud de que el psicoanálisis no trae la felicidad y sólo puede aspirar a transformar la miseria neurótica en malestar banal o trivial, afirmando más bien que ciertamente el psicoanálisis no conduce a la felicidad como tal, pero sí le brinda a las personas la posibilidad de desembarazarse o atenuar su miseria neurótica y así organizar y recrear su propio proyecto de vida, lo cual no es poca cosa.

Para Castoriadis el psicoanálisis es una actividad práctico-poética porque es creadora y su resultado debe ser la autonomía humana, que paradójicamente sólo es alcanzable ejercitando la autonomía misma. Este proyecto de autonomía compartido por el psicoanálisis, la educación y la política, pasaría por instaurar otro tipo de relaciones entre la sociedad y sus instituciones, que permitan liberar en sus miembros tanto su capacidad reflexiva como su capacidad creadora. En este sentido, Castoriadis (1993) se pregunta ¿cómo podría haber una colectividad reflexiva sin individuos reflexivos? Y es de cara a esta pregunta que buena parte de su obra propone un intercambio indesligable e íntimo entre las dimensiones sociales e individuales del proyecto de autonomía

Los temas que recorren la obra de Castoriadis, lo histórico-social, la imaginación radical, el imaginario social, el carácter instituyente e instituido de las instituciones sociales, la creatividad, la subjetividad reflexiva y deliberante, la autonomía, entre otros,

nos parecen indispensables para pensar proyectos psicosociales que tienen como ejes la promoción y prevención como despliegue de los recursos potenciales de las personas en una perspectiva de enriquecimiento y ampliación de su capacidad creadora.

Desde otra vertiente, aquella distintiva del psicoanálisis francés marcado por la crítica social, McDougall (1993) cuestiona radicalmente la noción de “normalidad”, emparentada con la salud mental, y plantea el riesgo de una “normalidad patológica”, entendida como sobre adaptación a la realidad exterior. Para esta autora la “normalidad” no podría ser un concepto analítico sino más bien decididamente anti analítico, tomando partido más bien por un “alegato hacia cierta anormalidad” como expresión de la complejidad del psiquismo humano y la imposibilidad para delinear una frontera clara y precisa entre normalidad y anormalidad. En este sentido, la normalidad, erigida en ideal, es un síntoma en la medida en que este tipo de normalidad “se aleja del mundo de lo imaginario para orientarse únicamente a la realidad externa, fáctica hasta crear una dislocación de la función simbólica” (Dubreuil, 2011, p. 142)

Piera Aulagnier (1997) también nos ofrece una mirada del desarrollo psíquico individual que nos aleja de un psicoanálisis determinista, poco permeable al cambio y la transformación, cuando asume la primera infancia como única fuente de la formación de la personalidad humana. Para ella, por el contrario, el Yo es el resultado, cada vez diferente, de la conjunción de un elemento estable, constituido por las identificaciones tempranas, con un elemento impredecible dado por el encuentro de este Yo con el mundo, con las experiencias de duelo, de ganancias y pérdidas, lo que conformaría lo que llama “potencialidad”, una de las nociones centrales de su obra.

La perspectiva de Aulagnier, desde la prevención comunitaria, permite cuestionar el lugar común de “árbol que nace torcido nadie lo endereza” y revisar el lugar de la infancia en la formación de la personalidad de los individuos así como la posibilidad transformadora de experiencias ulteriores facilitadas por el entorno social y cultural.

Psicoanálisis y prevención: abordajes más específicos sobre esta relación

Nos interesa detenernos en dos de las obras de Freud en las que se refiere de modo directo al tema que nos ocupa: la prevención o profilaxis desde una perspectiva clínico-terapéutica, para luego revisar escritos más recientes sobre el tema. La vigencia de algunas de las ideas freudianas en torno a este tema nos impulsa a seguir este recorrido.

En *Nuevas Lecciones Introductorias al Psicoanálisis (1,933)* Freud atribuye al psicoanálisis aplicado a la pedagogía una importancia tal que lo lleva a calificarlo como “la actividad capital del análisis” por las inmensas posibilidades que ofrece para la educación de las generaciones venideras .

Se refiere a la prevención utilizando el término de “profilaxis de la neurosis” y sostiene que aun siendo deseable supondría una organización social distinta a la existente. Sin embargo, concede a la educación una función profiláctica por su misión de lidiar con la tensión, siempre presente, entre limitar al niño el seguimiento irrestricto de sus pulsiones y el sojuzgamiento de las mismas.

Es interesante destacar que ya acá Freud plantea una de las tensiones entre el psicoanálisis y los modelos de prevención: la singularidad propia de la clínica psicoanalítica y la tendencia a la generalización de los segundos, cuando dice que la

educación podrá encontrar el camino óptimo de su misión si es que atiende al hecho de que “un mismo método no puede ser igualmente bueno para todos los niños” (p. 3186). Si lo hace, entonces “podrá tener la esperanza de extinguir uno de los factores de la etiología de la enfermedad: el influjo de los traumas infantiles accidentales porque el otro, el poderío de una constitución insubordinable de los instintos nunca podrá suprimirlo.” (p. 3187)

Freud, en este su modelo profiláctico o preventivo psicoanalítico, sostiene que el análisis de los maestros y educadores le parece una medida profiláctica más eficaz aún que el análisis de los niños y más accesible a la práctica (Freud, 1933).

En *Análisis terminable e interminable* (1937) del que ya dimos cuenta en lo que se refiere a sus ideas referidas a la normalidad/salud, plantea la pregunta de si es posible que el tratamiento de un conflicto pulsional proteja al paciente de conflictos futuros y si es posible despertar un conflicto pulsional no manifiesto con fines preventivos. La respuesta a ambas cuestiones, que deben tratarse juntas, es enfática: un rotundo rechazo dado que si un conflicto pulsional no es actual, si no se exterioriza, no es posible influir sobre él mediante el análisis.

Freud apunta a señalar que al intentar un tratamiento profiláctico de conflictos pulsionales no actuales, sino sólo posibles, no será suficiente regular un sufrimiento presente e inevitable, sino que habría que convocar a un nuevo conflicto, cosa que el destino, acertadamente, se encarga de hacer. En tal sentido acota que el trabajo del psicoanálisis sólo se puede cumplir de manera adecuada cuando las vivencias patógenas pertenecen al pasado, en tanto el yo ha podido tomar distancia de ellas. Así, en los estados

de crisis el análisis no es viable dado que todo el interés del yo está dirigido hacia la dolorosa realidad actual objetiva, rechazando ir más allá de esa superficie.

Su idea de la imposibilidad de acceder mediante el análisis a una “normalidad esquemática” y su perspectiva sobre los alcances del mismo quedan delineadas con bastante nitidez cuando afirma que el psicoanálisis ha cumplido con creces su tarea si es que facilita las condiciones psicológicas favorables para el ejercicio de las funciones del yo, lo que no supone limitar las peculiaridades humanas, ni el despliegue de las pasiones y los conflictos.

Una revisión de los trabajos más recientes que abordan la prevención desde una perspectiva psicoanalítica nos muestra en primer lugar que es un ámbito todavía insuficientemente reflexionado académicamente, y segundo que las orientaciones son diversas y por tanto enfatizan también distintos aspectos sobre el tema.

La psiquiatría comunitaria en USA, según Galende (1990) es uno de los tres desarrollos más importantes en las políticas de salud mental, y por la tanto de la prevención, junto con la sectorización en Francia y la desmanicomialización en Italia. La primera recibe junto con otras influencias, la del pensamiento psicoanalítico especialmente en la vertiente de la psicología del yo. Veamos algunos desarrollos recientes:

Mohacsy (1983) subraya que el cambio de énfasis actual en cuanto a un mayor esfuerzo destinado a la prevención en salud mental infantil se debe a la influencia del psicoanálisis, fundamentalmente al descubrimiento freudiano de la función formativa central de los primeros años de vida, subrayando el gran valor de la investigación

estimulada por el psicoanálisis sobre el comportamiento infantil y el uso que se puede hacer de ésta en la prevención, tanto primaria como secundaria, de las perturbaciones infantiles.

Señala como un área importante de la prevención, la inclusión de cursos de desarrollo infantil en el entrenamiento de pediatras, enfermeras y profesores, y concluye destacando que los avances en la prevención en salud mental están estrechamente ligados a la investigación en la Psicología Infantil.

Christmas (1,974) , por su parte, se ocupa de llamar la atención sobre la importancia del aporte del psicoanálisis en el ámbito de la salud mental comunitaria, relevando que su comprensión de las fuerzas intrapsíquicas resulta de mucha utilidad al interior de tales programas , por los menos en tres áreas identificables: la primera, la articulación de las dinámicas de la personalidad y la comprensión del comportamiento al cambio social; la segunda, la identificación de las fuerzas “sostenedoras” (“sustaining forces”) y las habilidades (“coping skills”) de los individuos y grupos en situaciones de pobreza y discriminación racial, fuentes de tensión y desorganización; y la tercera, el rol consultor del psicoanalista, cuya comprensión de la dinámica grupal ayuda a fortalecer las agencias, esclarecer las agendas ocultas y las barreras de comunicación, resultando así un catalizador de procesos de cambio. Alerta sobre la importancia de que el psicoanálisis ensanche su dominio a los temas señalados, de lo contrario, la evolución del movimiento de la salud mental comunitaria se hará sin su potencial contribución, en cuyo caso ambos campos verían reducidas sus posibilidades de multiplicar su efectividad para atender las necesidades psicosociales críticas de los individuos, grupos y comunidades.

Apolito, A. (1978) resalta que nuestra época es la de la prevención, motivo por el que seguimos con vida. Frente a la constatación de la multiplicidad de modelos preventivos enfatiza en la importancia de unificarlos y decidir sobre el mejor modelo posible, destacando que el primero de tales esfuerzos se desarrolla en los centros de salud mental comunitaria en los estados Unidos y en algunos centros privados. Su propuesta apunta a un “modelo científico” liderado por la psiquiatría, tomando la inmunización como modelo transferible a las enfermedades psicológicas que provea a todos los niños de una educación en profundidad, equivalente al insight psicoanalítico, suficiente para reconocer los agentes dañinos o tóxicos, que para él se reducen a uno solo, la hostilidad, descrito con diversos nombres: rechazo, agresión, frustración, humillación, negligencia.

Leuzinger-Bohleber (2010) desde una postura distinta a las anteriores, plantea el psicoanálisis como una alternativa a los modelos preventivos médicos vigentes. Como miembro del Instituto Sigmund Freud de Frankfurt crea el área Estudios sobre Prevención Frankfurt (FPS), el que desde 2003 hasta 2006 desarrolló un Programa de Prevención e Intervención Psicoanalítica en niños con ADHD, déficit de atención e hiperactividad, cuyo objetivo fue fortalecer la comprensión psíquicas y psicosociales de los así llamados “niños en riesgo”, particularmente aquellos problemas referidos a la regulación de los afectos, los que conducen regularmente a conflictos de agresividad con otros niños y a dificultades de atención y aprendizaje.

Para esta autora, de acuerdo con otros autores contemporáneos, el psicoanálisis puede ser visto como una prometedora posibilidad de tratamiento no médico en tales situaciones, ofreciendo experiencias emocionales correctivas intensas. Nos interesa

remarcar que , aun cuando en este caso se trata de una propuesta de intervención preventiva de una perturbación específica como el déficit de atención e hiperactividad en niños y realizado desde una institución privada, los supuestos que la sostienen apuntan a subrayar que aun cuando existieran ciertas disposiciones genéticas , hay experiencias tempranas de interacción encarnadas (embodied) en las relaciones de objeto que “gatillan” el trastorno, las que a su vez pueden ser modificadas, mitigadas o corregidas permanentemente por medio de nuevas experiencias “encarnadas”, es decir relaciones significativas (profesores, terapeutas, etc.) y el medio ambiente, y no por una medicación que intenta ajustar un particular mal funcionamiento cerebral.

Hemos reseñado algunos trabajos recientes en USA y Alemania, que inciden en la importancia del psicoanálisis en los modelos de prevención, desde énfasis distintos. La coincidencia parece apuntar fundamentalmente al ámbito de la infancia como población privilegiada y la importancia del soporte social, y las diferencias se organizan alrededor de la medida en que la educación o las experiencias emocionales correctivas intensas, es decir una perspectiva más bien clínico terapéutica, resultan el eje central de la propuesta.

Los desarrollos en América Latina siguen un camino con sus propias particularidades. Presentaremos los que a nuestro modo de entender aparecen como los más significativos en su esfuerzo por articular el psicoanálisis y la prevención en tanto resultan ser el estímulo o decididamente la fuente de desarrollos y prácticas actuales.

Bleger (1966) es uno de los pioneros en América Latina en señalar la crucial importancia de articular el campo psicológico a la salud pública y de incluir el aporte psicoanalítico en su perspectiva y propuestas. Empleando el término “higiene mental” o

“psicohigiene”, términos que aun cuando no se mantienen vigentes conservan intacto su contenido, se refiere a los esfuerzos desplegados en la administración de conocimientos, actividades, técnicas y recursos psicológicos para enfrentar los problemas de salud mental como fenómenos sociales, promoviendo así un cambio de foco: desde el campo de la enfermedad y la acción terapéutica al de la salud de la comunidad.

Bleger traza un panorama histórico de los objetivos de la higiene mental desde el movimiento promovido por C.W. Beers en 1908 destinado a modificar la asistencia psiquiátrica hacia condiciones más humanas hasta el objetivo históricamente más reciente, referido no tan sólo a la enfermedad o a su profilaxis –entendida ésta como prevención de las enfermedades mentales actuando antes de que éstas hagan su aparición-, sino también a la promoción de un mejor nivel de salud en la población: ya no interesa solamente la ausencia de enfermedad, sino el desarrollo pleno de los individuos y de la comunidad total, trasladándose el énfasis a la atención de la vida cotidiana de los seres humanos. Como vemos se trata de un discurso absolutamente vigente y refrendado actualmente en buena parte por los organismos e instituciones mundiales y locales de salud mental.

Para Bleger, los cinco objetivos de la higiene mental y su aplicación –humanizar la asistencia psiquiátrica, diagnóstico precoz de las enfermedades mentales, profilaxis o prevención de las enfermedades mentales, rehabilitación y promoción de la salud mental de la población- no se despliegan históricamente de un modo lineal ni se excluyen mutuamente siendo más bien sus límites flexibles y permeables entre sí: el trabajo terapéutico incide directamente en la prevención, en tanto la mejoría de una persona

beneficiará a su familia y si se trabaja en la prevención ésta es inseparable del mejoramiento de la salud mental de la comunidad (promoción).

La perspectiva que nos ofrece Bleger, si bien complejiza notoriamente la perspectiva de la prevención, al mismo tiempo, da cuenta, a nuestro modo de entender, de la complejidad del psiquismo humano, de las relaciones entre salud, enfermedad y las condiciones de vida, y las posibilidades múltiples de articular formas de intervención en la comunidad. De otro lado, nos permite esclarecer una cuestión que aparece como dilemática en cuanto a la relación entre el psicoanálisis y la prevención comunitaria: si el malestar de los seres humanos es estructural e inevitable en virtud de la cultura que coarta pero que al mismo tiempo organiza y civiliza, entonces ¿prevenir qué?...

Bleger nos indica que la prevención, como posibilidad concreta, ha llegado tarde al campo de la psiquiatría y la psicología porque para desarrollarla se requeriría conocer las causas de la enfermedad, lo cual queda como una expectativa puesta en el futuro. Así, la prevención específica (actuar sobre las causas para evitar una determinada enfermedad) sólo es posible en muy pocos casos, de tal forma que el instrumento profiláctico más poderoso actualmente tiene un carácter inespecífico y consiste en la promoción de mejores condiciones de vida y con ello contribuir a la protección de la salud mental.

Planteados así los alcances y límites de la prevención nos parece interesante la articulación que Bleger establece entre prevención y promoción, pues nos desafía a esclarecer la especificidad del aporte psicoanalítico en el esfuerzo de favorecer mejores condiciones de vida en una población determinada:

“Trabajar en el campo de la psicohigiene significa inevitablemente estar actuando en los problemas sociales y en las condiciones de vida de los seres humanos” (p. 32), lo cual puede inducirnos, alerta Bleger, a dos polos riesgosos, el de la idealización de la perspectiva preventiva o su desvalorización, reduciéndola ya sea a reformas económicas y políticas de la sociedad o a transformarla en un movimiento ideológico en sí misma.

En una dirección similar a Bleger, Pichón-Rivière (1971) señala que no es posible referirse al problema de la prevención, desde un enfoque interdisciplinario, sin ubicarlo en su contexto apropiado que sería el de la salud mental, cuya definición es previa y se halla implícita en este tipo de planteo. El carácter operativo o no de la prevención estaría íntimamente ligado a factores de orden socioeconómico y familiar, que determinan, en forma positiva o negativa, una adaptación activa a la realidad, en la que el sujeto se compromete con el medio en una relación creativa y transformadora.

Para Pichon-Riviere, desde un enfoque centrado en la prevención, la familia, como sostén de la organización social, sería la unidad de análisis y de intervención diagnóstica, pronóstica, terapéutica y profiláctica. La estrategia de prevención en el grupo familiar consistiría en emplear técnicas de esclarecimiento destinadas a reforzar los aspectos de movilidad y operatividad dentro del grupo, creando un dispositivo de seguridad adaptativo que permita enfrentar las situaciones de cambio generadoras de inseguridad y ansiedad, como la adolescencia y vejez.

A nuestro modo de entender tanto Bleger como Pichón ponen de relieve la íntima conexión entre un abordaje preventivo y las estrategias de cambio de la estructura socioeconómica, e interpelan el aporte psicoanalítico en su vertiente de crítica a la cultura

y a una organización social que sofoca el despliegue del potencial creativo y transformador de las personas, organizaciones y comunidades.

Moise (1998), continuando el legado crítico y articulador de Bleger y Pichon-Riviere, formula una perspectiva de la acción preventiva comunitaria, a partir de la teoría y la práctica psicoanalíticas. La revisión de los trabajos sobre este tema evidencia el peso que tienen sus ideas en los desarrollos actuales en América Latina. Su planteamiento resulta audaz y provocador al intentar definir, no sin interrogantes, un concepto psicoanalítico de prevención: "... ¿podríamos concebir a la prevención psicoanalítica como un rescate autorreflexivo, una recuperación consciente que deviene en un intento de no repetir aquellas situaciones que, aunque determinadas inconscientemente, pueden concientizarse para no quedar cristalizadas en la creación de síntomas?" (p. 35), concepto que incluye ya el aporte psicoanalítico fundamental de historización del sujeto social.

Para Moise la prevención desde una perspectiva psicoanalítica tendría una triple significación/sentido: profundizar en los diversos aspectos del desarrollo humano, analizar las resistencias que dificultan la racionalidad de las acciones de cambio y explorar lo que el psicoanálisis puede aportar para ampliar la comprensión de los procesos de cambio social y así contribuir al mismo. Concibe el aporte del psicoanálisis en una doble dirección: análisis y esclarecimiento de cómo son percibidas, interpretadas y valoradas las necesidades por los miembros de una comunidad; y el trabajo en profundidad sobre aquellos aspectos de la subjetividad que tienden a repetir los estereotipos de sometimiento y resignación.

El proceso de construcción de la subjetividad y el tipo de subjetividad predominante en el tiempo que nos toca vivir, son para Moise ejes vertebradores que permiten articular una noción de intervención en el campo preventivo, así como la reflexión sobre las cualidades de dicha construcción, delineando así las características del aporte del psicoanálisis. La investigación psicoanalítica de los factores que intervienen en la construcción de la subjetividad resulta de este modo una herramienta para prevenir fracturas y fragilidades intra e intersubjetivas.

El desafío para una propuesta psicoanalítica de prevención consistiría en investigar cómo impacta en nuestro psiquismo esta forma de articular la singularidad insertada en un determinado medio social y cultural, desafío que adopta un camino que se distancia de concepciones ligadas a una predicción positivista del comportamiento. La centralidad del espacio comunitario, y en especial la participación comunitaria, y la importancia del abordaje multidisciplinario resultan otros aspectos fundamentales a ser considerados desde una perspectiva psicoanalítica de la prevención.

En síntesis, para Moise un modelo *psicoanalítico preventivo* no considera posible prevenir una enfermedad o síntoma, pero sí sostiene que resultan previsibles las consecuencias que una situación específica puede generar en determinado psiquismo. Este modelo estaría en condiciones de aportar en el develamiento de las diversas situaciones sociales –sean a nivel micro o macro- que originan la aparición del malestar o la enfermedad, contribuyendo así a la toma de conciencia de los responsables del diseño de políticas públicas. Aquéllas desempeñan un papel de facilitadoras o inhibidoras de la

aparición de determinadas consecuencias, que, finalmente, devienen no deseadas, tanto a nivel individual como social, por el perjuicio y padecimiento humano que producen.

Losada Cucco (2006), aunque desde su práctica y reflexión en España, recoge y sigue los planteamientos de los autores que hemos presentado, destacando que en las últimas décadas se han ido desarrollando formas de abordaje de la promoción y prevención en salud mental, en particular desde la Atención Primaria de la Salud (APS), en la que el modelo de atención ha evolucionado hacia *un modelo de asistencia centrado en el consultante* (Tizón, 1990). Este modelo, subraya, resulta propicio para que el psicoanálisis pueda incidir en una práctica médica más integral y en el abordaje de la prevención y promoción en salud mental, aunque advierte que el peso que tiene es poco significativo y se encuentra aún en un nivel incipiente de desarrollo de un cuerpo teórico transmisible y de construcción de indicadores válidos de la eficacia de sus intervenciones. Adicionalmente, las resistencias que aún genera, junto con la falta de un conocimiento más profundo de sus múltiples aportes teóricos, contribuyen a un panorama todavía débil en cuanto a su incidencia teórica y práctica.

De la revisión que hasta ahora venimos realizando de los diversos modos en que se concibe la relación entre el psicoanálisis y la prevención, la pregunta en torno a qué es lo que tratamos de prevenir desde una perspectiva psicoanalítica resulta central. Tchukran y Rolla (2002) antes de intentar responder a esta interrogante plantean otra: ¿Qué factores inciden en un individuo para que continúe o detenga su desarrollo emocional? Encontrar características básicas en ambas direcciones resultaría el eje fundamental a los fines de construir una teoría psicoanalítica de la prevención psicoanalítica. De acuerdo con las

ideas de Winnicott sobre la importancia del medio ambiente como facilitador de la integración del individuo, estos autores plantean que lo que se trataría de prevenir es la manifestación de conductas antisociales, entendidas como expresiones de esperanza de que el medio ambiente reconozca sus fallas y limitaciones en la provisión de cuidados y sostenimiento. La facilitación de una “buena maternación” por parte del entorno sería una tarea preventiva en la que el psicoanálisis podría tener mucho que aportar, tanto a nivel teórico como práctico.

Hasta acá podemos identificar algunas cuestiones recurrentes, explícitas o implícitas, que atañen a aspectos debatibles, susceptibles de ser vistas como dilemáticas o confluyentes en el intento de poner en diálogo una mirada psicoanalítica y el ámbito de la prevención. Nos referimos a las nociones de salud mental, bienestar y malestar, los determinantes o causas de las perturbaciones o malestares psicosociales, la singularidad y lo colectivo, la interdisciplinariedad y la especificidad, lo clínico y lo psicosocial, entre otros temas que buscaremos organizar para su discusión y esclarecimiento en el siguiente acápite.

Salud mental comunitaria, prevención y psicoanálisis en el Perú

Nos interesa ahora mostrar algunos desarrollos en salud mental comunitaria de inspiración psicoanalítica en nuestro medio y que nos permiten apoyarnos en ellos para el planteamiento de problemas, desafíos, preguntas y aproximación a nuestro tema.

En *Encuentros de discusión sobre intervención clínica comunitaria. Reflexiones en tono al trabajo en salud mental comunitaria* (Pezo, Velasquez, Valz-Gen y Pareja, 2008),

los autores sistematizan y reflexionan sobre la experiencia del diálogo entre personas que trabajan con personas en la comunidad. Los resultados de estos encuentros, por la diversidad de personas, instituciones y organizaciones que convocan resultan especialmente valiosos a la hora de revisar qué es lo que tenemos y con qué contamos cuando queremos afirmar la importancia de hacer visibles los aportes psicoanalíticos en este campo y contribuir a su ampliación y profundización.

El texto nos llama la atención sobre algunos aspectos muy importantes cuando se trabaja con comunidades en salud mental y prevención: el título mismo ya plantea la necesidad de esclarecer la relación entre lo clínico y lo comunitario, la importancia de la palabra y el diálogo, la idea de “escucha comunitaria”, el lugar del “tercero” diferente, extranjero, foráneo, en comunidades signadas por la pobreza y la exclusión, la importancia del reconocimiento, las relaciones de poder y la asimetría entre la comunidad y el “agente asistencial” o “agente de salud mental”, las diferencias culturales y las distintas nociones de lo que es saludable y lo que enferma, entre otros.

El libro *Reconociendo otros saberes. Salud mental comunitaria, justicia y reparación* (Escribens, Ruiz y Velásquez, 2008) es el resultado también de la reflexión y análisis de la experiencia de trabajo de salud mental comunitaria en una comunidad alto andina. Las autoras ponen en el centro de su reflexión la cuestión del género y la interculturalidad como enfoques fundamentales cuando se trabaja con comunidades en una perspectiva de salud mental; el tema del reconocimiento del otro diferente; el cuestionamiento a las formas clásicas de entender el trabajo clínico centrado en el síntoma y no en la capacidad de respuesta de las personas; la idea de que no es posible pensar la

atención, la prevención y la promoción disociadas y aisladas entre sí; la necesidad de repensar el encuadre del trabajo psicológico ampliando la noción de lo terapéutico más allá del espacio del consultorio entendiéndolo como “un elemento de la relación misma y llevado dentro de quien realiza el trabajo psicológico” (p. 56)

El último texto que quisiéramos reseñar es *Lo inescuchable. Reflexiones sobre la práctica en salud mental a partir de la violencia sexual durante el conflicto armado interno*. Desde el título su resonancia psicoanalítica nos convoca a una perspectiva que no es frecuente de ser explicitada en este tipo de trabajos. En este caso sí lo es y la autora señala que busca pensar sus experiencias desde una aproximación psicoanalítica flexible y dialogante en donde el sujeto no sea necesariamente el centro absoluto de la atención y donde los contextos y circunstancias sean integrados en las intervenciones en salud mental (Guerrero, 2014). De este modo, incluye elementos novedosos en su reflexión como los aspectos inconscientes y poco pensados del trabajo en salud mental que permiten entender, por ejemplo, por qué, más allá de las buenas intenciones, se hace imposible la escucha o se reproducen los vínculos que justamente se trata de cambiar. Así mismo analiza cómo la discriminación y la desigualdad ejercen una influencia significativa tanto en el mundo interno como en el externo de las personas, y de modo autorreflexivo extiende su mirada crítica al profesional de salud mental.

El trabajo realizado por el equipo Wiñastin (2010) en Ayacucho en el marco del Proyecto de Atención y Promoción de Salud Mental, aunque aún en proceso de sistematización, aporta una propuesta de salud mental comunitaria, que busca poner el conocimiento y la experiencia psicoanalíticas al servicio de las personas y poblaciones más

necesitadas de atención, apoyo y justicia . Consideramos que se trata de un esfuerzo significativo por articular la atención psicológica en consultorio, el trabajo con grupos, instituciones y comunidades, el tejido de redes y conexiones entre los diversos espacios de la comunidad, y, lo que consideramos su aporte más interesante y fructífero, la formación de agentes de salud mental, con la convicción de que la tarea de recuperación y desarrollo de la salud mental de una comunidad no es exclusiva de especialistas sino de los miembros de la misma comunidad .

Nos parece que una de sus contribuciones más significativas y potentes , de inspiración psicoanalítica, consiste en el desarrollo de una propuesta que busca articular e integrar , en los procesos formativos de los agentes de salud mental locales, tanto la dimensión reflexiva mediante el pensar alrededor de la discusión y crítica de textos , como la práctica, organizada en torno al esclarecimiento de sus experiencias concretas de servicio a su comunidad y el sostenimiento emocional, indispensable para elaborar y procesar sus dificultades personales en torno al trabajo que realizan en sus comunidades, grupos y/o instituciones.

EJES DE TENSION Y DISTENSION PARA PENSAR LA PREVENCION COMUNITARIA DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOANALITICA

Consideramos que el término *tensión* es pertinente y útil para el abordaje de nuestro tema de investigación pues nos presenta una relación dinámica y no dilemática o excluyente entre dos aspectos, en diversa medida contrapuestos, ambos necesarios, interactuando y sosteniéndose mutuamente (Haddad, 2011). Visto así, se trata de una noción con un trasfondo psicoanalítico que nos ayuda a acercarnos a la complejidad de los dos campos que tratamos de hacer entrar en diálogo: el psicoanálisis y la prevención. Por otra parte, como ya señalamos anteriormente, este abordaje nos permite atenuar una postura dominante del psicoanálisis sobre el campo de la prevención, aunque al mismo tiempo asumimos que no es posible una simetría total, dado que nuestra mirada se despliega desde una perspectiva psicoanalítica.

Entre el individuo y la comunidad

Este es un primer eje de tensión al interior mismo del psicoanálisis al mismo tiempo que es un tema vigente de discusión en el pensamiento filosófico contemporáneo, bajo distintas denominaciones y aproximaciones.

Los teóricos kleinianos enfatizan la primacía de lo pulsional en el desarrollo del individuo y adjudican un lugar secundario a la influencia del entorno, y por lo tanto a los factores culturales, sociales y comunitarios. De otro lado, perspectivas como la de Winnicott y sus continuadores ponen el acento en la importancia del ambiente como

facilitador o perturbador del desarrollo de la persona. Desde la filosofía contemporánea el paradigma predominante de la intersubjetividad cuestiona modelos como el freudiano visto como centrado en lo pulsional y alejado de los aspectos relacionales -que incluyen los otros, la familia, lo social, lo cultural- como constituyentes del psiquismo y su desarrollo. Actualmente el modelo relacional cede paso al modelo de tres personas en el que la noción de terceridad parece fructífera para pensar la relación del sujeto con el otro en conexión con una mediación simbólica que puede ser diversa, según la postura de los diversos autores que estudian el tema. A nosotros nos parece singularmente interesante la noción de un “tercero cultural”, presente en los escritos de autores como Lacan, Chasseguet-Smirgel, Berstein y Cavell y que refiere a los contextos y procesos no-personales que existen en la vida de las personas y que moldean su desarrollo. (Deza, 2014)

Para nosotros la afirmación de Freud (1921) de la psicología individual concebida desde el comienzo mismo como psicología social supone, como señala Viñar en nuestro epígrafe, una plataforma de lanzamiento en diversas direcciones, una de ellas ligada a la noción de un sujeto que se construye a partir de su relación con otros. El entorno social, la realidad externa, la cultura en la que está inscrito el individuo, resulta así la matriz constitutiva de la subjetividad.

El modelo filosófico de la intersubjetividad resulta un aporte significativo en el intento de articular dimensiones complejas y habitualmente tratadas hasta ahora de modo excluyente como el mundo interno individual y la realidad externa, sin embargo pensamos

que una mirada que no incorpore la subjetividad, la singularidad del individuo, como noción específica, corre el riesgo de diluir al individuo en lo relacional y en la cultura.

Como vemos se trata de una tensión, que bajo diversos abordajes continúa vigente y polémica hasta nuestros días, tanto al interior del mismo psicoanálisis como con relación a otras corrientes de pensamiento. Pensamos que el psicoanálisis con su propuesta de problematizar e interrogar y no de plantear verdades o afirmaciones excluyentes y rígidas, nos permite enriquecer y ampliar una mirada de lo preventivo en la que el acento puede estar más bien en el entorno, en los factores de riesgo, en los problemas y perturbaciones que ofrece el ambiente, desatendiendo la singularidad y la capacidad de respuesta que cada persona organiza en función de su propia historia e interacción específica con su medio social.

Al mismo tiempo, el acento de la prevención comunitaria en las perturbaciones de una realidad social poco sostenedora y escasamente facilitadora del desarrollo creativo de las personas, interpela al psicoanálisis a incluir lo social en su mirada de los problemas urgentes de individuos y colectivos. La noción de lo psicosocial presente con mucha fuerza en el discurso de la salud mental comunitaria nos parece un término muy valioso a ser profundizado y desarrollado.

Entre bienestar como armonía y el malestar estructural

Para Haddad (2011) la definición de la salud mental que proponen las organizaciones mundiales se articula con la lógica del bien y de la felicidad mientras que el psicoanálisis se regiría por la lógica del deseo. Coincidimos con esta autora en su

aproximación a lo que es una tensión, en la que los polos contrapuestos son ambos necesarios. En este sentido, la lógica del bien y de la felicidad y la del deseo interactúan y se sostienen mutuamente, no siendo sustituibles una por otra. Por esta razón, es de gran importancia establecer la distinción entre ambas y su especificidad, así como sus vasos comunicantes, añadimos nosotros.

La propuesta psicoanalítica de bienestar o de salud mental, aunque no conceptualizada de este modo, está presente desde sus orígenes y es motivo de debate, junto con el de cura debido a que aún hoy no hay un acuerdo respecto a qué es psicoanálisis, aún entre los mismos psicoanalistas, siendo esto un obstáculo serio para una mayor comprensión de los distintos marcos de referencia filosóficos y teóricos que en él coexisten (Lemlij, 2012)

Lo que resulta claro es que el psicoanálisis nace como un intento empírico de buscar una técnica de alivio de enfermedades o molestias psíquicas. A lo largo de su obra plantea proposiciones de dos tipos: unas usando el lenguaje de las ciencias naturales y otras referidas al significado personal de la conducta de un sujeto. Para George Klein “el psicoanálisis extiende el conocimiento intersubjetivo, a diferencia de la ciencia tradicional que extiende el conocimiento causal” (Lemlij, 2012, p. 79). Es esta perspectiva la que se encuentra con la prevención y la que nos interesa afirmar estableciendo tanto los puentes como las limitaciones del aporte psicoanalítico.

Con relación a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata organizada por la Organización Mundial de la Salud en 1978 en Kazajistán, Busta (2012) plantea que según Freud la idea de felicidad va asociada a la responsabilidad

de cada sujeto de buscar por sí mismo la manera de alcanzarla, idea que se distancia del bienestar asociado a un cierto nivel de salud homogéneo esperable para todos, como lo plantea Alma –Ata, en donde dicha salud se generaría mediante el interjuego de los deberes y derechos exigibles tanto a la autoridad que planifica y ejecuta políticas públicas como a los individuos que a su vez utilizan y colaboran en la ejecución de dichas políticas. Para Freud se trataría más bien de una responsabilidad en términos subjetivos de generar las condiciones para ser feliz más que basarse en deberes y derechos cívicos, lo que implica necesariamente asumir la responsabilidad respecto del deseo propio y con ello asumir las consecuencias que ese deseo tendrá en los otros, en el contexto social de cada uno. Resume su postura del siguiente modo:

1. La noción de bienestar en psicoanálisis no necesariamente se asocia a reducción sintomática. No necesariamente para todos los casos alguien que deja de presentar un determinado síntoma vive mejor: existen tantas formas de enfermar como posibilidad de curarse, teniendo presente la existencia de un monto de malestar irreductible que sería propio de la renuncia pulsional que exige el vivir en la cultura.
2. Es el paciente quien tiene la última palabra respecto a la decisión de hacer algo con respecto a situaciones consideradas inaceptable por mandato cultural: violencia o maltrato por ejemplo. Intervenciones como “rescate” de pacientes, o recurso judicial para determinar una determinada situación sólo tendrían lugar si el paciente está de acuerdo.

3. Con relación a la “calidad de vida”, los ideales de los profesionales de salud mental no deberían ser los que determinen qué modo de vida es el adecuado.

Nos interesa tener en cuenta estos tres aspectos en lo que se refiere a la cuestión del poder presente en los abordajes preventivos y los riesgos de un afronte psicoanalítico que se ubique desde lo hegemónico dejando de lado aspectos centrales de los mismos sujetos con los que se pretende actuar y pensar.

Consideramos que la tensión entre bienestar y malestar sólo puede ser pensada como un proceso nunca definitivo y siempre abierto en el que la presencia inevitable del conflicto nos previene de la ilusión de la armonía y el bienestar como punto de llegada en la vida. Esta complejización de la noción del bienestar nos parece un aporte importante del psicoanálisis, así como desde el campo de la prevención se llama la atención sobre la necesidad e importancia de que las personas puedan encontrar modos de vida creativos fortaleciendo sus recursos y potencialidades.

Entre el conocimiento causal y el conocimiento intersubjetivo

Desde el psicoanálisis no es posible la afirmación “esto es un efecto de...”, en la medida en que la o las causas se construyen retroactivamente en el proceso analítico. Es así que no se concibe un discurso que pretende conocer del bien del otro sin preguntarle por el mal que lo aqueja y que se apoya en un saber que preexiste al encuentro singular (Chama, 2012). Es acá dónde se inserta la singularidad y su relación con lo colectivo. Para esta autora cuanto más globalizados son los ideales de la civilización, el discurso que

supone el bien común, propio de la salud mental y la prevención, necesita consolidar el pasaje del saber clínico a la técnica de aplicación de normas para todos. Y es acá cuando se confronta con la mirada psicoanalítica que cuestiona la pretensión de globalización/homogeneización de las necesidades y de las respuestas de los individuos, así como el discurso de la ciencia devenida técnica con su ilusión de que todo tendría que ser cuantificable, verificable y replicable.

Se trataría, siguiendo a esta autora, de una postura ética psicoanalítica que sostiene que no hay posibilidad alguna de alcanzar normas comunes para todos aun cuando esta afirmación no debería inhibirnos frente al desafío de reafirmar el aporte del psicoanálisis en las instituciones que forman parte de los diferentes sistemas que implican la salud mental, así como de inventar senderos y crear opciones que posibiliten que el psicoanálisis en extensión conforme una escena diferente haciendo oír su voz en organismos, instituciones, programas y propuestas de políticas públicas.

La idea de un padecimiento “normalizado” así como de un “bienestar para todos”, implícito en la salud mental y la prevención, presente en las política y los programas, se asociaría, siempre siguiendo a Chama (2012), a la necesidad de perpetuar el saber cómo patrimonio del especialista, poseedor de las “herramientas” gracias a las cuales se alcanzaría la salud, la felicidad y la dicha prometida. Bajo esta perspectiva, se corre el riesgo de caer en determinismos y miradas deshumanizantes, convirtiendo las preguntas en certezas, la exploración en diagnósticos y lo desconocido o ignorado en errores de procedimiento.

Para Galende (1990) los cambios en las dos últimas décadas con relación al retiro cada vez más significativo del Estado en la atención de la salud mental y su derivación a organismos privados, en detrimento de la solidaridad social conlleva un reordenamiento de los valores de las diversas teorías y prácticas que se desarrollan en el campo de la salud mental. Señala que frente a esta situación el psicoanálisis no se ajusta fácilmente a tales exigencias y tiende a ser disfuncional con respecto a los valores predominantes dado su sustento crítico y cuestionador, aunque existe un conjunto de terapeutas que se adaptan con facilidad a las nuevas condiciones.

Para este autor en este reordenamiento se busca explicar la naturaleza de las enfermedades mentales mediante ideales surgidos de un nuevo imaginario social que privilegia la ilusión de una respuesta sobre el sufrimiento emocional que coloca sus causas fuera de la responsabilidad y del proceso histórico de las personas. Al mismo tiempo, surgen distintas prácticas curativas, por lo general basadas en la sugestión, que resultan funcionales con los valores culturales dominantes, del mismo modo que la creciente popularidad de los grupos de auto ayuda alimentan la vivencia de que vivimos en una sociedad que no se compromete con los valores de integración social y, por tanto, generan la pseudo-convicción de que sólo los que padecen una situación similar a la nuestra son capaces de comprendernos.

Llegados a este punto y teniendo en cuenta la reflexión freudiana sobre el malestar en nuestra cultura y la búsqueda incesante, siempre inacabada y fallida del ser humano en pos del bienestar y la felicidad, nos interesa remarcar tres cuestiones: el carácter limitado de la felicidad que nunca es completa ni definitiva; la singularidad de su vivencia y

experiencia, desplegada según las características individuales; y los factores que intervienen en su desarrollo y su perturbación. El concepto psicoanalítico de series complementarias busca dar cuenta de esta complejidad y sigue siendo de una vigencia enorme cuando pensamos y actuamos desde la prevención.

Laplanche y Pontalis (1967) definen la noción de serie complementaria como un modo de superar la dicotomía entre factores endógenos y exógenos en la explicación de la etiología de la neurosis, siendo ambos factores en realidad complementarios: uno de ellos puede ser más débil en tanto el otro es más fuerte, “de tal forma que un conjunto de casos puede ser ordenado dentro de una escala en la que los dos tipos de factores varían en sentido inverso; sólo en los dos extremos de la serie encontraríamos un solo factor” (p. 400)

Incorporar esta noción en nuestro bagaje teórico cuando abordamos la prevención nos provee de una herramienta útil para evitar la tentación de la generalización rápida, las conclusiones excluyentes y homogeneizantes e introducen la posibilidad de pensar el lugar de lo individual y la singularidad dentro de las tendencias recurrentes de malestar o sufrimiento de una determinada población.

Ya el mismo Freud apuntaba en *Moisés y la religión monoteísta* (1939) a la contradicción entre la perspectiva de nuestro pensamiento y la de la realidad externa, señalando que nuestra urgente necesidad de hallar nexos causales se conforma con que cada proceso tenga sólo una causa demostrable, puntualizando que tal cosa en la realidad objetiva es difícilmente posible en tanto cada suceso o fenómeno pareciera estar sobre determinado , apareciendo más bien como efecto de una multiplicidad de causas convergentes.

Para Golse (2002), Freud aparece como precursor del modelo etiopatogénico multifactorial.

Desde esta tensión, nos inclinamos a pensar que los modelos preventivos que en general ponen el acento en los factores de riesgo como causas de los problemas de las personas, pueden enriquecerse si son pensados a la luz de la singularidad y del impacto diverso que los factores ambientales perturbadores producen en las personas.

Entre los recursos y agencias y lo positivo

Sobre el déficit y el conflicto. Buscamos la prevención especialmente en las poblaciones vulnerables, en las que predomina la carencia y falta de oportunidades para el crecimiento personal. Las situaciones adversas, los conflictos y los eventos traumáticos se superponen en un tramado de escasa diferenciación personal, intelectual, como lo ha mostrado Rodríguez Rabanal en *Cicatrices de la pobreza* (1989) cuando señala que la precariedad material tiene su correlato psíquico en la precariedad interna y en las vivencias de insuficiencia, desvalimiento y rabia.

¿Cuál es el lugar del trauma desde esta perspectiva? La noción de trauma acumulativo en un contexto de déficit parece ser el que más se ajusta a las características de las comunidades con las que se busca trabajar preventivamente.

Si la prevención comunitaria se ofrece como un espacio de aporte para atenuar o aliviar padecimientos presentes y/o potenciales en poblaciones con experiencias traumáticas severas como la violencia política en nuestro país, ¿cómo entender sus posibilidades de elaboración desde una perspectiva distinta a la terapéutica? El artículo de

María Pía Costa, *La elaboración: una tarea posible* (1998), nos plantea sugerentes pistas para pensar la prevención cuando señala que la persistencia con la que las personas afectadas narran experiencias traumáticas como la violencia constituiría “más que una compulsión a la repetición, que evoca un matiz destructivo, (...) un intento, no necesariamente exitoso, de elaboración de aquello que no ha podido ser procesado” (p. 72).

Trauma y serie complementaria. Cada persona vivencia las experiencias traumáticas de diferente manera en función de su historia personal, su estructura de personalidad, sus recursos internos y el apoyo emocional recibido posteriormente, todo lo cual influirá en su posibilidad de elaborar dichas vivencia. (Dubreuil, 2011)

El concepto psicoanalítico de angustia automática, ligada al trauma, y angustia señal, como anticipación y posibilidad de evitar la amenaza de un entorno violento y destructivo, nos ofrece otra pista importante para pensar la prevención y nos recuerda la afirmación de Irigoyen (2006) de que hay que ayudar a las personas, especialmente a las mujeres que padecen maltrato y abuso, a “oler el daño y el maltrato” y alejarse de ello apenas se detecte.

El concepto de resiliencia. La capacidad de recuperación y reorganización del ser humano y reorganización con relación a experiencias de daño y perturbación sufridos resulta sugerente abordado desde una mirada psicoanalítica como la que se propone Dubreuil (2011). Sin embargo nos proponemos discutir el riesgo de ideologizarlo apuntando a un individualismo banal emparentado con la premisa “tú si puedes” presente en las propuestas actuales en boga de autoayuda, con matices más o menos místicos o no,

en las que el esfuerzo individual es sobrevalorado en desmedro de la consideración de las oportunidades y condiciones de vida en las que vive una población como la peruana.

De otro lado nos interesa valorar la utilidad del concepto y lo que aporta al de recursos propios: "...se trata de subrayar con el concepto de resiliencia el cambio, el crecimiento emocional que se puede generar a partir del dolor psíquico cuando se cuenta con sólidos recursos internos que permiten tener la flexibilidad psíquica necesaria para elaborar dicha vivencia" (Dubreuil, 2011, p. 160)

El lugar de lo positivo. Consideramos que es importante revisar críticamente la perspectiva de la Psicología Positiva, incluida por Cuba (2006) en su bosquejo de una noción psicoanalítica de lo saludable. Como venimos señalando, el riesgo de un enfoque en lo positivo, en la resiliencia y los recursos, si es que no dialoga con las nociones de proceso, conflicto, series complementarias y especialmente con el contexto social y cultural en que nos hallamos insertos, es el de resultar una herramienta teórica y práctica, que apuntala una visión unidireccional y esquemática del ser humano.

Entre la cura psicoanalítica y la prevención como educación

Nos resulta ilustrativa esta anécdota sobre el mismo Freud comentada por Freire Costa (1986) en la que habría respondido así a una madre de familia que le preguntara qué hacer para educar bien a su hijo: "Haga como quiera, cualquiera que sea la manera será igualmente mala". Con esta respuesta, según el autor, Freud, además de dejar sentado su mal humor, pretendía afirmar que no existe prevención posible de la neurosis.

Lo que nos interesa resaltar es que en nuestros días la salud mental y la prevención de posibles problemas o trastornos, se asocian directamente a la educación, ya sea ésta en su vertiente formal o asociada a prácticas o formulas pedagógicas de autoayuda. En ambos casos se parte del supuesto que hay un saber psicológico, que debe ser administrado, instalado e instituido en un otro o en un grupo o colectivo para evitar la irrupción de disturbios emocionales.

Desde una perspectiva psicoanalítica estar atentos frente a este supuesto saber que tendemos a buscar instalar en el otro es una tarea ineludible, pues no siempre emerge de un modo consciente.

Otro aspecto a tener en cuenta es la diferencia entre la capacitación como segmentación técnica y la formación como transformación que incluye a la totalidad de la persona (Dahmer, 2003).

Entre el encuadre clínico y el encuadre comunitario

Cuando nos encontramos frente al reto de poner en diálogo dos campos de saberes y prácticas con puntos de encuentro importantes, como la convergencia en la búsqueda de aliviar el dolor y sufrimiento de las personas, pero que también discurren por cauces diferentes y diversos en su modo de abordarlos, hay que cuidarse de mezclar, confundir y/o superponer los conflictos individuales y los sociales (Bruce, 2013).

Insistir en afirmar la importancia de historizar el sufrimiento y también los recursos desplegados, así como la importancia de la relación entre los vínculos primarios y la compleja trama de organizaciones sociales e ideológicas, teniendo en cuenta que la

realidad psíquica no es inmune a la realidad material (Bruce, 2013), resultan consideraciones prioritarias cuando pensamos la prevención comunitaria.

Para Bruce, quien quiere subrayar los vasos comunicantes entre realidad psíquica y material, un asunto central es la relación entre los cambios sociales, familiares e individuales, así como las dificultades que se generan cuando estos registros, artificialmente separados, se superponen.

La cultura como fuente de descontento pero también como superación sublimada del hombre de esa misma frustración resulta una pista significativa vigente para pensar la relación entre el psicoanálisis y la prevención comunitaria. (Moise, 1998)

Los puntos de vista arriba expuestos nos permiten acercarnos a la diversidad y complejidad de abordajes conceptuales y metodológicos en el campo de la salud mental comunitaria, en el que el psicoanálisis es uno entre otros y en que aparece más bien de modo implícito, no explicitado como marco de referencia, por lo menos en nuestro medio. Expresión de ello son los términos diversos que se usan para dar cuenta de este campo: trabajo psicosocial, clínica comunitaria, salud mental comunitaria, teniendo todos como uno de sus ejes importantes la prevención y promoción de la salud mental.

El Informe final de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (CVR, 2003) constituye un hito importante que “confronta a los profesionales de la salud mental y nos exige nuevas miradas y formas de intervención para responder a los retos de nuestra sociedad” (Pezo, Velásquez, Valz-Gen y Pareja, 2008). El capítulo destinado a las Secuelas Psicosociales constituye un aporte sustantivo, desde una mirada psicoanalítica, a los efectos de la violencia en la subjetividad individual y colectiva en nuestro país.

La sistematización publicada en 2008 de los cinco encuentros de discusión sobre intervención clínica comunitaria promovidos por profesores de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú – PUCP- y colegas de tres organizaciones no gubernamentales dedicadas a la atención y promoción de la salud mental (DEMUS, Wiñastin y el Centro de Atención Psicosocial CAPS), con el apoyo de la APPPG (Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Grupos) entre los cuales hay una participación significativa de psicoanalistas, nos muestra el creciente interés no sólo en el impulso a proyectos psicosociales de intervención comunitaria sino a su sistematización y ulterior reflexión por parte de la comunidad psicoanalítica.

Vemos en estas propuestas, proyectos, iniciativas , la expresión de una tradición en América Latina en la que el psicoanálisis ha servido más como inspiración para la reflexión y comprensión de los problemas abordados que como herramienta técnica para atender los problemas de colectivos y comunidades.

¿Encuadre psicoanalítico “imposible” en el trabajo psicosocial?

Podemos reflexionar psicoanalíticamente en torno a los temas, problemas y trabajos de prevención pero la pregunta es si es posible aplicar un encuadre psicoanalítico en una praxis preventiva. Nos referimos al encuadre clínico, individual o grupal, en el que el vínculo transferencial terapeuta/analista - paciente/grupo es el medio de acceso al inconsciente del paciente-grupo para así elaborar sus conflictos en un contexto de neutralidad y abstinencia.

Haworth y Franco (2012) abordan esta pregunta a partir del trabajo realizado en Cuzco con mujeres líderes de Defensorías Comunitarias y problematizan esta cuestión señalando la tensión existente entre la racionalidad propia de las intervenciones comunitarias y la del psicoanálisis. Entre las primeras, señalan la política con la acumulación de poder como eje; la técnica, regida por la objetividad, la verdad científica y los resultados tangibles; la burocrática atravesada por la administración, las rutinas y normas, con poco compromiso con los resultados y la de la población y su sentido común que busca organizar representaciones de la sociedad y estrategias de relación.

Desde el psicoanálisis, desde una perspectiva muy distinta, se confiere un valor de realidad al mundo interno, se asume la existencia del inconsciente individual y grupal y una noción del tiempo que no es secuencial sino un tiempo de “reverberación”. Los referentes psicoanalíticos para entender la práctica psicosocial serían las historias personales de desamparo y motivaciones latentes que se escenifican en los distintos niveles de acción de las intervenciones.

¿Pensar en dos encuadres o más encuadres posibles?

La prevención, fundamentalmente una praxis, es enfrentada desde diversas metodologías, en su mayoría no psicoanalíticas, aunque lo sea su “marco teórico” o el análisis de sus resultados.

En el campo de la clínica, Bruce citando a Fraimberg (2013) señala uno de los aportes más significativos y originales de Bleger en torno a la complejidad dialéctica del encuadre y que sería el reconocer y definir un encuadre aportado por el paciente que

inicialmente pasa inadvertido pero que luego empieza a ser hablado, a condición de que el analista esté dispuesto a escucharlo. El reconocimiento por ambas partes de la diada de estos dos encuadres como siendo dos y no solamente uno, insta la posibilidad de la alteridad, de un otro distinto y separado.

Planteamos que este segundo encuadre mudo, posible de ser reconocido en la clínica como un espacio intersubjetivo que permite tener una mirada distinta del esquema de encuadre psicoanalítico rígido e inflexible, podemos pensarlo también en el campo de la prevención comunitaria, asumiendo que el profesional de la salud mental puede ser capaz también de escuchar las condiciones de posibilidad de organizar un espacio de encuentro aportado por los grupos, las instituciones y las personas en una comunidad, evitando imponer un esquema de trabajo preexistente al conocimiento e intercambio mutuos.

Lo interdisciplinario.

Los profesionales al momento de integrarnos en un quehacer ligado a la salud mental de poblaciones desde una perspectiva psicoanalítica, tenemos que desarrollar un doloroso proceso de renuncia narcisista vinculada a nuestra expectativa que desde una única disciplina, el psicoanálisis en nuestro caso, se pueda dar respuesta a los problemas de la salud y la enfermedad mental (Torricelli, 1993). De la misma opinión es Galende (1990) quien señala que el psicoanálisis debería aceptarse como una disciplina más dentro del campo de la salud mental.

Planteamos que un abordaje preventivo tanto desde la teoría como desde la riqueza y complejidad de la praxis se enriquece notablemente con una perspectiva

interdisciplinaria, cuestión en la que están de acuerdo los que trabajan y reflexionan el ámbito de la prevención comunitaria (Montero y Serrano, 2011)

Coincidimos con relación a este aspecto de la interdisciplinaria con Rivas (2015) cuando señala que el aporte del psicoanálisis a otros campos del conocimiento sólo es posible a través del reconocimiento pleno de la diferencia de sus discursos, métodos y objetivos. Esto aparece más o menos claro cuando se trata de disciplinas como la educación, a las que el autor se refiere principalmente, sin embargo, no lo es tanto, cuando se trata de un campo como la salud mental comunitaria y la prevención, con intersecciones diversas y complejas con el psicoanálisis y que comparten un mismo objetivo que es el de contribuir al crecimiento y desarrollo psicosocial de las personas.

Igualmente coincidimos con el autor cuando señala que el psicoanálisis puede aportar a otros campos desde su especificidad única e irrepetible, que es ampliar la comprensión de los procesos individuales y colectivos, incorporando lo inconsciente. En el campo de la prevención comunitaria, este aporte, como ya señalamos, tiende a ser puesto en marcha más en la manera de interrogarlos, esclarecerlos, comprenderlos o interpretarlos que en modos de abordarlos.

Sobre la oferta y la demanda.

Es importante precisar que el lugar al que se dirige la demanda no es ajeno a la forma y al contenido en que se presenta. De ahí la importancia de poder interrogar la demanda que desde un grupo o comunidad se plantea e iniciar un recorrido psicoanalítico

que abre la oportunidad para esclarecerla y plantear hipótesis para su abordaje.

(Campodónico, 2013)

Para Stolkiner (1999), las acciones preventivas consisten en facilitar procesos en los cuales emergen conflictos que muchas veces se transforman en situaciones productoras de malestar. La práctica del psicólogo implicaría, desde esta mirada, generar cierta demanda relacionada con las problemáticas sociales o comunitarias, y que éstas puedan ser elevadas a la categoría de síntomas (Campodónico, 2013).

Planteamos que el concepto de necesidad desde una mirada psicoanalítica apunta a esclarecer la relación entre oferta y demanda en el ámbito psicosocial de la prevención, de la que se desprende la importancia de facilitar el pasaje de la necesidad a la demanda para hacer viable una propuesta de abordaje preventivo psicoanalíticamente orientado.

APORTES PSICOANALITICOS A LA NOCION DE PREVENCIÓN.

EXPLORANDO PISTAS PARA UNA PROPUESTA

Relevar los aportes que el psicoanálisis puede ofrecer al campo de la prevención comunitaria supone subrayar que nuestro abordaje de investigación alrededor de las tensiones existentes el psicoanálisis y la prevención, junto con enriquecer y discutir ambos espacios, nos ofrece la posibilidad fructífera de intentar incorporar temas de tensiones y debate al interior mismo del psicoanálisis. Señalemos el primero y más evidente, relacionado directamente con nuestro trabajo: la cuestión de si los desarrollos de inspiración psicoanalítica fuera del setting del consultorio –grupo, comunidad, sociedad

– pueden seguir inscribiéndose dentro del campo psicoanalítico con el mismo estatuto de validación e importancia que la clínica.

Si bien, no pretendemos resolver tales temas de gran complejidad y vigencia polémica, sí nos interesa plantear los aportes que una perspectiva psicoanalítica puede ofrecer a los múltiples esfuerzos que se hacen hoy en día para extender la importancia de la salud mental a las poblaciones en situación de pobreza y marginación, concibiendo la expectativa que tales planteamientos puedan contribuir a la discusión de aspectos importantes dentro del mismo campo psicoanalítico.

Relación entre subjetividad y cambio social

Una mirada psicoanalítica ayudaría a complejizar la noción de prevención en los diversos ámbitos en que se despliega. En el ámbito de la investigación y análisis de la relación entre la dimensión subjetiva consciente e inconsciente y los factores socioeconómicos que intervienen en la construcción de la subjetividad el psicoanálisis nos puede ayudar a entender mejor la relación entre la subjetividad y el cambio social.

La incorporación de la dimensión inconsciente, especificidad única e irrepetible del psicoanálisis, constituye la más valiosa de su contribución y desafía al psicoanálisis mismo y a otros campos, diferentes y afines, a situarse con permeabilidad y apertura frente a discursos, metodologías y objetivos diferentes.

En esta línea de relación entre subjetividad y procesos históricos, sociales y culturales, subrayamos los siguientes aspectos:

- Historización del sujeto social: conceptos como el “yo historiador” de Aulagnier (1,997), el de rescate autorreflexivo de Moise (1,996), la importancia de historizar los padecimientos (Bruce, 2,014)) , pueden permitir un análisis más amplio y profundo de los factores que intervienen en la construcción de la subjetividad.
- La crítica de la cultura, de los factores que sofocan el potencial creativo de personas, grupos y organizaciones (Bleger, Pichon-Riviere), la necesidad de afirmar los “mínimos ambientales” para el desarrollo individual y colectivo, así como la noción de la experiencia cultural y la creatividad situadas en el espacio potencial entre el individuo y el ambiente (Winnicott) , la importancia de las significaciones, la autonomía y el lugar de las instituciones (Castoriadis), son elaboraciones teóricas que pueden tener correlatos experienciales y prácticos que contribuyan a enriquecer la teorización y praxis de la prevención comunitaria.
- Lo psicosocial como concepto clave en los enfoques actuales de prevención comunitaria, puede enriquecerse con una perspectiva psicoanalítica que subraya la relación indesligable entre el proceso de construcción intrapsíquica de las personas y el contexto social y cultural, la mutua interdependencia existente entre ambos y la afirmación de que así como el medio social impacta y moldea el desarrollo individual, las personas pueden a su vez modificar ese entorno desplegando sus potencialidades . El psicoanálisis nos ayuda a no perder de vista que somos sujetos inscritos en un aquí y ahora signado por la especificidad de nuestro tiempo y nuestra cultura, y que nuestra subjetividad emerge imbricada desde ese lugar. Pero las personas no somos entes pasivos que nos adecuamos o moldeamos a las exigencias

culturales. Eso que llamamos realidad externa no es un conjunto de eventos y acontecimientos estáticos e inmodificables: la mente, a través de la fantasía, y de los mecanismos inconscientes de proyección, introyección, identificación, transferencia, participa de la creación de sentidos, significaciones y de la transformación o reproducción de la realidad externa y los contenidos culturales (Santisteban, 2008).

- Importancia del contexto cultural en el cual trabajamos frente a posturas psicoanalíticas que tienden a enfatizar la mirada temprana de la madre sin otorgar un lugar significativo al origen socioeconómico y cultural de las personas. La reflexión teórico y práctica desde la vertiente del trabajo comunitario en salud mental interpela a su vez al psicoanálisis en su afrente “individualista y rígido” poco permeable a la importancia del contexto cultural en el que trabajamos (Guerrero, 2014.)

En torno a la noción de salud mental

Estas son algunas pistas de reflexión en esta línea:

Complejización del eje salud mental –normalidad: Si bien formal y explícitamente se maneja el concepto de salud mental como bienestar y no sólo como ausencia de enfermedad mental, se mantiene muy arraigada su asociación con la enfermedad mental. Vemos en esto dos riesgos ubicados en cada uno de los polos del continuum: por un lado, el mantenimiento de la enfermedad mental como referente de la salud y en el otro la negación o banalización de los factores ambientales, socioeconómicos como fuentes del malestar psíquico con énfasis en lo individual y los recursos sanos, saludables.

El bienestar /salud mental lo entenderíamos desde una perspectiva psicoanalítica:

- Como relación dinámica entre el malestar y el bienestar (salud mental)
- Como proceso en el que vivencias e historias de vida conforman un tramado complejo.
- Como relación recíproca entre condiciones de vida, vínculo y capacidad de respuesta (recursos y agencias)
- Como expresión de la singularidad de cada persona.
- Como expresión de las crisis vitales en el proceso de desarrollo psicosocial de individuos, grupos y comunidades.
- Como emergente de la centralidad del vínculo y el lugar asignado a la escucha, la palabra y el diálogo.

¿Cómo se expresaría esta perspectiva del bienestar en una praxis preventiva?

- **Articulación entre el sentir, hacer y pensar.** Una mirada psicoanalítica aporta la búsqueda e intento por articular, ligar, integrar distintas dimensiones de la vida de las personas. En este sentido, la prevención comunitaria no abordaría sólo las dimensiones pragmáticas y/ pedagógicas de los problemas que trata de evitar o atenuar, sino que incluiría la reflexión de las experiencias de las personas y de las mismas propuestas de prevención en un contexto que facilite la identificación y análisis de las trabas afectivas que impiden un despliegue mayor de potencialidades y recursos.

Como señalan Haworth y Franco (2012), las lógicas diferentes entre los proyectos de intervención comunitaria y el psicoanálisis suponen lidiar con tensiones que a menudo no favorecen un desarrollo más fluido de las herramientas psicoanalíticas disponibles. Pero al mismo tiempo nos van señalando rumbos posibles y fructíferos como en el caso del trabajo de las autoras mencionadas que abre espacios de comprensión mayores para acercarse al mundo personal y colectivo de las mujeres alto andinas y desde ahí afinar formas de trabajo orientadas psicoanalíticamente.

- La toma de conciencia en las propuestas de prevención de la **dimensión inconsciente** en la subjetividad de las personas permitiría ampliar la comprensión de los logros y dificultades de los programas, propuestas y proyectos. Por ejemplo, la dificultad para lograr cambios significativos en la incidencia de la violencia familiar tiene en la presencia de mecanismos como la identificación con el agresor un factor de resistencia y aferramiento a la situación de maltrato que habitualmente no es considerada ni tomada en cuenta.

Las propuestas de intervención comunitaria, aún aquella inspiradas psicoanalíticamente, tienden a colocar el énfasis en los aspectos conscientes de personas y grupos, en tanto se tiende a asumir la dimensión inconsciente como inaccesible, inasible e incluso no pertinente de atender. Si consideramos que el inconsciente no sólo está en las profundidades de nuestro mundo interno sino que “está afuera” entonces nuestras posibilidades no sólo de comprensión sino de encuentro con el otro se amplían y enriquecen. Observar, escuchar y registrar que una persona o un grupo se sitúan con desconfianza o rechazo, poder devolver una palabra que recoja y

devuelva esta desconfianza abriendo la posibilidad de hablar sobre ello, introduce las condiciones de apertura a lo inconsciente.

- Desde una mirada psicoanalítica cada persona se constituye en su **singularidad e individualidad** de manera indesligable de su entorno. Esta radical afirmación, lejos de erigirse en postura o práctica individualista y esencialista, permite flexibilizar y complejizar tanto el acento en una sobrestimación de lo social y económico en la constitución del sujeto como de éste aislado de los factores en los que se halla inmerso. En las intervenciones comunitarias a menudo se aborda la prevención como un todo homogéneo en que se aspira a resultados que tienen a desatender la singularidad de las personas. Siguiendo con el ejemplo de las propuestas de prevención de la violencia comprender y atender por qué algunos miembros de la comunidad se benefician más que otros permitiría acceder a propuestas que incluyan con más énfasis este aspecto.

“Lo que aporta el psicoanálisis en la gestión preventiva es la de velar para no reabsorber la dimensión irreductible de la singularidad, detrás de los universales que presiden las estrategias de prevención” (Ansermet, 1999)

- La singularidad de la persona se organiza en la trama compleja de los factores que la constituyen. En este sentido, un aporte crucial del psicoanálisis es la noción de **series complementarias** que ya desde Freud instaló la comprensión de la salud mental como un estado fluctuante en el proceso vital de las personas en el que convergen factores tanto internos como ambientales. Incorporar esta perspectiva podría enriquecer el abordaje de los problemas psicosociales de una comunidad en tanto existe la tendencia, en la práctica, a una atribución simple de factores causales que intervienen en la

producción de los problemas. Subrayamos que se trata de tendencias en la práctica pues en la actualidad hay una visión más amplia, una visión multidisciplinaria, concepciones que consideran al ser humano como una estructura dinámica bio-psico-social. Sin embargo, esta afirmación considerada la premisa central en el trabajo de salud en general encubre una tradicional situación de poder de la psiquiatría como sector hegemónico y dominante en el campo de la salud mental. (Barenblit, 1994).

Ansermet (1999) nos recuerda que *causa* tienen la misma etimología que acusación y nos alerta sobre el riesgo de situar el acto de prevención en relación a un sistema de causalidad inexorable pues supondría la posibilidad justamente de fijar a la persona en eso que quisiéramos que pudiera evitar. Subraya la necesidad de que el saber psicoanalítico se despliegue lejos del cliché y de la estereotipia. Pone como ejemplo la noción, central en la concepción psicoanalítica del desarrollo humano, del vínculo madre-niño y el lugar de la familia en la constitución del sujeto, alertando sobre el peligro de que las estrategias de prevención participen en la construcción de una visión idealizada de la madre, el padre, la familia. Deberíamos, por el contrario, transmitir la idea de que una madre es esencial, justamente en la medida en que viene a constituir una barrera frente a la imagen de una madre ideal.

Una perspectiva psicoanalítica aporta justamente a prevenir una mirada rígida o esquemática sobre los factores que participan de la generación de los malestares psicosociales: el psicoanálisis con la noción de series complementarias interpela y contribuye a pensar de modo complejo sobre los factores causales en la constitución del sujeto y sus padecimientos, así como de sus posibilidades. Aún más, al introducir

la dimensión de lo inconsciente nos muestra que no siempre la “causa” coincide con un suceso, un origen, un hecho. Tenemos así **el trauma como paradigma fundamental** en el campo de la prevención: el acontecimiento traumático no es en sí mismo una causa, puede implicar consecuencias muy diferentes según la historia previa de la persona, su estructura psíquica, el medio familiar, el modo de reacción inmediata después del hecho y otros factores más.

- La **noción de vivencia** se nos presenta en este sentido como particularmente relevante: vivencia siempre singular y subjetiva, acompañada de un afecto o aislada en el miedo y la desconexión, que mantiene una relación compleja con el hecho real que la desencadenó. Comprender que frente a un hecho real compartido por varias personas, cada una de ellas puede tener vivencias distintas según su singularidad, nos aleja de abordajes mecánicos, esquemáticos, homogeneizantes y nos acerca a un afronte atento a los aspectos comunes de las experiencias pero también a las vivencias del sujeto. Esto a su vez nos permite enriquecer nuestra comprensión de aquellos elementos que intervienen en la representación que tienen las personas de su sufrimiento y distinguir los factores que le permiten la elaboración y reorganización de sus experiencias de aquellos que la perturban o bloquean.

El determinismo psicoanalítico apunta a relevar la importancia de los primeros años de vida en el desarrollo del ser humano y no a fijarlo en un destino inmodificable, lectura que resulta más frecuente de lo que quisiéramos. Se trataría justamente, tanto desde la cura psicoanalítica como de otras propuestas que apuntan a emplear las herramientas teóricas y prácticas que el psicoanálisis nos ofrece, de brindar a la persona

la posibilidad de encontrar una vía de salida la que pasa paradójicamente por el reconocimiento y utilización de las fuerzas opresivas que lo alienan, constituyéndose como sujeto en el mismo movimiento por el cual se libera (Ansermet, 1999).

Lo anteriormente señalado nos sirve de puente para otro de los aportes psicoanalíticos en los enfoques sobre prevención para los cuales la posibilidad de despliegue de recursos y potencialidades de la persona, de grupos y colectivos es fundamental. Frente al determinismo lineal y mecánico que con frecuencia se atribuye al psicoanálisis y que tiende a enfatizar la marca indeleble de los eventos de los primeros años de vida y de los hechos traumáticos, interesa esclarecer que “el proceso a través del cual se crea una significación no está sujeto, exclusivamente, a las leyes del tiempo lógico y cronológico” (Santisteban, 2008, p.19).

- Santisteban (2008) remarca la importancia del **concepto psicoanalítico de a posteriori o retroactividad** que remite a la concepción de temporalidad y de la causalidad psíquica, en la que experiencias, impresiones y huellas de memoria son modificadas posteriormente en función de nuevas experiencias o del acceso a un nuevo grado de desarrollo, proceso en el que pueden adquirir entonces tanto un nuevo sentido como una eficacia psíquica. (Laplanche y Pontalis, 1967)

Nos interesa resaltar que con este concepto se abre paso de manera muy clara el carácter activo del individuo cuando elabora retroactivamente los acontecimientos pasados, elaboración que supone una reinterpretación del sentido del pasado y que entendemos como un trabajo de memoria. Aún más, la autora afirma, que este concepto permite entender no sólo cómo algo vivido adquiere un carácter traumático

al ser recordado, sino que nos permite también vislumbrar el potencial transformador de un proceso de elaboración psíquica en un contexto de relaciones intersubjetivas de calidad.

La puesta en marcha de este concepto en el contexto de los enfoques y prácticas de prevención permitiría cuestionar y complejizar afirmaciones frecuentes, especialmente de quienes han sufrido los efectos de experiencias traumáticas de la violencia como el conflicto armado interno, del tipo “lo pasado, pasado está y no podemos hacer nada para cambiarlo”. Esta suerte de expresión de impotencia y resignación se ubica en el plano exclusivamente lineal del tiempo “ignorando y desconociendo que más bien es el pasado el que podemos modificar, pero no el pasado entendido como ayer, sino el *sentido* del pasado, (...) el pasado significativo que, convertido en experiencia, construye la actitud para enfrentar la vida”. (Santisteban, 2008, p. 20)

No dejamos de advertir que estamos frente al reto de incorporar en nuestra reflexión y en nuestra práctica preventiva una actitud de alerta creativa frente al riesgo de relativizar o incluso borrar los efectos traumáticos de acontecimientos reales en nombre de su posibilidad de resignificarlos.

Volvemos acá sobre la noción de trauma como uno de los paradigmas de la tarea preventiva asociado al concepto de retroactividad. Se trataría desde una perspectiva psicoanalítica de enfrentar el problema crucial del evento traumático: cómo ayudar a aliviar el sufrimiento y cómo comprender su naturaleza, sin eliminar la fuerza y la verdad de la realidad que los sobrevivientes del trauma enfrentaron y muy a menudo tratan de transmitírnos (Caruth, 1995).

Centralidad del vínculo: la escucha y la palabra

El psicoanálisis aporta la dimensión del vínculo analítico en su doble expresión de transferencia y contratransferencia como eje del proceso y de la cura. Coloca la relación, el encuentro intersubjetivo como espacio en que la persona puede reproducir, reelaborar, reorganizar y articular experiencias, afectos, pensamientos, palabras. Y esto es así en virtud de que en la perspectiva analítica el otro no es lo opuesto a lo propio o lo ajeno, sino que es quien separado del sí mismo, ayuda a crearlo, otorgando a la mente humana la cualidad de estar hecha de interacción y de vínculo (Santisteban, 2008).

La importancia del vínculo como aporte del psicoanálisis, especialmente sus desarrollos últimos, puede ser pensado y articulado en la prevención como un aspecto indesligable de sus propuestas, programas, prácticas: éstos sólo son viables en el contexto interpersonal, intersubjetivo. Sólo atendiendo a la relación que se establece entre quienes se presentan como usuarios y aquéllos que se asumen como trabajadores de la salud mental es que será posible identificar, descubrir y esclarecer lo que facilita o entorpece una mayor comprensión de sí mismos, de los demás y de su entorno.

La palabra y la escucha surgen como “herramientas” que el psicoanálisis ha trabajado y reflexionado mucho, desde diversas posturas pero con igual dedicación e interés atendiendo a su importancia tanto en la práctica clínica como en otros espacios. En la tarea preventiva la escucha y la palabra, como en la clínica, son indesligables del vínculo que se establece con la población. Surge así como de singular importancia la necesaria reflexión sobre el vínculo que establecemos con las comunidades, los grupos e instituciones

en nuestro trabajo, sobre el lugar que ocupamos en los escenarios donde se desenvuelve esta interacción y sobre cómo esas realidades nos interpelan, como sujetos y profesionales, lo cual nos llevará inevitablemente a preguntarnos sobre la noción de diferencia en nuestra práctica. (Guerrero, 2014)

Es importante precavernos de “la tentación del bien” y colocarnos en un lugar en la que la asimetría propia de una relación de servicio puede revestirse de bondad y disponibilidad, encubriendo los malestares, la ambivalencia, la destructividad.

Esta perspectiva nos permite reflexionar en nuestras prácticas preventivas acerca de la importancia de evitar negar las diferencias. En el bien intencionado afán de hacer simétrica la relación de atención a la población con frecuencia se asumen actitudes condescendientes o infantilizadores que encubren hostilidad o desvalorización, afectos que suelen ser igualmente negados o dejados de lado. Se asume un deber ser vincular en que todo debe ser armónico, afectuoso y en el que evitar el conflicto se plantea explícita o implícitamente como deseable para lograr los objetivos de prevención y promoción de la salud mental.

Sobre el encuadre psicoanalítico y su relación con encuadre en la prevención

Un primer aporte para pensar la prevención comunitaria desde una perspectiva psicoanalítica es la noción misma de encuadre. Familiarizados como estamos con el encuadre como concepto teórico y clínico, fundamento del trabajo analítico y terapéutico, nos referimos a éste en términos que aparecen como definidos de antemano, constantes y poco permeables al cambio: regularidad en tiempo y espacio, roles y funciones, finalidad

y , lo más importante, la interpretación como herramienta que permite dar sentido a la comunicación inconsciente del paciente a través la asociación libre y la atención libremente flotante del analista o terapeuta.

Como ya señaláramos en otro acápite Bleger, citado por Bruce (2014) introduce un modo de pensar el encuadre de un modo diferente y sugerente. La idea de un segundo encuadre aportado por el paciente nos invita a revisar nuestro habitual modo de entender el encuadre y a considerar con mayor apertura y flexibilidad un encuadre que se va configurando en el proceso mismo del trabajo terapéutico y que no se constituye ni establece previamente ni de modo estático o inamovible. Esto nos permite pensar en la singularidad de cada proceso y tal vez comprender por qué en cada encuentro las reglas y normas que rigen el proceso van adquiriendo rasgos únicos y específicos.

En la prevención comunitaria la noción misma de encuadre no aparece con el carácter de centralidad que en la clínica psicoanalítica. Nos parece significativa la variabilidad de los términos, según se desprende de nuestra revisión bibliográfica, que se emplean para referirse a la prevención comunitaria: clínica comunitaria, salud mental comunitaria, psicología comunitaria, intervención comunitaria, entre las más importantes, lo cual ya nos señala también la variabilidad de los encuadres empleados.

¿Que nos indica esta variabilidad en el ámbito de la prevención comunitaria? Creemos, en primer lugar, que hay diversos afrontes y abordajes para incluir una perspectiva psicoanalítica: desde quienes privilegian una entrada eminentemente clínica, sea individual y grupal, con las herramientas técnicas de inspiración psicoanalítica- grupos operativos, terapia de grupo, dinámica de grupo etc.- , hasta quienes emplean el

conocimiento clínico para la comprensión y análisis del material que surge en el trabajo preventivo, empleando diferentes medios para su realización, medios emparentados con procedimientos del trabajo en salud mental en general, no necesariamente de inspiración o estirpe psicoanalíticas.

Lo anterior nos lleva a una segunda afirmación: no es posible hablar de UN encuadre en la prevención comunitaria, sino de diversos encuadres según sea el modo de concebir una perspectiva psicoanalítica en la prevención comunitaria.

Una tercera reflexión incluye la pregunta sobre cuál es la noción de lo comunitario que subyace explícita o implícitamente en los distintos abordajes, en tanto ésta influye en el modo de pensar y poner en práctica los encuadres.

A partir de estos elementos de reflexión quisiéramos plantear las siguientes pistas para pensar el problema del encuadre en la prevención comunitaria, problema que forma parte del debate actual acerca de los límites y de los escenarios posibles para la intervención psicoanalítica en el ámbito comunitario (Franco, Haworth, Martínez, 2015).

La oposición excluyente entre lo clínico y lo comunitario aparece como poco fructífera a la hora de concebir encuadres posibles en la prevención comunitaria. Si queremos poner a trabajar y recrear la teoría y la técnica psicoanalítica necesitamos de una gran dosis de creatividad y flexibilidad: el conocimiento clínico es fundamental para la comprensión de los fenómenos inconscientes que se despliegan en la interacción del grupo y los colectivos y también como estrategia técnica a ser empleada según nuestras finalidades y prioridades. Pero también es importante considerar nuevas formas de acercarnos a la comprensión y la práctica en el ámbito comunitario: los espacios de

encuentro, las fiestas, rituales, reuniones, entrevistas etc., pueden ser medios fundamentales para ampliar, enriquecer e ir dando forma a un encuadre comunitario que responda a la finalidad de facilitar que una comunidad se apropie y despliegue sus recursos para una mejor convivencia.

Se trataría entonces de avanzar en concebir encuadre/s flexible/s que incluyan y “escuchen” otros encuadres aportados por la población, y faciliten así la construcción de ese espacio intersubjetivo, condición indispensable para hacer viable una perspectiva psicoanalítica. Pero también es fundamental atender a ese encuadre interno que aportan aquellos/as comprometidas en el trabajo de salud mental y que se expresa en términos de vínculo atento y respetuoso, escucha activa, apertura al inconsciente, conciencia de la asimetría y diferencias, devolución al otro mediante una palabra reflexionada y no impositiva. Son estos elementos los que adquieren una importancia fundamental cuando permiten orientar nuestra mirada, nuestra escucha o nuestra práctica en situaciones diversas, como asambleas, talleres charlas, festividades, rituales, etc., aparentemente distantes de nuestra idea habitual de encuadre psicoanalítico.

Lo anterior nos lleva a la siguiente reflexión: frente a la complejidad de nuestra tarea de establecer puentes dialogantes y fructíferos entre el psicoanálisis y la prevención comunitarios se nos impone tener una actitud atenta, reflexiva y crítica constantes en torno a la relación entre los medios y los fines. Creemos que Dahmer (2003) plantea algo fundamental: los medios (el método) pueden definir, redefinir o destruir los fines a alcanzar. En tal sentido, el método psicoanalítico, no convencional, intenta buscar nexos entre dimensiones aparentemente desligadas entre sí como los afectos, el pensamiento, las

prácticas sociales, la imagen de sí mismo, la imagen de los demás, de la sociedad, de las instituciones. ¿Cómo se articula este medio psicoanalítico con los fines que nos proponemos en la prevención comunitaria? Y antes ¿cuáles son los fines que nos proponemos? Y ¿cómo ir escuchando y dialogando de modo receptivo y a la vez crítico con medios convencionales como los pedagógicos, persuasivos o de control?

Otra pista importante con relación al tema del encuadre es que necesitamos explicitar qué es lo que entendemos por comunidad y por tanto nuestras concepciones sobre la atención y prevención comunitaria en salud mental. Si bien es cierto, desde nuestra revisión bibliográfica hay un material muy rico al respecto con definiciones y precisiones importantes, nos sigue pareciendo que necesitamos avanzar en esta línea. Pues por ejemplo no es suficiente el abordaje grupal, institucional u organizacional como paradigma de prevención, atención y promoción comunitaria, sino que se necesita una perspectiva que articule lo comunitario como un espacio complejo pero susceptible de ser abordado desde una perspectiva con límites y contornos más precisos. En este sentido, los rasgos que propone Wiñastin (2010) para aproximarnos al tema nos parecen valiosos y fructíferos: el carácter no sólo geográfico de una comunidad sino el grado en que comparten una experiencia cultural, el trabajo comunitario centrado en la facilitación de nexos y redes sociales, el protagonismo de la comunidad en la gestación de propuestas e iniciativas, la centralidad del vínculo, el énfasis en el despliegue de las agencias psicosociales de la comunidad, el trabajo con los sectores y /o miembros más dinámicos y vitales de una comunidad, la formación de agentes de salud mental como los recursos cualitativamente multiplicadores de experiencias de reparación y crecimiento, entre otros.

Finalmente queremos señalar la importancia de generar, promover y facilitar en la tarea preventiva espacios de articulación entre la reflexión, la práctica y el procesamiento afectivo mediante vínculos de sostenimiento y contención que promuevan la elaboración. En tal sentido el espacio grupal aparece como el espacio privilegiado para esta tarea. El diálogo intercultural, lidiando con las propias tendencias hegemónicas de considerar el saber psicoanalítico como el único válido, resulta una de las condiciones insoslayables para ello.



CONCLUSIONES

1. El psicoanálisis ha sido y es una influencia importante en el campo de la salud mental comunitaria en nuestro medio y, en general en América Latina, siendo su aporte más visible en la comprensión e interpretación de los hechos sociales y culturales, que en los abordajes, metodologías y prácticas existentes.
2. Las tensiones que mostramos entre psicoanálisis y prevención comunitaria nos permiten plantear problemas fundamentales de debate no sólo entre el campo de la prevención y el psicoanálisis, sino al interior mismo del campo psicoanalítico.
3. Las tensiones señaladas no resultan dilemáticas o excluyentes sino contradicciones dinámicas, en movimiento constante. Su abordaje nos permite atenuar una visión jerárquica y dominante del psicoanálisis frente al campo de la prevención, aunque esto no es del todo posible, ni deseable, en tanto la perspectiva desde la que nos ubicamos es la psicoanalítica.
4. El campo de la prevención comunitaria en nuestro medio tiene una larga tradición inspirada en los desarrollos del psicoanálisis latinoamericano muy ligado a inquietudes e intereses políticos de cambio y justicia social.
5. En el Perú encontramos una diversidad rica y compleja de experiencias en el ámbito de la salud mental comunitaria, muchas de ellas con inspiración psicoanalítica.
6. La cantidad importante de experiencias desarrolladas en Perú no van de la mano con una reflexión teórica y conceptual que explicita los aportes psicoanalíticos.

7. La prevención comunitaria no puede pensarse de modo aislado sino en marco de la salud mental comunitaria y junto con otros abordajes como el de la atención y promoción.
8. La complejización de la prevención es uno de los aportes fundamentales de una perspectiva psicoanalítica junto con la incorporación de la dimensión inconsciente presente en los procesos individuales, grupales y colectivos.
9. La salud mental en el psicoanálisis no es un constructo fijo y definido, sino es entendido como proceso , en constante movimiento, noción que puede aportar una mirada desde la prevención comunitaria más abierta y flexible.
10. La noción de series complementarias permite ampliar y revisar una mirada simple de la o las causas de los malestares, problemas o enfermedades en salud mental. Esta noción permite afinar y ajustar las propuestas en prevención comunitaria de modo más singular y específico según la comunidad con la que se trabaja y según los fines que se persiguen.
11. La importancia del vínculo, la palabra y la escucha son aportes significativos del psicoanálisis a una conceptualización y práctica de la prevención comunitaria.
12. La experiencia cultural (Winnicott) y su uso en el espacio potencial entre el individuo y su ambiente resulta clave en una perspectiva de prevención comunitaria: del modo cómo las instituciones y otras instancias sociales faciliten o no tales espacios mediante la confianza y la seguridad dependerá la creatividad cultural, la posibilidad de cambio y la integración personal y comunitaria.

13. El encuadre en la prevención comunitaria presenta retos y desafíos que están actualmente en debate: resulta importante concebir y avanzar en la reflexión en torno a un encuadre comunitario flexible, y abierto tanto al encuadre que aporta la comunidad como al encuadre interno que aporta el trabajador en salud mental comunitaria.
14. La poca prioridad que se da tanto a nivel del estado, como de instituciones privadas y académicas a la colaboración e interacción necesarias entre psicoanálisis y prevención comunitaria, tiene como un factor importante el hecho de que dentro del psicoanálisis resulta más atractivo, profesional y económicamente, la práctica privada.
15. Se hace necesario incentivar la investigación, desarrollo, seguimiento y ampliación de iniciativas y experiencias que pongan a trabajar la teoría y la práctica psicoanalítica fuera del ámbito del consultorio.
16. El dialogo interdisciplinario resulta central en el establecimiento de una interacción fructífera entre el psicoanálisis y el campo de la salud mental comunitaria.
17. Ejes centrales de la salud mental comunitaria como la participación, el reconocimiento de las necesidades y demandas de la población, la afirmación del protagonismo de las personas y la comunidad y no del especialista o profesional en salud mental, la importancia de favorecer el despliegue de recursos y agencias, entre otros, en un contexto como el nuestro de acuciantes problemas de desarticulación social y perturbaciones en los lazos personales y colectivos,

desafían al psicoanálisis a comprometerse en una interlocución válida y empática, acorde con la necesaria responsabilidad social que se nos plantea a los profesionales de salud mental actualmente.



LISTA DE REFERENCIAS

- Abello, A., Liberman, A. (2011) *Una introducción a la obra de D.W Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional*. Madrid: Edic. Ágora Relacional
- Alizade, A. (2002) *Lo positivo en psicoanálisis*. Buenos Aires: Lumen
- Ariel, A. (1997) *Prevención y psicoanálisis. Conferencia organizada por el departamento de Psicología de la secretaria de salud Pública de la Municipalidad de Rosario*. Recuperado de [www. myslide.es](http://www.myslide.es)
- Ansermet, F. (1999) *Psicoanálisis y prevención precoz: la contingencia más allá de la necesidad. Fragmento de la conferencia realizada en la jornada de la Asociación Catalana de atención precoz*. Revista Interrogante. Recuperado de www.revistainterrogant.org
- Apolito, A. (1978) Primary prevention: a breakthrough in sight. *A. J Psychoanal.* No. 38. pp. 121-127.
- Aulagnier, P. (2000) Lo potencial, lo posible, lo imposible: categorías y coordenadas del campo clínico. *Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. Vol XXII, N^o1. pp. 65-87
- Avenburg, R. (1993) Artículo: Psicoanálisis y salud mental. *Revista Zona Erógena*. No. 13, año IV
- Bleger, J. (1966) *Psicohigiene y Psicología institucional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bleichmar, N., Liberman, C. (1989) *El psicoanálisis después de Freud*. México D.F, Buenos Aires, Barcelona: Paidós.
- Bruce, J. (2014) *Psicoanálisis criollo*. FEPAL. Recuperado de www.fepal.org

- Borg, M.B. Jr. (2005). Community Practice on (and off) the Couch. Response to commentary by Dr Mario Rendon. *Int. Forum Psychoanal.* No.14 pp.18-20
- Busta, C. (2012) A 32 años de Alma –Ata: Aportes desde el psicoanálisis en torno a una ética de trabajo posible en Atención Primaria de Salud (APS). *Revista Límite*, vol. 7, no 25, pp. 61-71
- Campodónico, N. (2013). Acerca de la demanda psicológica en un dispositivo asistencial: la salud mental y el psicoanálisis. *Revista Perspectivas en psicología*, Vol. 10. pp. 18-25
- Castoriadis, C. (1993) Artículo Proyecto de autonomía, política y psicoanálisis. *Revista Zona Erógena*. N° 15, año IV.
- Chama, M. (2012) *Psicoanálisis y salud mental o la renuncia a saberlo todo*. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Recuperado de www.redalyc.org
- Christmas, J.J. (1974) Psychoanalysis and Community mental health. *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*. No. 2. pp. 139-145.
- Comisión de la Verdad y Reconciliación (2004) *Hatun Willakuy*. Versión abreviada del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación. Lima: PUCP
- Costa, M.P. (2008) *Encuentros de discusión sobre intervención clínica comunitaria*. Lima: PUCP Editores.
- Costa, M.P. (1998) *Frente al espejo vacío: un acercamiento psicoterapéutico a la violencia política*. Lima: Equipo de Psicoterapeutas de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos

- Cubas, M. (2006). *Lo saludable: una propuesta para la comprensión de la salud mental desde el psicoanálisis*. Lima: Repositorio de Tesis PUCP.
- Dahmer, H. (15/11/2003) *El método psicoanalítico*. Conferencia en Instituto Psicoanálisis y Sociedad. Lima, Perú.
- Dahmer, H. (2005) ¿Terror sin fin? La vida en la era de las masacres. *En: La sociología después de un siglo de barbarie* (1ra ed.). Lima: Friedrich Ebert Stiftung
- Deza, N. (2015) *La terceridad en el psicoanálisis*. Lima: Repositorio de Tesis PUCP
- Dreher, M (2003) *Pluralism and unity? Methods of research in psychoanalysis*. London: The International Psychoanalytic Association.
- Dubreuil, R. (2011) *Más allá del dolor. Hacia una comprensión dinámica de la resiliencia*. Lima: Publicaciones Psicoanalíticas.
- Escribens, P; Portal, D; Ruiz S y Velásquez, T. (2008) *Reconociendo otros saberes. Salud mental comunitaria, justicia y reparación*. Lima: DEMUS
- Franco R., Haworth, E. (21/06/2013) *Acompañamiento a Defensorías Comunitarias: Aplicación del modelo psicoanalítico al trabajo con organizaciones que atienden la violencia*. Conferencia en la Sociedad Peruana de Psicoanálisis. Lima, Perú.
- Freire, Costa, J. (1984) *Violencia e Psicanálise*. Brasil: Edic Graal
- Freud, S.
- (1910). *La perspectiva futura de la terapia psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
 - (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- (1924) *La disolución del complejo de Edipo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1930) *El malestar en la cultura*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1937) *Análisis terminable e interminable*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1939) *Moisés y la religión monoteísta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Fridman (2009) *Los principios de la bioética en salud mental y psicoanálisis*. Buenos Aires: Pólemos

Galende, E. (1998) *Prevención y psicoanálisis. Propuestas en salud mental comunitaria*. Buenos Aires: Paidós

Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós: Buenos Aires.

Gay, P. (1988) *Una vida de nuestro tiempo*. Buenos Aires: Paidós.

Golse, B. (2007) Series complementarias. En: Mijolla, A. Diccionario AKAL Internacional de Psicoanálisis. Madrid: Ediciones AKAL

Greenspan, S. (1,998) La salud mental: una teoría de la evolución. En: *El crecimiento de la mente y los ambiguos orígenes de la inteligencia*. Buenos Aires: Paidós.

Grupo de trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2006). *Salud Mental Comunitaria en el Perú: Aporte temáticos para el trabajo con poblaciones*. Lima: Proyecto AMARES.

Guerrero, A. M. (2014). *Lo inescuchable. Reflexiones sobre prácticas en salud mental a partir de la violencia sexual durante el conflicto armado interno*. Lima: CEP, IBC, UARM

- Hampe, M (2003) *Plurality of sciences and the unity of reason*. En: Leuzinguer, et al. Pluralism and unity: methods of research in Psychoanalysis. Kassel: International Psychoanalytic Association.
- Haddad, M y Ulrich, G. (2009) *Salud mental y psicoanálisis, una tensión irreductible*. Memorias del 3° Congreso de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Plata EDULP. sedici.unlp.edu.ar
- Herrera, L. (2011) Psiquismo y sociedad. *Revista de psicoanálisis*. N° 9
- Hoyos,E; Duvaltier,B; Giraldo, W.(2003) Límites de los programas de promoción y prevención: Una perspectiva psicoanalítica. *Revista IATREIA*, Vol 16, N° 2.
- Irigoyen, M. F (2006) La mujer que vigila la violencia: Entrevista de Margarita Riviere, En: *El País semanal*.
- Jeanneau, M. (2007) *Normalidad*. En: Mijolla, A. Diccionario AKAL Internacional de Psicoanálisis. Madrid: Ediciones AKAL.
- Laplanche, J. (2001). Entrevista de Froté, P. El retorno sobre Freud. *Revista Zona Erógena*. N° 49.
- Laplanche J. y Pontalis, J.B. (1967) *Retroactividad*. En: Laplanche J. y Pontalis, J. B. Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires, Barcelona, México: PAIDOS
- Lemlij, M. (2012) *Exploraciones clínicas. Cuaderno de trabajo N° 3*. Lima: Fondo editorial SIDEA
- Leuzinger-Bohleber,M y Fischmann, T. (2005) What is conceptual research in psychoanalysis? *Int. J. Psychoanal*; Vol. 13. No 87. pp. 55-86

- Leuzinger-Bohleber, M. (2010) Psychoanalytic Preventions/Interventions and playing “Rough-and-Tumble” games: Alternatives to medical treatments of Children suffering from ADHD. *Int. J. Appl. Psychoanal. Stud.* No. 7. pp. 332-338
- Losada Cucco, L. (2006) *¿Es realmente posible la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales desde atención primaria? Nuevos aportes. Grupo de trabajo de salud mental. Centro de desarrollo de salud comunitaria.* Recuperado de www.procc.org
- Moise, C. (1998) *Prevención psicoanalítica. Propuestas en salud mental comunitaria.* Buenos Aires: Paidós.
- Mazarina, I. (2010). *Psicoanálisis y salud mental. Correlaciones y problemáticas.* Rescatado de www.escavador.com
- Mijolla-Mellor, S. (2007) *Psicoanálisis aplicado/Interacciones del psicoanálisis.* En: *Mijolla, A. Diccionario AKAL Internacional de Psicoanálisis.* Madrid: Edic: AKAL
- Mohacsy, I. (1983) Psychoanalysis and prevention in child mental health. *Contemporary Psychoanalysis*, No. 19. pp. 265-275.
- Peña, E; Revilla S; Ruiz R; Santisteban F; Valz-Gen, V y Vega, M. (2010) *Wiñastin: una experiencia de formación de agentes de salud mental con enfoque comunitario.* Lima: Edición IPEDEHP.

Pezo, C., Velásquez, T., Valz-Gen V., y Pareja V. (2008). *Encuentros de discusión sobre intervención clínica comunitaria*. Lima: PUCP.

Pichon-Riviere, E. (1971). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. (8va edición) Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión

Portocarrero, G. (2014). A 30 años de las reformas del libre mercado en el mundo. Balance del neoliberalismo. *Diario El Comercio*.

Rascovsky, A; Aberastury, F; Goldstein, R; Ponce de León, E; Cartolano, E. (2010). Las marcas identificatorias del psicoanálisis argentino en Latinoamérica. *Revista de Psicoanálisis*. No. 1-2

Rey de Castro, A. (1995). *El texto inaugural del psicoanálisis: a 100 años de Estudios sobre la Histeria*. Cuadernos de la Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Lima: PUCP

Rivas, J (2015) Un desafío al Psicoanálisis: Reflexiones en torno a las exigencias planteadas desde la Educación. *Revista Transiciones*. No. 19. pp. 129-139

Rodríguez Rabanal, C. (1989) *Cicatrices de la pobreza: un estudio psicoanalítico*. Lima.

Santisteban, F

- (2005) Deshaciendo el silencio. *Revista Páginas* No. 195
- (2008) Trazos sobre salud mental desde las resonancias psíquicas de la vida social en el Perú. *Revista Memoria*. No. 3
- (2015). En Memoria de Angela Cánepa. *Revista Voces*.

Sklarew, B. (2012). Prologue: the community analyst in troubled world. *Psychoanalytic Inquiry*, No. 32 pp.11-114.

- Stolkiner, A. (1987). *Prevención en salud mental: normativización o desanudamiento. IV Congreso Metropolitano de Psicología*. Universidad de Buenos Aires. www.psi.uba.ar
- Tchukran, S y Rolla, E. (2002) Psicoanálisis y prevención. Aportes para la construcción de una teoría de la prevención. *Psicociberanálisis*. www.psicociberanalis.com.ar
- Thorne, C; Corveleyn, J; Pezo del Pino, C; Velasquez, T; Valdez, R. (2011) *Buenas prácticas en la prevención y atención a la violencia social. Sistematización de la labor realizada por instituciones y organizaciones Peruana*. Lima: Departamento de Psicología – Pontificia Universidad Católica del Perú PUCP.
- Tizón JL. (2001) *Psychoanalysis and Primary health care: our participation as psychoanalysts in a long-overdue change in the health services*. En: Ugartechea, J y de Filc, Z. *Challenges of psychoanalysis in the 21st century. Psychoanalysis, health and psychosexuality in the era of virtual reality*. New York: Kluwer Academic/Plenum Books.
- Toricelli, F. (1993). Psicoanálisis y salud mental. *Revista Zona erógena*. Volumen #13, año IV.
- Ulloa, F. (1995) La difícil relación del psicoanálisis con la no menos difícil circunstancia de la salud mental. *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Velásquez, T; Cueto R; Rivera, M; Morote, R. (2011) *Construyendo una psicología comunitaria en el Perú*. En: Montero, M. y Serrano-García, I. *Historias de la psicología comunitaria en América Latina*. Buenos Aires: Paidós

Viñar, M. (2007) *Prólogo*. En: Cecilia Moise el al. *Psicoanálisis y sociedad: teoría y práctica*. Cecilia Moise el al. 1ª. Edición, Buenos Aires: Continente- Pax

Viñar, M. (2011) *Cara a Cara. Entrevistas profanas de Moisés Lemlij*. Volúmen 1. Lima: SIDEA

Wallerstein, R.S (1988). One psychoanalysis or many? *International Journal or Psychoanalysis*, No. 69. pp. 5-21.

Winnicott, D. W. (1,967) El concepto de individuo sano. En: *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista. (comp. Winnicott, C., Sheperd, R., Davis, M.)*. Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós. 1,986.

Winnicott. D. W. (1,967) La ubicación de la experiencia cultural. En : *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa. 1,993.

