

# **04**

## **Salud mental y atención psicosocial. Reflexiones a partir de la experiencia de un dispositivo de escucha y su impacto en la rehabilitación de la cronicidad mental**

---

**Ximena Castro Sardi**

Universidad Icesi | [xcastro@icesi.edu.co](mailto:xcastro@icesi.edu.co)

Los profesionales y trabajadores de la salud mental en Colombia enfrentamos con desconcierto una frase que se ha vuelto un lugar común en los foros que reúnen al gremio en torno a la formulación y discusión de políticas públicas del sector: «la salud mental es la cenicienta del sistema de salud». Esta frase de cajón no solo revela una realidad sentida por los diferentes actores del campo, sino que pareciera alimentar un círculo de conformismo y desesperanza que poco aporta a la búsqueda de una transformación de dicha realidad. La Ley 1616 de 2013, «Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones», también conocida como la Ley Esperanza, condensa los esfuerzos que desde finales de la década de 1990 se vienen realizando para construir un marco normativo y político cuyo propósito sea el posicionamiento de la atención sanitaria en salud mental y el mejoramiento del acceso, la cobertura y la calidad esté en todas sus fases.<sup>1</sup> Si bien es cierto que tomará un tiempo y grandes voluntades políticas para que dicha Ley se traduzca en el funcionamiento efectivo del Sistema Nacional de Salud Mental, su promulgación puede leerse como una oportunidad para proponer, desde la academia y la sociedad civil, procesos de investigación aplicada con miras a fortalecer la oferta de servicios y mejorar la calidad de la atención. En este capítulo se exponen una serie de reflexiones sobre un dispositivo de intervención psicosocial en salud mental, el cual fue diseñado con el propósito de contribuir tanto la asistencia de poblaciones vulnerables, así como a la formación de talento humano e investigación en salud mental. En la última parte del capítulo, se aborda específicamente la pregunta por las posibilidades de tratamiento y rehabilitación de enfermedades mentales crónicas, particularmente la psicosis, en dicho dispositivo.

---

1. La Política Nacional de Salud Mental fue publicada en 1998, enmarcada en la Resolución 02358, la cual estaba vigente en ese momento. Para una descripción de dicha política consultar a N. Ardón-Centeno y A. Cubillos-Novella (2012).

## **La salud mental en nuestra época y en el contexto colombiano**

Fue la necesidad de fortalecer la formación clínica de los psicólogos en la Universidad Icesi de Cali, la que nos embarcó en el diseño de este proyecto. Un grupo de profesores nos reunimos durante varios semestres en el seminario de salud mental del Departamento de Estudios Psicológicos afín de discutir aspectos relacionados al desarrollo de competencias clínicas de los futuros psicólogos, considerando las características del contexto actual en el ámbito de la salud mental. En dichas discusiones se abordaron algunos nodos problemáticos de la salud mental en la actualidad que retomaré a continuación.

### **La reforma psiquiátrica y la nueva salud mental**

Según Desviat (1994; 2010), la reforma psiquiátrica es el nombre que se le da a una serie de procesos de transformación de la atención a la salud mental que se producen principalmente en los países de Occidente durante la segunda mitad del siglo XX, y cuyos objetivos son: en primera instancia, el cierre o transformación de los hospitales psiquiátricos y la creación de redes de asistencia basadas en la comunidad; en segundo lugar, la integración de la atención psiquiátrica en la sanidad general; en tercer lugar, la modificación de la legislación de los países con el fin de garantizar los derechos de los pacientes mentales; y en cuarto lugar, la lucha contra la estigmatización de la enfermedad mental, promoviendo la aceptación y la inclusión de las personas con padecimientos psíquicos. Aunque este movimiento reformista tiene sus raíces en la modernidad ilustrada y en la confianza en la ciencia y el progreso, la preocupación por la situación de los enfermos mentales internados en los grandes manicomios se incrementa tras la Segunda Guerra Mundial, en un clima de reconstrucción social, de mayor tolerancia por las minorías y de desarrollo de los nuevos movimientos cívicos. Contribuyen a esta reforma tanto motivos éticos como técnicos: primero, la toma de conciencia por parte de la sociedad de la situación indigna de los enfermos mentales internados y de la falta de respeto de los derechos fundamentales de los etiquetados con trastornos mentales; segundo, la institucionalización psiquiátrica no solo demuestra carecer de eficacia terapéutica, sino que añade

deterioro a buena parte de las patologías psiquiátricas. El clima de cambio se percibe igualmente en la proclamación de una nueva definición de salud por parte de la Organización Mundial de la Salud en 1952: la salud es más que la ausencia de enfermedad; está relacionada con el bienestar físico, psíquico y social. Surgen así los sistemas de cobertura universal en Europa y Canadá donde se organizan sistemas públicos, con un nuevo enfoque de la atención en salud, incorporando las acciones de prevención y promoción y fundando una nueva epidemiología. Es en este marco que se desarrollan los procesos de reforma psiquiátrica, cuyo modelo de asistencia es la llamada salud mental comunitaria.

De acuerdo con Galende (1997), es a partir de la década de 1960 que se constituirá propiamente el campo de la salud mental, cuya principal característica es la reconversión de los sistemas de atención psiquiátrica. La nueva salud mental o salud mental comunitaria implicará una serie de cambios fundamentales en las concepciones de paciente, de enfermedad, de intervenciones terapéuticas y de disciplinas participantes. Se comenzará a cuestionar la categorización del padecimiento psíquico como enfermedad, re-vinculándolo con la complejidad de la existencia humana. En cuanto a las disciplinas intervinientes, se criticará con fuerza la hegemonía médico-psiquiátrica para incluir terapeutas de otros campos y promover un abordaje pluridisciplinar e intersectorial. La institucionalización psiquiátrica ocupará el punto más álgido de la crítica, a partir de la cual se promoverá una mejor comprensión de los efectos de la internación sobre los pacientes y se propondrá un abanico más amplio de dispositivos y prácticas asistenciales, tales como los centros de salud mental de proximidad, los hospitales día, los servicios en hospital general y las acciones comunitarias. Finalmente, dicha transformación acarreará una nueva forma de entender la relación terapéutica, pasando de un vínculo jerárquico y vertical a uno más horizontal donde el paciente emerge como el principal partícipe y sujeto activo en su tratamiento. Sin embargo, estos procesos de transformación positivos y dignificantes en el ámbito de la salud mental no estarán exentos de las consecuencias de otros cambios socio-económicos profundos, tales como la globalización económica, las reformulaciones del rol del Estado, el desmantelamiento del Estado de Bienestar y la redefinición de lo público, la crisis de los saberes tradicionales y la masificación de los individuos en ausencia de proyectos colectivos unificadores.

Las complejas tensiones entre lo privado y lo público, entre lo local y lo global, no solo tienen su correlato en las condiciones actuales de existencia de los ciudadanos, sino que afectan directamente el campo de la salud mental. El «estallido de sus prácticas con el ingreso de nuevos irracionalismos terapéuticos» (Galende, 1997, p. 33), la medicalización de la vida, así como el retorno de objetivismo médico por vía del uso generalizado de los psicofármacos, son algunos efectos de las nuevas coordenadas de la época. Lo anterior implica nuevos desafíos cuando se piensa en cómo llevar a cabo la transición del modelo centrado en la institucionalización y la centralización de la atención psiquiátrica a uno cuyo eje sean las redes comunitarias y los servicios de proximidad, en un país como Colombia que apenas estrena una Ley de Salud Mental y que aún no resuelve sus múltiples contradicciones y brechas: en primer lugar, la disonante coexistencia de un modelo biopsiquiátrico basado en trastornos con un modelo psicosocial comunitario que vincula explícitamente la salud mental a la convivencia social;<sup>2</sup> en segundo lugar, la enorme brecha entre un marco normativo basado en los derechos fundamentales, que prioriza a los grupos más vulnerables reconociendo un enfoque diferencial, promueve la intersectorialidad y la atención primaria en salud mental frente a una realidad caracterizada (Ley 1616 de 2013) por «una oferta desigual de paquetes de atención en salud mental» en las diferentes localidades y empresas sociales del Estado (ESE), con «diversas deficiencias en la disponibilidad de recursos humanos y en la organización de la atención sanitaria en salud mental» (Ardón-Centeno y Cubillos-Novella, 2012, p. 38).

## La crisis epistémica, las lógicas del mercado y la exclusión del sujeto en salud mental

Son varios los autores que señalan, no sin preocupación, el rechazo de la teoría en el campo de la psicopatología, promovido principalmente por la psiquiatría (Galende, 1997; Desviat, 2013; Laurent, 2014). Desde la publicación del DSM-III en 1980, reivindicando explícitamente su a-teoricidad, y evidenciando un

---

2. La coexistencia de estos dos paradigmas se lee claramente en el capítulo titulado “Salud mental y convivencia” del Plan Decenal de Salud Pública 2014-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, 2012).

retorno a una concepción organicista de la enfermedad mental, el objetivismo empírico se ha vuelto dominante en psiquiatría, tildando de anacrónicos los abordajes fenomenológicos y subjetivistas que hicieron prolífica la psiquiatría clásica europea a principios del siglo XX. El paso de un modelo basado en descripciones clínicas detalladas y en el «mejor juicio clínico», a uno basado en exámenes diagnósticos y en *check-lists* que enumeran criterios observables y objetivos, ha desembocado en la actualidad en un compromiso hegemónico con abordajes biológicos e hipótesis genéticas y bioquímicas.

Según Desviat, el histórico debate en psiquiatría y psicología, entre cuerpo y alma, entre cerebro y mente, «parece haberse resuelto en falso en las últimas décadas, cuando el predominio de la psiquiatría biológica se pretende como única verdad» (2013, p. 8). Este autor argumenta que dicho debate cobra enorme relevancia pragmática a la hora de planificar y organizar los servicios de asistencia en salud mental:

En cuanto convertido el síntoma en falla neurológica, el contenido del delirio en ruido, quedan los fármacos como respuesta predominante, cuando no como única respuesta. Si el contenido de la alucinación y el delirio no tiene sentido biográfico, si la tristeza tiene su base originaria en un desequilibrio de los neurotransmisores –¿no podría ser al revés?–. ¿Cuál es el papel del terapeuta, del psiquiatra, del psicólogo, de los profesionales de la salud mental? (Desviat, 2010, p. 8).

La pretendida objetividad científica, a espaldas de los debates epistémicos, no es solamente una ficción sino que además ignora las consecuencias prácticas de sus planteamientos. El verdadero debate, en palabras de Desviat, se traduce en perspectivas opuestas en el momento de proponer servicios y dispositivos de atención en salud mental:

Por un lado una clínica sin escucha, atrincherada en los hospitales como detentadores de lo científico y, por otro, las redes de salud mental comunitaria, donde se articula un eje clínico con un eje social y se hace plural la mirada, donde no hay una única verdad, y donde la reflexión sobre la práctica se hace teoría (2013, p. 8).

Efectivamente el debate debe mantenerse para garantizar en la arena democrática el pluralismo de las voces que participan en ella. El campo de la salud mental convoca no solo una diversidad de actores, entre ellos las asociaciones de pacientes y familiares de pacientes, los profesionales y trabajadores de la

salud mental, sino también una pluralidad de abordajes disciplinares cuyos aportes enriquecen las propuestas y modos de intervención. Es manteniendo vivos estos debates epistémicos, revisitando los textos clásicos de la psicopatología, recuperando la riqueza del lenguaje descriptivo e interpretativos de un historial clínico, que podremos hacer frente a este vacío epistémico que se traduce ya sea en un imperativo reduccionista o en un eclecticismo irresponsable de tipo «todo vale».

Otra de las tendencias que atraviesa el campo de la salud mental en la actualidad está relacionada con factores económicos. La privatización y la reducción de la responsabilidad estatal ha dado vía libre a la entrada de los criterios del mercado en el sector salud y a la consecuente reducción de la salud a su valor de consumo (Galende, 1997). Lo anterior redundante en la privatización de los riesgos y la promoción del avance de empresas médicas y los seguros privados de enfermedad. Por lo tanto son las empresas las que deciden sobre la duración de los tratamientos, su frecuencia, sus métodos, desconociendo los tiempos singulares del paciente, de su padecer, así como el juicio clínico del profesional sobre los aspectos que deben orientar un tratamiento. Frente a esto, los profesionales de la salud mental deben adaptarse a nuevas modalidades de atención que están regidas por criterios de eficacia y eficiencia, en detrimento de otros principios terapéuticos respetuosos de la singularidad y de la responsabilidad subjetiva de quienes manifiestan una dolencia psíquica. Lo anterior redundante en una progresiva exclusión del sujeto que sufre de los sistemas sanitarios, en la medida que lo humano es reducido a una cifra en el marco de lo que algunos autores han denominado la ideología de la evaluación la cual ha permeado los programas en salud mental (Castro, 2013).

Un tema económico ineludible cuando se aborda el panorama de la salud mental en nuestra época es el lugar de poder que tiene la industria farmacéutica y sus efectos en las formas de comprender y tratar los padecimientos mentales. Sin desconocer ni subestimar el valor de alivio que pueden tener los nuevos medicamentos y la necesidad de usarlos en ciertos casos agudos y crónicos, es necesario abordar la cuestión desde una perspectiva social y crítica. En palabras de Galende (2008), un mercado de miles de millones de dólares, como lo es el de la industria farmacéutica, «no puede dejar de proteger e incrementar sus intereses económicos, y estos intereses vienen de la mano de la investigación

científica» (p.49). Es bien sabido que la industria invierte cuantiosos recursos económicos en la investigación neurobiológica y genética, particularmente dirigidos a la producción de nuevas moléculas químicas; «un noventa por ciento de la investigación actual en este sector está financiada por la industria» (Galende, 2008, p.50); evidentemente la producción científica está condicionada por esta dinámica y el conocimiento psiquiátrico se nutre de ella. Asimismo, con la promulgación en los años 2000 de la llamada «década del cerebro», la industria realiza una campaña de comunicación dirigida a desarrollar su mercado a través de la difusión de hallazgos «científicos» sobre el comportamiento humano, normal y patológico, prometiendo nuevos medicamentos para los malestares que descubre.

Pensar acerca de la salud mental en la actualidad demanda estar advertido de estas dinámicas políticas, sociales y económicas, interrogándonos permanentemente por los efectos que estas coordenadas tienen en las formas actuales de manifestación, comprensión y tratamiento del malestar subjetivo. Hemos visto como con la crisis de los marcos epistémicos, el consecuente retorno del objetivismo reduccionista, el atravesamiento de las lógicas del mercado y el uso extendido de los psicofármacos, se constata una fuerte tendencia hacia la expulsión de la subjetividad en el ámbito de la salud mental: el sujeto que sufre es reducido a un usuario y como tal es el primer excluido de la atención. No debemos olvidar que la salud mental, antes que nada, es una cuestión de un sujeto que tiene algo que decir sobre lo que padece, y por lo tanto su lugar y su palabra no pueden ni deben ser eliminados (Castro, 2013).

## **Subjetividad y lazo social: la invención de un dispositivo de atención primaria en salud mental**

La discusión sobre los aspectos contextuales mencionados derivó en el diseño de un dispositivo de atención psicológica dirigido a personas en situación de vulnerabilidad de la ciudad, a través del cual se llevan a cabo procesos formativos e investigativos en psicopatología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Es así como se crea el Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi) que abre sus puertas al público en enero de 2014, compartiendo su



sede en el centro de la ciudad con el Consultorio Jurídico de la Universidad Icesi de Cali, como un lugar de atención gratuito basado en el principio de la «utilidad social de la escucha» (Miller, 2004, p. 1) y en el rescate de la subjetividad, posicionándose críticamente frente al aplacamiento farmacéutico, el condicionamiento adaptativo y las prácticas segregativas y estigmatizantes que tienden dominar el campo de la salud mental en la actualidad.

A pesar de no estar formalmente asociado a la red de salud pública por ser una iniciativa que surge en una institución privada,<sup>3</sup> el CAPsi tiene las características propias de un dispositivo de atención primaria en salud, tal como son descritos por Desviat y Moreno (2012) en la medida que: (i) presta un servicio extra-hospitalario ubicado en una zona céntrica de la ciudad de fácil acceso; (ii) se ancla en una razón ética como lo es la necesaria restitución de la dignidad de las personas a quienes se les han vulnerado sus derechos fundamentales; (iii) propone proyectos de intervención comunitaria en cooperación con instituciones públicas y ONG; (iv) promueve la interconsulta y la colaboración interdisciplinar con profesionales de otros campos como psiquiatras, terapeutas ocupacionales y del lenguaje, educadores, abogados, sociólogos y antropólogos; (v) y propende por la creación de redes efectivas de derivación e interconsulta con unidades hospitalarias, centros de salud, hospitales día, unidades de rehabilitación, talleres de capacitación en oficios, centros comunitarios y culturales. Además, el CAPsi propone un servicio oportuno, ligero en procesos burocráticos, con un sistema de «triage» con enfoque diferencial, de tal forma que se superen las barreras de atención de las que adolecen la mayoría de los centros de salud de la red pública en la ciudad.

En cuanto a los programas de formación e investigación articulados al Consultorio de Atención Psicosocial, partimos del reconocimiento de la enorme brecha existente entre los currículos de las universidades y los servicios de salud. Tal como lo describe Desviat (2011), existe «una capacitación ajena o como mínimo distante de las necesidades de las poblaciones y una investigación que no está encaminada a las poblaciones que la afecta» (p.

---

3. La Universidad Icesi es una institución de educación superior, de carácter privado y sin ánimo de lucro, creada en 1979. Es hoy reconocida en Colombia por su alto nivel académico y excelencia educativa.

4619). La OMS y el Global Forum for Health Research realizaron un estudio en los países en desarrollo «donde se mostró claramente que la investigación y la atención marchan por distintos derroteros» (Desviat, 2011, p. 4619). A través del CAPsi entonces se pretende, que las preguntas investigativas surjan de la misma experiencia clínica y que los hallazgos investigativos tengan directa aplicación en la práctica clínica cotidiana. Se trata entonces de promover una articulación orgánica entre práctica e investigación, recuperando tanto los indicadores clínicos y diagnósticos, así como los modos de escucha e interpretación inspirados en la clínica clásica. En la práctica cotidiana esto se logra a través de un registro riguroso de los datos socio-económicos de los consultantes, la sistematización de cada una de las sesiones de consulta y el procesamiento de la información acudiendo a herramientas de análisis tanto cuantitativas como cualitativas. Para promover los procesos investigativos a partir de la experiencia de atención en el Consultorio, se han creado semilleros de investigación donde participan estudiantes de psicología, específicamente en lo que concierne a las preguntas propiamente clínicas y terapéuticas, así como estudiantes de sociología, antropología y derecho para trabajar cuestiones socio-económicas y demográficas, etno-culturales, y aspectos relacionados con los derechos humanos, respectivamente.

En lo relativo a la formación clínica, el CAPsi se ha concebido desde sus inicios como un laboratorio de aprendizaje experiencial, donde los estudiantes de último año de psicología se enfrentan directamente a las demandas de los consultantes provenientes de los sectores menos favorecidos de la ciudad y municipios aledaños. La práctica clínica de los estudiantes es supervisada individualmente y semanalmente por psicólogos clínicos con mayor trayectoria con el doble propósito de velar por la calidad de la atención y acompañar el proceso formativo. La formación clínica de los estudiantes de psicología de la Universidad Icesi cuyo recorrido curricular culmina con la posibilidad de práctica en el CAPsi, se fundamenta en una serie de principios que se explicitan a continuación y que parten del reconocimiento de: (i) la centralidad de lo clínico, como *práctica de escucha del otro*, en la formación de los psicólogos; (ii) la importancia de una *postura ética* en relación al acto clínico; (iii) la apuesta por la *subjetividad* y el *lazo social* situada siempre en un contexto histórico-cultural.

La formulación de los siguientes principios orientadores constituye un fundamento ético, teórico y epistemológico para la formación y práctica clínica que se lleva a cabo en el CAPsi:<sup>4</sup>

- En medio de la diversidad de terapéuticas en el campo de la salud mental en la actualidad, que van desde la oferta farmacéutica promovida por la psiquiatría biológica hasta las terapias alternativas, homeopáticas y espiritualistas, consideramos que el psicólogo sigue teniendo un lugar privilegiado en nuestras sociedades cuando se trata de abordar el malestar subjetivo a través de *la escucha y la palabra*.
- Lo anterior implica necesariamente preguntarse por la posición subjetiva y ética del psicólogo clínico, evidenciando que su trabajo y los efectos que sus palabras y sus actos tendrán en el sujeto que le formula una demanda, pasan necesariamente por *su subjetividad*. El psicólogo que interviene clínicamente debe estar advertido del poder que tienen las palabras y los actos que desde su posición se enuncian; de estos él/ella tendrá que hacerse responsable. Tal como lo plantea Miller (2003) «no hay clínica sin ética».
- Considerando que la subjetividad en el campo de la psicología clínica no es una mera variable sino que constituye el eje de la intervención, la formación permanente del clínico debe articularse en torno a tres dimensiones: la *dimensión ética* (la posición del psicólogo), la *dimensión teórica* (su comprensión de la subjetividad y del malestar psíquico) y la *dimensión práctica* (el método de psicodiagnóstico y la dirección de un tratamiento).
- Entendemos la clínica psicológica ante todo como una *praxis*. Es una práctica que responde a una demanda de un sujeto que sufre y se dirige a un psicólogo en búsqueda de una salida de su malestar. Sin la formulación de una demanda no hay clínica. Esto excluiría de lo clínico cualquier intervención que se realice con un individuo o un grupo basada en una suposición de malestar atribuida *a priori* desde el lado del psicólogo o de la institución donde este labora.
- La respuesta que proporciona el psicólogo a la *demanda clínica* que un sujeto le dirige dependerá de la lectura y la interpretación de la demanda. Por ello, el psicólogo debe contar con un marco interpretativo sobre la subjetividad y sobre el malestar psíquico. Desde esta perspectiva, no es posible intervenir clínicamente sin situarse en una concepción epistémica.
- La noción de *subjetividad* que se propone aquí implica el abordaje de los sujetos en su singularidad, sabiendo que la realidad psíquica y la realidad social están estrechamente

---

4. A lo largo de este ejercicio nos orientamos por algunas referencias contemporáneas del psicoanálisis aplicado a la terapéutica y a la re-inserción social, en la vertiente trazada desde lo que se ha denominado «la política y la acción lacaniana» (Miller, 2003, 2004; Laurent, 2006).

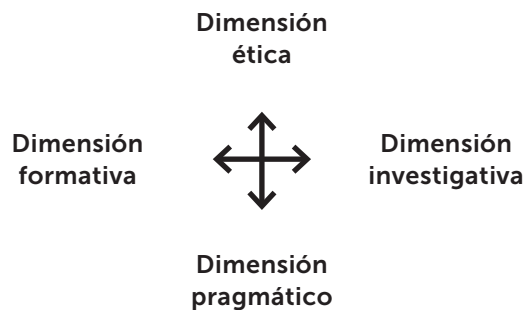
vinculadas hasta tal punto que sería superfluo tratar de diferenciarlas. Esta noción de subjetividad va más allá de la tradicional dicotomía individuo-sociedad, aproximándose al malestar del sujeto en relación con los contextos y significados sociales que lo han constituido y lo constituyen. El abordaje de la singularidad incluye la posibilidad de realizar intervenciones grupales, siempre y cuando la subjetividad no quede eclipsada por la identidad del colectivo.

- De la misma manera que la subjetividad solo puede ser abordada en relación con un *registro social-simbólico* (mundo de lenguaje), el sufrimiento psíquico, tampoco puede comprenderse aquí sin la referencia a las coordenadas de la cultura donde este sujeto se desenvuelve. En otras palabras, el síntoma de un sujeto es entendido como una construcción singular frente al malestar que se vive en el lazo social. El sufrimiento del sujeto remite siempre a una dificultad en la relación con el Otro, llámese desinserción, exclusión, precarización del lazo social. Desde nuestra perspectiva, el síntoma y el lazo social son indisolubles. Más que buscar la restitución de los lazos sociales previos, la clínica que aboga por la singularidad y la libertad subjetiva, apunta a la reinención de nuevos lazos, «lazos menos cargados de pathos» en palabras de Laurent (2006).
- Al tomar partido por la subjetividad y al desciframiento de los síntomas con base en la *historia singular situada en un contexto social*, nuestra orientación clínica se posiciona de manera crítica frente a la reducción de lo clínico a un conjunto de técnicas de adiestramiento adaptativo, al silenciamiento producido por el uso generalizado de los psicofármacos y a las prácticas estigmatizantes que resultan de la medicalización de la vida. Nuestra propuesta de intervención clínica apunta prioritariamente a la reinserción y a la inclusión social, a través de la identificación y potencialización de los recursos subjetivos y las redes de apoyo socio-comunitarias de los sujetos que consultan (Galende, 2008).
- En lo que concierne al método y la técnica en la clínica, nos distanciamos de la protocolización y estandarización de un tratamiento, para priorizar en su lugar el despliegue de una *escucha desprejuiciada* y alejada del ideal de vida de la persona del terapeuta. Una escucha que esté atenta a lo nuevo, lo sorprendente, lo impredecible que constituye la singularidad de un sujeto (Laurent, 2006). Una escucha que surja de una posición de no-saber y que permita al sujeto sufriente construir sus propias respuestas. Si bien esta perspectiva es crítica de los rótulos y etiquetas diagnósticas con base en los manuales basados en un *checklist* de signos y síntomas (tipo DSM), se reconoce la utilidad y necesidad del arte del diagnóstico como *acto clínico*, que debe surgir del *juicio clínico* necesariamente basado en un *saber clínico*, y cuyo fin único es orientar una intervención (Miller, 2003). Nos alejamos de toda concepción de diagnóstico automático, precipitado y estigmatizante; en su lugar optamos por favorecer un trabajo responsable y riguroso sobre hipótesis diagnósticas que siempre serán objeto de discusión y debate en el marco de una postura epistémica.

Los principios anteriormente descritos se cristalizan en una serie de prácticas institucionales articuladas que se despliegan cotidianamente en el CAPsi y que pueden resumirse en el siguiente esquema o modelo de intervención:<sup>5</sup>

### **Figura 01**

Modelo clínico comunitario-CAPsi



#### **Dimensión ética**

Por la responsabilidad social que implica el trabajo clínico, es necesario supervisar la forma cómo se conduce un caso, los efectos que la intervención del psicólogo tiene en el consultante, posibilitando la identificación honesta de errores y la rectificación de la posición subjetiva del psicólogo cuando esta última obstaculiza la conducción de un proceso.

#### **Dimensión pragmática**

En la terapéutica se trata de apuntar a la responsabilidad subjetiva del consultante, evitando que este quede eclipsado por demandas colectivas que lo fijan a posiciones victimizantes; la identificación de recursos subjetivos e invenciones propias del consultante que le permiten arreglárselas frente al malestar social o familiar; y la identificación de recursos comunitarios que contribuyan a la reinserción social del consultante (redes de remisión, interconsulta con instituciones jurídicas, vínculos con colectivos e instituciones de proximidad).

5. El término modelo no implica necesariamente que se trata de una propuesta acabada; por el contrario, esta forma de funcionamiento es revisada y discutida permanentemente, en una política de reflexión, evaluación y mejoramiento continuo.

**La dimensión formativa**

La supervisión es central para la formación clínica. Esta es definida como un espacio dialógico de aprendizaje donde el practicante narra los aspectos que considera relevantes de las sesiones atendidas y el supervisor escucha atentamente, enfocando su atención en tres aspectos: la posición subjetiva del practicante; las intervenciones realizadas por este y sus efectos, así como los aspectos relativos al caso; orientar una escucha de la singularidad del caso.

**La dimensión investigativa**

Se proponen espacios académicos donde se revisan y revisitan los referentes conceptuales que pueden servir para orientar el trabajo sobre los casos clínicos. Se trata de ubicar referentes conceptuales y promover el vínculo entre la praxis y la teoría en lo que atañe a la psicopatología, el diagnóstico diferencial, la relación terapéutica y la conexión con otros saberes.

Finalmente, con respecto al proceso de atención que siguen los consultantes que acuden al Consultorio, este se puede describir en términos generales como un proceso terapéutico breve o de corta duración, con una regularidad de un encuentro semanal, cuyos efectos se evalúan en supervisión en la sexta o séptima sesión, para tomar una decisión con respecto a la continuación, cierre o derivación a otros servicios especializados en salud o a centros comunitarios de capacitación en oficios, oficinas de reinserción laboral, actividades deportivas y recreativas u otros. Los procesos terapéuticos son conducidos por los practicantes de psicología, quienes tienen a su cargo los consultantes designados en una sesión de revista grupal de primeras citas que se realiza semanalmente. Las primeras citas son atendidas sin excepción por una psicóloga graduada, con experiencia clínica, capaz de realizar una primera entrevista donde se provee información clara sobre el proceso, se firma un consentimiento informado, y se indaga sobre el motivo de consulta a fin de realizar un «triage» inicial de los casos para su asignación a los practicantes o a psicólogos graduados en caso de mayor complejidad o, cuando el caso lo exija, hacer una derivación externa oportuna y dirigida. Aproximadamente tres meses después de finalizado o interrumpido un proceso se realiza una llamada de seguimiento donde se hace una corta entrevista para evaluar la percepción de los consultantes sobre la atención que recibieron en el Consultorio. A lo largo del proceso de atención, cabe resaltar como los momentos más importantes, la primera entrevista y su

posterior discusión en una sesión de «triage» semanal con el equipo completo, así como las sesiones de supervisión individual semanal de los practicantes. Asimismo se ha determinado, con el propósito de salvaguardar el dispositivo en su triple propósito asistencial, de formación e investigación, que la atención a consultantes se realice medio tiempo, cinco días a la semana, lo que permite destinar la misma porción de tiempo a las labores de registro, sistematización, discusión, supervisión e investigación. El equipo permanente que conforma el CAPsi a lo largo de sus primeros dos años de funcionamiento está compuesto por una psicóloga de planta, dos practicantes de último año de la carrera de psicología con una rotación semestral o anual, tres supervisoras clínicas y una directora académica. Monitores de investigación, estudiantes en tesis de grado y voluntarios (estudiantes y egresados) trabajan de forma temporal en el CAPsi de acuerdo a las necesidades y proyectos en curso.

### **Algunos datos sobre la experiencia de atención psicológica en el CAPsi (2014-2015)**

Desde que el CAPsi inició la atención al público en enero de 2014 hasta la fecha en que se procesaron los últimos registros en la base de datos –mediados de diciembre de 2015– se han atendido 369 casos. Esto incluye consultantes que asistieron a una primera cita y no siguieron el proceso, aquellos que hicieron un proceso hasta el cierre o la derivación, así como los consultantes que por diversos motivos interrumpieron el proceso. A través del diligenciamiento en la primera cita de una ficha que recoge información socio-económica de los consultantes, se cuenta con datos que permiten dar cuenta de la recepción e impacto del dispositivo en la ciudad. A continuación se presentan aquellos que se consideran más relevantes.

#### **¿Cómo llegan los consultantes al CAPsi?**

Con respecto a la forma como se enteran de los servicios del Consultorio, se destacan los siguientes medios: Remisión de instituciones educativas, del Consultorio Jurídico y de otras instituciones públicas como la Personería

y Defensoría Municipal, la Unidad de Atención a Víctimas del conflicto, Cajas de Compensación, página web y referencia personal. Cabe subrayar que durante el primer semestre de funcionamiento del CAPsi, el 40% de los consultantes llegaron por los avisos publicados en prensa; a finales del 2015 este porcentaje disminuyó a 12%, evidenciándose, por otro lado, un aumento significativo en las remisiones por referencia personal 21%, de instituciones educativas 19% y del Consultorio Jurídico 16%; el porcentaje restante corresponde a remisiones de otras instituciones públicas. En este sentido, hay dos aspectos que vale la pena analizar con miras a una mejor comprensión del funcionamiento del dispositivo de atención en la ciudad. En primer lugar, el importante incremento de la referenciación personal puede interpretarse como un indicador de la acogida del dispositivo por parte de la población objetivo; a partir de este indicador, el cual ha redundado en un aumento significativo de la demanda más allá de las posibilidades de atención, se ha tomado la decisión de no publicitar los servicios del Consultorio en la prensa. Asimismo un aumento progresivo y constante tanto en el número de remisiones de instituciones escolares como del número de instituciones que remiten, puede analizarse en relación a uno de los motivos de consulta que más se acoge en el CAPsi: los problemas de aprendizaje y convivencia escolar.

### **¿De qué sectores, comunas de la ciudad y estrato socio-económico provienen los consultantes?**

Por razones de clasificación y para facilitar el análisis de la información recogida, se han agrupado por sectores las 22 diferentes comunas de la ciudad de Santiago de Cali, estableciendo 6 categorías (Tabla 1).



## Tabla 01

Categorización de los sectores de la ciudad de Cali

Sector	Comunas de Santiago de Cali
Oriente (Distrito de Aguablanca)	7, 13, 14, 15, 16, 17, 21
Centro	3,4, 8, 9, 10, 11, 12
Occidente (Laderas de la cordillera Occidental)	1, 18, 19, 20, 22
Norte	2, 4, 5, 6
Municipios aledaños	Jamundí, Yumbo, El Carmen, Palmira, Santander de Quilichao.

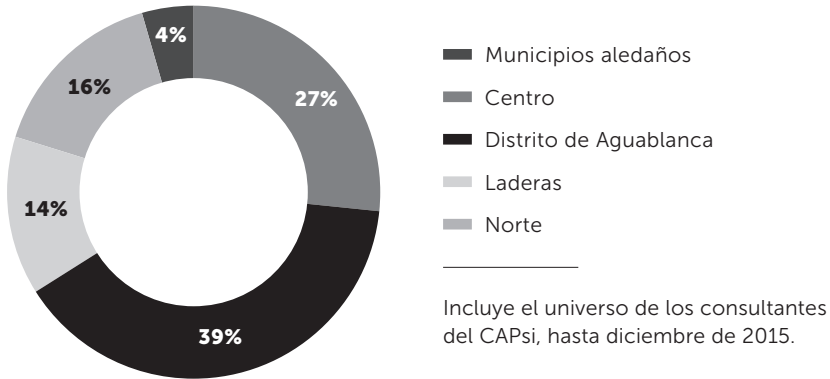
Fuente: CAPsi-Icesi, 2015

Con respecto a la proveniencia de los consultantes por sector de la ciudad, vale la pena resaltar que el porcentaje de personas que residen en el oriente de la ciudad, en las comunas que conforman el Distrito de Aguablanca ha ido en aumento: de 31% en el 2014 a un 39% en el 2015. Asimismo, se constata la proveniencia de consultantes de todos los sectores de la ciudad, incluyendo municipios aledaños evidenciando la carencia de servicios de atención primaria de proximidad que acojan estas demandas. El porcentaje significativamente inferior de consultantes provenientes del sector que hemos denominado Laderas, puede explicarse por la existencia de una red de salud de proximidad que opera en el sector, así como a un número importante de organizaciones no gubernamentales que ofrecen programas de asistencia social en estas comunas, sin mencionar el nivel más alto de organización comunitaria y de redes de apoyo que funcionan en dicho sector, particularmente en las comunas 18 y 20.

En relación con la proveniencia de los consultantes por estrato socio-económico, vale la pena recordar que la condición de acceso al servicio gratuito del CAPsi es demostrar, a través de la factura de servicios públicos, que se reside en un barrio catalogado en los estratos 1, 2 o 3, y dar fe de ingresos inferiores a dos salarios mínimos por unidad familiar. Se ha hecho excepciones a esta

### Gráfica 01

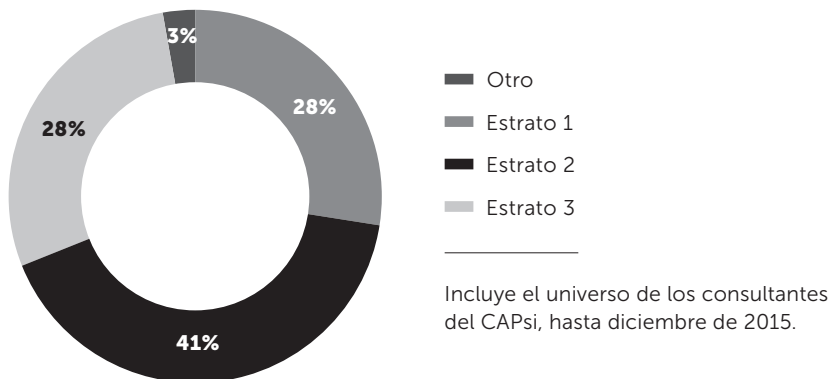
Sector de proveniencia de los consultantes del CAPsi



Fuente: CAPsi-Icesi

### Gráfica 02

Proveniencia de los consultantes del CAPsi por estrato socio-económico



Fuente: CAPsi-Icesi, 2015

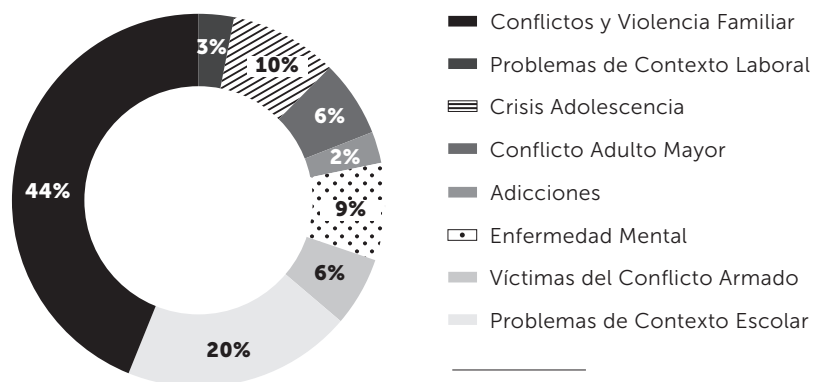
norma de acceso al servicio en caso de personas, que aun perteneciendo a estratos superiores, tienen condiciones de vulnerabilidad, en particular aquellos que sufren de enfermedades mentales graves.

### ¿Cuáles son los motivos de consulta?

La clasificación de las problemáticas que manifiestan los consultantes evidencia que los conflictos familiares y lo que hemos llamado problemas en el contexto escolar, constituyen el grueso de la demanda que se presenta al CAPsi. Las problemáticas ligadas a las relaciones de pareja, como lo son las separaciones conflictivas, las discordias en torno a las custodias y cuotas alimentarias, así como la violencia conyugal, familiar y dificultades de crianza en parejas jóvenes son algunos de los motivos más comunes. En cuanto a las remisiones escolares, usualmente realizadas por maestras o coordinadoras académicas de instituciones educativas públicas, conciernen problemas de disciplina, de acatamiento de normas, de matoneo y violencia entre pares, particularmente durante la pubertad, así como consumos adictivos, autoagresiones y depresiones en la adolescencia. Los motivos del consulta referenciados dan cuenta también de un porcentaje muy bajo de problemas relacionados con el consumo adictivo de sustancias psicoactivas en una ciudad donde los datos epidemiológicos revelan cifras más alarmantes. Esto se puede explicar por la existencia en la ciudad de instituciones y fundaciones que ofrecen tratamientos específicos de desintoxicación en dispositivos de internación. De igual forma, se encuentra que los adultos mayores que consultan en el CAPsi presentan problemáticas comunes relacionadas con el abandono, desamparo y soledad, particularmente de mujeres que han envejecido y que tienen situaciones económicas precarias y lazos familiares muy frágiles. El dispositivo de escucha y de reconstrucción de lazos que ofrece el CAPsi, ha demostrado ser efectivo en estos casos, en la medida que se logra revincular a estas personas con actividades productivas y de ocio a través de las redes comunitarias, en lugar de redireccionar estos casos a dispositivos sanitarios donde tienden a ser diagnosticados con depresión y tratados con psicofármacos.

### Gráfica 03

Motivos de consulta en el CAPsi



Incluye el universo de los consultantes del CAPsi, hasta diciembre de 2015.

Fuente: CAPsi-Icesi, 2015

Finalmente, un dato que ha resultado de gran interés en el marco de nuestros procesos tanto formativos como investigativos, es el porcentaje importante de consultantes cuyas problemáticas hemos categorizado en la gráfica como «enfermedad mental», que está compuesto por personas que padecen de psicosis y que consultan al CAPsi en una fase de estabilización de su condición, pero que perciben que se avecina una crisis y buscan una alternativa a los dispositivos de internación y de medicalización. Aunque inicialmente no se esperaba que llegase un número significativo de estos casos al Consultorio, un análisis del contexto local en lo que respecta a una carencia de dispositivos extra-hospitalarios o de proximidad para la rehabilitación de enfermos mentales, más allá de una fase aguda, permite explicar esta tendencia. Fue a partir de una serie de preguntas sobre los casos de psicosis, que se formuló un proyecto de investigación, el primero del CAPsi formalmente establecido, sobre los alcances y limitaciones de un dispositivo de atención primaria basado en la escucha para la atención y rehabilitación de pacientes con psicosis. A continuación se presentan algunas reflexiones a partir de los hallazgos clínico-investigativos.

## Las psicosis en la atención primaria: reflexiones a partir de la experiencia del CAPsi

Referirnos a una categoría como la psicosis en la clínica que se lleva a cabo en el Consultorio supone de entrada que estamos asumiendo una postura acerca del modo como abordamos el psicodiagnóstico. Como ya se mencionó anteriormente, en el modelo clínico del CAPsi se asume el diagnóstico como una pregunta o hipótesis de investigación, que es objeto de discusión de la información que se extrae del caso a partir de una escucha muy atenta a la luz necesariamente de un marco epistémico. Considerando que los manuales clasificatorios, de tipo DSM y CIE, comúnmente utilizados en los dispensarios donde se atienden pacientes con padecimientos mentales, se presentan como ateóricos y en esa medida han perdido su valor orientador y diferenciador en la clínica (Laurent, 2014; Desviat, 2013), hemos optado por no tenerlos como la principal herramienta de trabajo. Más allá de un furor puramente descriptivo y clasificatorio, lo que interesa a la hora de iniciar un proceso clínico, es tener alguna noción de la condición psíquica y funcionalidad del consultante a fin de establecer una terapéutica adecuada.<sup>6</sup> En este sentido hemos encontrado de indiscutible utilidad al momento de discernir y diferenciar condiciones mentales en el dispositivo CAPsi, la teoría y la clínica de las psicosis del psiquiatra y psicoanalista francés Jacques Lacan.

Quizás en este punto sea prudente recordar que Lacan se formó como médico-psiquiatra en la época más fecunda de la disciplina psiquiátrica en Europa. En su tesis de doctorado sobre la psicosis paranoica, donde desarrolla el célebre caso «Aimée», no solo se reconocen las referencias a los grandes psiquiatras de su tiempo y sus maestros, sino que expone una teoría original en la que retoma conceptos psicoanalíticos, tales como el superyó y el narcisismo, para sostener su hipótesis sobre la auto-punición (Lacan, 1932). Se afirma entonces con razón que Lacan hace su entrada en el psicoanálisis por vía de la clínica de la psicosis, tema que Freud había tratado en su importante teorización apenas en algunos textos, que distan de ser menores por cierto, para insinuar al final de su obra

---

6. Desde nuestro punto de vista, el diagnóstico tiene ante todo una función de orientación en la dirección de un tratamiento. Tenemos como principal referencia la etimología de la palabra «diagnóstico» (del griego *diagnosis*) que significa la capacidad de discernir, distinguir o reconocer.

que el método psicoanalítico demostraba ser poco eficaz en la terapéutica de dichos pacientes. Será después de Freud que otros psicoanalistas, principalmente Melanie Klein en Inglaterra y Lacan en Francia, avanzarán en el desarrollo de una teoría y clínica psicoanalítica de las psicosis. Como mi propósito en este texto es referirme al uso de ciertas categorías lacanianas que resultan ser de gran utilidad en el psicodiagnóstico, no será este el lugar para abordar más a fondo la complejidad y la profundidad de estos desarrollos conceptuales. Me excuso de antemano si lo que sigue a continuación presenta los rasgos de una suerte de síntesis producto de un esfuerzo de pragmatismo.

### La cuestión del diagnóstico y los fenómenos elementales en la clínica de la psicosis

En el marco de la clínica estructural, la cual considera tres grandes categorías diagnósticas –neurosis, psicosis y perversión–, Lacan sitúa respectivamente la represión, forclusión y renegación como los mecanismos psíquicos que determinarían la posición subjetiva resultante de la tramitación de la metáfora paterna.<sup>7</sup> Si tenemos como referente la clínica estructural se trata entonces de contar con algunos indicios para delimitar un fenómeno mínimo o elemental a través del cual pueda verificarse una estructura. Los llamados «fenómenos elementales» tienen un lugar central en la clínica de las psicosis de Lacan, constituyéndose en un desarrollo conceptual «fruto de la herencia de debates centenarios tanto en la psiquiatría francófona y germanófona de las que no es nada inútil retener un cierto número de enseñanzas» (Sauvagnat, citado por Mazzuca, 2012a). El concepto de «fenómeno elemental» es importante en la clínica diferencial de las neurosis y las psicosis porque pone en juego la especificidad de cada una de las estructuras; es un concepto que acopla la teoría –definición de una estructura clínica–, con los fenómenos singulares que se presentan en la experiencia (Mazzuca, 2012a). Aunque Lacan siempre se refirió

---

7. En su teoría estructuralista, Lacan introduce lo simbólico –el lenguaje, la metáfora paterna– como la potencia que establece el orden, la jerarquía, la constancia y que estabiliza el mundo hasta el momento imaginario movedido. Lacan condensa esta lógica ordenadora de lo simbólico, con el significante Nombre del Padre. Cuando se dice que un elemento funciona como Nombre del Padre para el sujeto quiere decir que éste elemento es el principio que ordena su mundo. En la clínica estructural, se dice que cuando no ha operado el Nombre del Padre para el sujeto, hay psicosis (Lacan, 1957-58).

a los «fenómenos elementales» en relación a las psicosis, recientemente se ha propuesto que dicho concepto se generalice en la clínica en la medida que contribuye a esclarecer los ejercicios diagnósticos (Miller, 2014). En las neurosis, lo sabemos por Freud, el retorno de lo reprimido se demuestra fehacientemente en las formaciones del inconsciente, como lo son los sueños, lapsus, chistes, actos fallidos y manifestaciones sintomáticas. Entonces podría decirse que el fenómeno mínimo o elemental que caracteriza una neurosis es una manifestación que dé cuenta del retorno de lo reprimido, lo cual permite realizar un diagnóstico diferencial. Trabajar con el concepto de «fenómenos elementales» en la clínica de las psicosis tiene un valor especial en el caso de las estructuras psicóticas que no han desencadenado, es decir que no han presentado una crisis o episodio psicótico y que por lo tanto no es claramente manifiesto que se trate de una psicosis.

Vale la pena aclarar que desde este marco epistémico, cuando se habla de psicosis se está considerando que se trata de una estructura que da cuenta de una posición subjetiva, así no se haya presentado un episodio caracterizado por las manifestaciones extraordinarias propias de la psicosis, como lo son principalmente el delirio y las alucinaciones. En este marco se considera como categoría la «psicosis ordinaria» para nombrar aquellos casos en un principio «inclasificables», con una psicosis «disimulada», «velada» o «no desencadenada» (Miller, 2010):

¿Qué intentamos captar hablando de la psicosis ordinaria? Es decir, cuando la psicosis no va de suyo, cuando no tiene el aspecto de ser una neurosis, cuando no tiene la firma de la neurosis ni la estabilidad ni la consistencia ni la repetición de la neurosis. Una neurosis es algo estable, una formación estable. Cuando ustedes no comprueban —es también una prueba para el clínico— que tienen los elementos bien definidos, bien recortados de la neurosis, la repetición constante y regular de lo mismo, y cuando no tienen claros fenómenos de psicosis extraordinaria, entonces llegan a decir que es una psicosis, aunque no sea manifiesta sino, por el contrario, disimulada. Deben entonces darse a la búsqueda de pequeños índices. Es una clínica muy delicada. A menudo es una cuestión de intensidad. Una cuestión de más o menos. Eso los orienta hacia lo que Lacan llama «un desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto» (Lacan, 1957-58, p. 224). Es la frase sobre la cual insisto desde hace años en mis cursos y en las discusiones con mis colegas [...] (Miller, 2010, p. 17).

Se trata entonces de tener en cuenta casos que aunque no han presentado los rasgos distintivos de lo que se ha denominado en psiquiatría psicosis paranoide o esquizofrenia con sus múltiples apellidos, presentan pequeños indicios clíni-

cos, llamados aquí «fenómenos elementales», que dan cuenta de una estructura psicótica y que podrían pasar desapercibidos para un clínico que se oriente únicamente por un manual basado en un *check-list* de síntomas y signos. Entonces los fenómenos elementales en el marco de la clínica de las psicosis, pueden también denominarse, *fenómenos iniciales* –en oposición a tardíos–, o *fenómenos primarios* –en oposición a secundarios–. También se habla de dichos fenómenos como indicadores clínicos en una «pre-psicosis» (Mazzuca, 2012a).

Una de las referencias más destacadas en el desarrollo de la noción de «fenómenos elementales» es el psiquiatra francés Gaëtan Gatian de Clérambault, a quien Lacan reconoció como su gran maestro en psiquiatría. El concepto de «automatismo mental» propuesto por aquel, al lado de su «pasión del detalle clínico» (Dewambrechies-La Sagna, 2013, p.1) de la que dio cuenta a lo largo de su rica experiencia institucional adquieren valor de brújula en la clínica lacaniana de las psicosis. El estudio de lo que denominó psicosis basadas en el automatismo, entre las que se encuentra la psicosis alucinatoria crónica, le permitió a Clérambault situar un fenómeno inicial que preceden, en mucho tiempo, a la formación delirante (Mazzuca, 2012a). Anteriormente se relacionaban este tipo de fenómenos con las alucinaciones, motivo por el cual para construir su definición de «automatismo mental», este autor clásico introduce una distinción dentro del campo de los fenómenos alucinatorios:

Entiendo por automatismo mental los fenómenos clásicos: anticipación del pensamiento, enunciación de los actos, impulsiones verbales, tendencias hacia fenómenos psicomotores [...] los pongo en oposición a las alucinaciones auditivas, es decir, a las voces a la vez objetivadas, individualizadas y temáticas; los opongo también a las alucinaciones psicomotrices caracterizadas; en efecto, estos dos tipos de voces, las auditivas y las motrices, son tardías respecto de los fenómenos más arriba mencionados (Clérambault, 1926, p. 95).

Establece así los rasgos que caracterizan esencialmente los fenómenos de automatismo mental: carecen de tonalidad afectiva, son atemáticos, anidéicos o no sensoriales, y son «iniciales en el curso de una psicosis» (Clérambault, 1926, p. 96). En términos generales, afirma que tienen un carácter mecánico y carecen de sentido y significación. Sin pretender entrar en la riquísima taxonomía y fenomenología que este psiquiatra desarrolla sobre los fenómenos de automatismo mental, destaco aquí una característica esencial de los fenómenos



iniciales o de pequeño automatismo, en oposición a los de gran automatismo, y es que el sujeto los experimenta como si fuesen ajenos, autónomos, independientes y fuera de su control, distinguiéndose de los fenómenos llamados de influencia, en los cuales el sujeto cree que le son impuestos por una instancia externa y que constituyen un fenómeno de gran automatismo que caracteriza una psicosis ya desencadenada. Algunos ejemplos son la sustitución del pensamiento, juegos verbales (fenómenos positivos) y vacío o detenciones del pensamiento (fenómeno negativo); también hay fenómenos en el registro de lo sensitivo, como las sensaciones cenestésicas o automatismos motores, en los que el sujeto se siente impulsado a hacer un movimiento simple o complejo, como lo que se denomina vagabundeo, cuando el sujeto sale a caminar sin rumbo y sin propósito (Mazzuca, 2012a).

Es en su *Seminario 3* sobre las psicosis que Lacan (1953-54) va a proponer los fenómenos elementales, retomando la noción de automatismo mental de Clérambault, y repensándola a la luz de las concepciones sobre la paranoia desarrolladas en su tesis doctoral en la cual se basa en los aportes de la psiquiatría alemana, en particular de Jaspers. Los «fenómenos elementales» de la paranoia propuestos por Lacan, a diferencia de aquellos del «automatismo mental» descritos por Clérambault como anidéticos, se producen en el registro del significado y tienen que ver ante todo con una vivencia de transformación del mundo. Es una experiencia de extrañamiento que ocurre previamente o en el momento de un desencadenamiento, en la que de manera repentina los significados que daban sentido al sujeto pierden validez sin ser remplazados por otros inmediatamente. Surge entonces un vacío de significación, una experiencia enigmática, que en algunos casos se acompaña de un estado de inquietud o de perplejidad (Mazzuca, 2012a). Quizá el ejemplo más claro para dar cuenta de dicho fenómeno puede tomarse del caso «Aimée» que Lacan describe con detalle en su tesis, en el cual el comienzo del episodio psicótico aparece marcado por un cambio abrupto en el ambiente familiar: «Durante todo el tiempo que amamantaba –dice la paciente– todo el mundo estaba cambiando alrededor de mí [...] Me parecía que mi marido y yo nos habíamos convertido en extraños el uno para el otro» (Lacan, 1932, p.189). Se nota claramente que en esta afirmación aún no hay nada del orden de un delirio, sino más bien de un fenómeno sutil de extrañeza enigmática que llama una respuesta que pueda responder a dicho interrogante. Pero el aporte mayor de

su tesis será la delimitación original que hará del fenómeno de interpretación delirante, el cual sucede el momento enigmático del fenómeno elemental, y que define como un acto intuitivo, instantáneo en el que se presenta de forma inmediata la nueva significación. En el caso «Aimée», sería el modo en el que de repente surge lo que constituirá el núcleo de su construcción delirante posterior y que se resume en: «quieren matar a mi hijo». Esto constituye una respuesta al momento enigmático, otorgando un significado estabilizador de la intención del Otro. Posteriormente vendrá la sistematización del delirio de persecución, donde lee los signos de su cotidianidad en función de la respuesta «quieren la muerte de mi hijo», lo que la conducirá al pasaje al acto homicida que comete en contra de la famosa actriz de quien estaba segura que había amenazado la vida de su hijo.

En su elaboración conceptual sobre las psicosis, Lacan también retoma y reelabora de la psiquiatría clásica los llamados fenómenos de significación personal, al lado de los fenómenos enigmáticos, de extrañeza, de *déjà-vu* y de perplejidad. La significación personal se refiere a la certeza que puede tener un sujeto de que algo cobra significado, y está seguro que esto le concierne particular y decisivamente a él. En lo que respecta al valor diagnóstico y clínico de los fenómenos elementales, tal como son propuestos por Lacan es que son específicos de la estructura de la psicosis, se presentan como iniciales y primarios, es decir previos o en el momento del desencadenamiento de un episodio psicótico caracterizado ya por grandes fenómenos notorios como un delirio sistematizado o un pasaje al acto, y se presentan de forma sutil e idiosincrática resumiendo en conjunto la problemática delirante que se manifestará ulteriormente (Mazzuca, 2012b).

La elaboración lacaniana de las psicosis ha continuado su desarrollo hasta nuestros días a través del trabajo clínico de numerosos psicoanalistas. La noción de los fenómenos elementales, por ser un referente fundamental a la hora del psicodiagnóstico ha seguido enriqueciéndose. Miller (2003, 2014) ha demarcado con una claridad remarcable tres categorías de fenómenos elementales que deben tenerse en cuenta en el psicodiagnóstico y en el diagnóstico diferencial.

En primer lugar se refiere a los fenómenos de automatismo mental, tal como son descritos por Clérambault, y que pueden resumirse en una experiencia subjetiva de perplejidad, de extrañeza inefable, de vacío de significación y de sentido, de palabras impuestas. Por ejemplo, una paciente que dice «cuando

me di cuenta, tenía el cuchillo en la mano, no recuerdo como llegué allí» (Caso A del CAPsi). Otro caso, un joven que sufre de una melancolía actualmente, describe los momentos previos a su crisis: «Todos en la clase sabían lo que me pasaba, sabían todo, se me blanqueó la mente, fue como un relámpago...» (Caso J del CAPsi). Una característica notoria que presentan estos fenómenos es que cuando se le pregunta al sujeto por dichos momentos, hay una imposibilidad de encadenar esa experiencia con un significado que le otorgue un sentido; es como si se toparan con un límite en la posibilidad de narrar y de historizar a partir de dicha experiencia.

En segundo lugar, Miller (2003) delimita los fenómenos que conciernen al cuerpo, como lo son las experiencias de fragmentación corporal, de extrañeza o de separación con relación al propio cuerpo y de alucinaciones cenestésicas. Algunos ejemplos de casos clínicos: «siento que se me desprende la cabeza» (Caso de presentación de enfermos en el Hospital de Clamart en Francia), «mi estómago tiene una voz que me habla» (Caso descrito en Miller, 1999), «tengo la sensación de que todo mi cuerpo es atraído hacia el piso por una fuerza rara que atraviesa la suela de mis zapatos y reduce mi estatura de manera extraña» (Caso descrito en Miller, 1999), «recibí una paliza, no sentí nada, observaba desde lejos como me daban golpes» (Caso G del CAPsi). Los fenómenos ligados al cuerpo usualmente se presentan en los casos de esquizofrenia.

En tercer lugar, este autor (2003) se refiere a los fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad y que son experimentados por el sujeto como un testimonio de una revelación y de certeza, expresiones de sentido o de significación personal. Por ejemplo: «Quieren matar a mi hijo» en el caso Aimée; «quiero ser un cadáver para alguien; me habría gustado ya estar muerto» (Caso descrito en Miller, 1999); o «un día voy a hacer algo que cambiará todo el sistema y todo el mundo sabrá mi nombre y me recordará», las palabras que le dice el Piloto Lubitz a su compañera unos días antes de estrellar el avión de German Wings, en abril de 2015. Estas afirmaciones de sentido y significación usualmente se presentan en el momento previo o inicial de una construcción delirante o, en el peor de los casos, de un pasaje al acto. Es importante señalar que las psicosis tienen episodios y momentos de desencadenamiento, y en ese sentido captar clínicamente los fenómenos elementales es muy útil, en la medida que dan cuenta del momento preciso de la ruptura de equilibrio de un sujeto. En algunos casos es posible situar un primer momento donde se da el vacío de significación, en

el cual domina la perplejidad o las palabras impuestas, y en un segundo momento ocurre la producción de una significación nueva, la cual usualmente es extraña o bizarra y se presenta como certeza. En el célebre caso del Presidente Schreber retomado por Freud, se ubican estos dos momentos: cuando aún está aparentemente sano, surge en él este pensamiento «que hermoso sería ser una mujer sufriendo el acoplamiento», después vendrá la construcción de un delirio altamente sistematizado y elaborado. En el caso de «Aimée», se ubican también varios momentos: (1) Extrañeza cuando está amamantando. (2) Surge la certeza interpretativa delirante como respuesta al momento de extrañeza «Quieren matar a mi hijo». (3) Construye un delirio de persecución sistematizado. (4) Realiza un pasaje al acto homicida apuñalando a una actriz.

### El diagnóstico y el tratamiento de las psicosis en el CAPsi

Pasado este recorrido por la definición, descripción e ilustración clínica de lo que serían los fenómenos elementales psicóticos, es importante introducir en este punto la relevancia de este concepto en el trabajo del CAPsi. Cuando nos referimos en nuestra categorización a casos de enfermedad mental o de psicosis, se trata de personas que acuden al Consultorio de forma autónoma –nunca en un estado agudo o en una situación de urgencia–, y en cuya presentación inicial –su forma de hablar y de establecer un vínculo con el dispensario y las personas que allí trabajan– exhiben rasgos de vacío, de anomia o de extravío, diferenciándose, a veces sutilmente, del grueso de los consultantes del CAPsi. Desde la primera entrevista, aquella donde se acoge y se interpreta la demanda inicial del consultante, se pueden identificar algunos de los fenómenos elementales que permiten formular hipótesis diagnósticas que orientarán el proceso. Los consultantes, que para nuestros propósitos investigativos y estadísticos, hemos incluido en la categoría de psicosis presentan las siguientes características: (i) todos, excepto los menores de edad, han llegado al dispensario por sus propios medios, sin acompañantes o acudientes, con un nivel aceptable de autonomía y funcionalidad, lo cual indica que se trata de psicosis relativamente estabilizadas o «psicosis ordinarias»; (ii) el 85% de ellos han pasado por tratamientos psiquiátricos (internación y medicación) y manifiestan explícitamente que no desean volver a la institución hospitalaria donde fueron atendidos o internados; el porcentaje restante cuenta con

prescripción psiquiátrica más reciente pero tiene problemas de adherencia a dicho tratamiento; (iii) todos, sin excepción, se encuentran en situación de desinserción laboral o en alto riesgo de desinserción escolar y manifiestan tener relaciones familiares y sociales altamente conflictivas, y en algunos casos se evidencia una ruptura radical en el lazo social; (iv) una importante mayoría exteriorizan desde la primera sesión una necesidad de escucha y de reconocimiento lo que se refleja en una adherencia al dispositivo de escucha que se les propone, y que se traduce en una asistencia puntual a las citas y en una apropiación rápida del espacio que resulta, en la mayoría de los casos, en una prolongación de atención más allá de las seis/siete semanas.

En cuanto al proceso diagnóstico en estos casos donde hemos trabajado con la hipótesis de una psicosis, consideramos que lo más importante es lograr un diagnóstico oportuno, con el fin de evaluar posibles riesgos (de pasaje al acto) y hacer una derivación especializada si es necesario. Por esta razón, estos casos son priorizados a la hora de discutirlos en las sesiones de supervisión. Es en la supervisión que se decide acerca de la conducción del caso, que se analizan los indicios clínicos a la luz de los elementos teóricos y que se examinan concretamente las posibilidades de interconsulta y derivación. Asimismo, optamos por una política de no etiquetamiento, en el sentido de comunicar al consultante el nombre de su padecimiento con un término diagnóstico específico. Se reconoce el malestar subjetivo, su forma singular de manifestación, se dan recomendaciones precisas en muchos casos, pero se evita darle una etiqueta a dicho malestar. En términos concretos, no se le dice a un consultante «usted sufre de psicosis» o «su diagnóstico es esquizofrenia paranoide», ni nada de ese estilo, ya que se considera que la rotulación diagnóstica genera efectos de identificación que obstaculizan el vínculo terapéutico y la dirección de un tratamiento; y en el caso de diagnósticos relacionados con enfermedades mentales más graves, como lo son la esquizofrenia y la psicosis, se abre la puerta a la estigmatización y segregación. Entonces de lo que se trata en lo que denominamos proceso diagnóstico en el CAPsi es de plantear una hipótesis e iniciar una investigación clínica a través de un método indiciario con base en una escucha atenta, caso por caso, sesión por sesión. Aunque en las sesiones solo interviene un practicante psicólogo, lo que llamamos investigación clínica no es un trabajo que se realiza en solitario; siempre es un trabajo de al menos dos, cuando no interviene todo el equipo y se consultan especialistas externos, según la problemática.

Es pertinente aclarar que con el propósito de realizar un diagnóstico oportuno en el CAPSi, hemos considerado de enorme utilidad clínica otro aporte de Miller (2010, 2014) en el desarrollo de lo que él ha denominado la psicosis ordinaria. Analizando lo que Lacan define, en relación con la psicosis, como «un desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto» (Lacan, 1957-58, p. 224) este psicoanalista contemporáneo sostiene:

Ese desorden en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto. «*Sens of life*» se traduce por «sentimiento de la vida» o «cómo viven ustedes su propia vida». Es muy difícil de analizar ese término. Los psiquiatras intentaron delinear ese «sentimiento de la vida». Ellos hablan de síntesis, de sentimiento general del sujeto, de «estar en el mundo». El desorden se sitúa en la manera en que sienten el mundo que los rodea, en la manera en la que sienten su cuerpo y en la manera de referirse a sus propias ideas. Pero, ¿qué hay de ese desorden, dado que los neuróticos también lo sienten? (Miller, 2010, p. 18).

Para responder esta pregunta este autor nos provee algunos elementos que él nombra «una triple externalidad» con relación al mundo: una externalidad social, una externalidad corporal y una externalidad subjetiva. En lo respectivo a la externalidad social en la psicosis, el índice más claro se encuentra en la relación negativa que el sujeto tiene con su identificación social. Cuando se constata que el sujeto es incapaz de asumir su función social: se observa un desamparo misterioso, una errancia, un desajuste o desconexión social. Lo anterior es una identificación social negativa, pero hay también casos que presentan identificaciones sociales positivas, es decir, cuando los sujetos presentan una identificación demasiado fuerte con su trabajo y posición social (Miller, 2010). Es común encontrarse con psicóticos cuya pérdida del trabajo o, por el contrario el nombramiento en un cargo altamente anhelado, como en el caso del Presidente Schreber, desencadenan la psicosis. La segunda externalidad, la corporal, se fundamenta en la concepción psicoanalítica lacaniana con respecto a la relación del sujeto con su cuerpo y que se resume en la frase: el sujeto tiene un cuerpo, no es un cuerpo. Esto implica que la relación del sujeto con su cuerpo es siempre problemática en la medida que no nace con él, sino que debe «hacerse a un cuerpo» a lo largo de su constitución psíquica. En la psicosis se observan fenómenos que dan cuenta de un desajuste o una extranjería más radical con respecto al

cuerpo, como los descritos en las referencias clínicas anteriormente citadas que dan cuenta de fenómenos de fragmentación corporal (partes del cuerpo que cobran autonomía y se separan del conjunto) o literalmente sensaciones de descorporeización y anestesia. Finalmente, lo que Miller (2010) llama la externalidad subjetiva se refiere principalmente a la experiencia del vacío, la vaguedad «de una naturaleza no dialéctica» (p. 19) que se detecta por ejemplo en la imposibilidad de historizar, de ligar un acontecimiento a otro en una lógica cronológica, de construir una narrativa familiar u otra.

Desde que asumimos como una tarea investigativa y clínica la pregunta por el psicodiagnóstico y por un tratamiento posible de las psicosis en el CAPsi, hemos acogido a estos consultantes en el dispositivo, ofreciéndoles un espacio de escucha desprejuiciada y, más importante, procurando palpar el momento de una crisis o desencadenamiento. Partiendo del supuesto de que la psicosis rara vez abarca la totalidad de la vida de un sujeto y que muchos de ellos pueden encontrar lugares, lazos y períodos durables de estabilización, se trata entonces de detectar clínicamente tanto los factores disparadores de las crisis, con el fin de orientar al sujeto hacia la evitación de estos, como los recursos subjetivos y sociales que les proporcionan elementos estabilizadores, para promoverlos y fortalecerlos. Asumimos también, tal como Freud lo concibió, que el delirio es en sí una tentativa de cura que viene a otorgar un sentido en un momento de vacío; es una construcción subjetiva para poder enfrentar un agujero que se impone radicalmente en el sentido de vida de un sujeto. Frente a esto tomamos la recomendación cautelosa de no contradecir un delirio con base en un llamado a un supuesto sentido de realidad objetiva, sin necesariamente alimentar una construcción delirante; por el contrario, buscamos modos que contribuyan al acotamiento del delirio de tal manera que no invada todas las dimensiones de la vida de un sujeto restándole funcionalidad. En esta terapéutica de las psicosis en el CAPsi, hemos encontrado igualmente que la reflexión sobre la posición subjetiva del practicante, terapeuta o psicólogo, es primordial, procurando no devenir un otro persecutorio o excesivamente demandante para los sujetos psicóticos, para quienes, por estructura, el Otro tiende a devenir absoluto. La relativización sutil de las certezas, la evitación de la mirada fija o de preguntas directas en ciertos ámbitos íntimos y la posición de ingenuidad interesada por la novedad, son algunas de las estrategias que utilizamos en el manejo del

vínculo terapéutico. Finalmente, es fundamental aclarar que al no seguir un protocolo estandarizado de tratamiento en el dispositivo CAPsi, por ser una escucha basada en el reconocimiento de la singularidad de los consultantes, trabajamos con el principio de no dar recomendaciones, recetas, consejos ni soluciones sobre la base de que han tenido eficacia terapéutica en otros casos, ya sea del mismo Consultorio o de la literatura. Estamos convencidos de que no hay soluciones estándar, ni respuestas que puedan ser válidas para todos. Por ejemplo, es mucho lo que se ha dicho y escrito sobre el valor estabilizador de la escritura y el arte en los casos de psicosis. Sería ingenuo pensar que esto es aplicable universalmente. Se trata entonces de encontrar caso por caso, de preguntarse por lo que funciona para cada uno, siguiendo las claves y pistas dadas por el mismo sujeto en su decir. Los modos de estabilización, tanto los subjetivos como los recursos comunitarios, son singulares y se trata en la terapéutica de acompañar al sujeto para que él mismo los invente.

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos entonces mencionar algunos logros terapéuticos del CAPsi en el tratamiento de los casos de psicosis, que podrían dar cuenta de cierta eficacia del dispositivo en lo que Desviat (2010) ha denominado la fase de rehabilitación de la enfermedad mental crónica:

En primera instancia, quizás el logro más generalizado y notorio desde los primeros encuentros, es el apaciguamiento de la angustia a través de un lazo terapéutico que prioriza la dignidad de la persona y aloja su singularidad. Segundo, se ha alcanzado la relativa pacificación de las relaciones familiares, inclusión en la comunidad y aceptación del sujeto con sus «rarezas» en la dinámica familiar y comunitaria. En este aspecto hemos encontrado ciertos límites al tener una baja asistencia al momento de convocar a los familiares al espacio de consulta, cuando ello se ha considerado necesario. Tercero, se ha trabajado conjuntamente con el Consultorio Jurídico cuando se han necesitado acciones de restitución de derechos, en aquellos casos donde es necesario tramitar pensiones, atención hospitalaria oportuna, acceso a medicamentos y otros procesos jurídicos. La proximidad con esta instancia, así como la disposición colaborativa, ha demostrado ser de gran valor en estos casos por su condición de alta vulnerabilidad social. Cuarto, en aquellos casos que se dicen refractarios frente al tratamiento psicofarmacológico y que tienen problemas como insomnios prolongados, momentos agudos de angustia, agresividad,



intenciones manifiestas de pasaje al acto suicida u homicida, hemos trabajado en la mitigación de dicha resistencia, logrando en un porcentaje importante de los casos una interconsulta eficaz con psiquiatría, manteniendo el dispositivo de escucha del CAPsi. Finalmente, se ha promovido la identificación y construcción de modos singulares de estabilización, logrando en la mayoría de los casos una reinserción social a través tanto de actividades laborales en funciones específicas y muy estructuradas que no impliquen una exigencia muy alta, como de actividades de intervención comunitaria y de ocio que permiten restaurar y establecer lazos sociales con familiares y vecinos, entre otros. Algunos ejemplos de estas actividades son: trabajos de limpieza y servicios varios, fabricación de objetos artesanales, escritura, pintura y dibujo, liderazgo de organización de actividades comunitarias, juego de ajedrez con un grupo de vecinos. Quizás sea este último punto el más valioso, desde la visión del proceso clínico-terapéutico, a la hora de analizar los hallazgos y que merece ser visto a la luz de la presentación de los casos, lo que podrá ser objeto de otro escrito sobre la experiencia del CAPsi.

## **Algunas conclusiones**

En un contexto que carece de dispositivos intermedios y extra-hospitalarios de atención en salud mental como lo es la ciudad de Cali, la oferta del Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi) ha sido bien acogida por los ciudadanos provenientes de los estratos socio-económicos y sectores menos favorecidos del municipio. El aumento progresivo de la demanda de consultantes, así como la rápida ampliación de la red de instituciones educativas oficiales, entre otras, que remiten casos al CAPsi, da cuenta de la necesidad de este tipo de dispositivos. Asimismo, la diversidad de problemáticas de salud mental y de grupos poblacionales que se atienden, además de la posibilidad de contar con un modelo de atención basado en un marco ético y epistémico en constante construcción y discusión, constituyen un valor agregado que dinamiza el Consultorio como laboratorio de aprendizaje experiencial y de investigación clínica. Uno de los mayores desafíos que tenemos reside precisamente en el equilibrio necesario entre la función asistencial y la función formativa y de

investigación. La demanda acuciante de los consultantes ha redundado en la pregunta por la ampliación de los horarios de atención. Hemos optado por no hacerlo por la sencilla razón de que esto nos llevaría a reducir los tiempos destinados a la docencia y la investigación. Si bien la labor social y asistencial no es solo fundamental sino necesaria en un contexto de vulnerabilidad y de exclusión social como el nuestro, al ser el CAPsi un dispositivo universitario no podemos descuidar el aspecto formativo e investigativo. Es en este sentido que hemos optado por apostarle al fortalecimiento de las líneas investigativas, destinando más recursos a la investigación clínica y diseñando modos de vinculación de un mayor número de estudiantes a las actividades clínicas y comunitarias del Consultorio.

En este capítulo se han presentado algunos de los primeros hallazgos de la primera investigación del CAPsi, a partir de la pregunta por el tratamiento posible de las psicosis en un dispositivo centrado en la utilidad social de la escucha. Hemos visto como el abordaje de condiciones mentales más graves y crónicas, como es el caso de las psicosis, exige un posicionamiento epistémico para enfrentar una casuística que no puede dar la espalda al psicodiagnóstico y que demanda de los practicantes y terapeutas no solo una disciplina de estudio constante sino un interés decidido por los casos clínicos. La pasión por el detalle clínico, el interés por la singularidad de un caso, el estudio de los textos e historiales clínicos clásicos y contemporáneos, el registro narrativo y discusión de los casos propios y del grupo, la supervisión y reflexión sobre la propia práctica, así como la toma de una posición epistémica orientadora y que alimente permanentemente el acto clínico, se consideran elementos esenciales en la pretensión que tiene el CAPsi de cerrar la brecha entre la praxis y la teoría.

Es muy usual en nuestro contexto encontrar que los casos de psicosis y de enfermedades mentales graves y persistentes, rara vez son tratados en dispositivos de baja complejidad y mucho menos por profesionales que no sean psiquiatras. Aquí hemos presentado y descrito una alternativa de prevención, tratamiento y rehabilitación para personas que sufren de enfermedades mentales y que han superado una fase aguda, en la cual se propone un abordaje a través de la escucha y la palabra, donde atienden psicólogos en formación, sin desconocer la necesidad de acudir al saber psiquiátrico y a la medicación en los casos donde se avecinan episodios críticos. La desinstitucionalización

y la llamada salud mental comunitaria, efecto de lo que se conoce como la reforma psiquiátrica, exige la creación de programas sanitarios, sociales y alternativos de «rehabilitación psicosocial» capaces de acoger las «nuevas formas de cronicidad incapacitante» que se visibilizan con el cierre de los hospitales (Desviat, 2010). Tal como lo expresa este autor, «el objetivo ya no es “curación”, término médico que hay que decir siempre entre comillas en una realidad sanitaria plagada de cronicidades de todo tipo; el objetivo es devolver o procurar habilidades sociales a los pacientes y la dignidad a la persona enferma» (Desviat, 2010, p. 8). Es con complacencia que podemos afirmar aquí que el CAPsi puede incluirse en esta nueva serie de dispositivos de rehabilitación psicosocial con la esperanza de que pueda aportar con su experiencia a la creación de otros lugares de escucha donde el sujeto que sufre jamás quede excluido de su lugar protagónico en la salud mental.

## Referencias

- Ardón-Centeno, N. & Cubillos-Novella, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana 1960-2012. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 11,(23), 12-38. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272012000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272012000200002&script=sci_arttext)
- De Clérambault, G. G. (1926) El automatismo mental. En *Colección clásicos de la psiquiatría*. [http://www.atopos.es/images/biblioteca/clasicos/automatismo\\_mental.pdf](http://www.atopos.es/images/biblioteca/clasicos/automatismo_mental.pdf)
- Dewambrechies-La Sagna, C. (2013) Clérambault, una anatomía de las pasiones. *Revista Virtualia*, 27, 1-14. <http://virtualia.eol.org.ar/027/Clinica-de-la-psicosis/pdf/Clerambault-una-anatomia-de-las-pasiones.pdf>
- Desviat, M. (1994) *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dorsa. <http://www.atopos.es/index.php/biblioteca/coleccion-basicos-de-la-psiquiatria#.U8KpSfJPSUg>
- Desviat, M. (2010). El devenir de la reforma psiquiátrica. En A. Pastor, *et al.* (Eds.) *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 29-58). Madrid: Síntesis.
- Desviat, M. (2011). Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva* 16 (12), 4615-4621 [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300010)

- Desviat, M. (2013). Presentación. De la psiquiatría comunitaria a la salud mental colectiva. En: A. Retolaza, *Salud mental y atención primaria. Entender el malestar* (pp. 1-3). Madrid: Editorial Grupo 5.
- Desviat, M. & Moreno, A. (2012). *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Lacan, J. (1984). *Seminario 3, Las Psicosis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1984). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis (1957-58). En *Escritos II*. México: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1987). *De la psicosis paranoica y sus relaciones con la personalidad*. México: Siglo XXI.
- Laurent, E. (2006) Principios rectores del acto analítico. Asociación Mundial de Psicoanálisis. Recuperado el 9 de noviembre del 2015: <http://ampblog2006.blogspot.com.co/2006/09/principios-rectores-del-acto-analitico.html>
- Laurent, E. (2014) La crisis post-DSM y el psicoanálisis. En *Latigo Lacaniano*. Primera parte. Recuperado el 6 de diciembre del 2015:<http://www.latigolacaniano.com/assets/la-crisis.pdf> Segunda parte:<http://www.latigolacaniano.com/assets/lgtzo-4-la-crisis-post-dsm.pdf>
- Mazzuca, R. (2012a). Fenómenos elementales. En: F. Schejtman (Comp.) *Elaboraciones Lacanianas sobre la psicosis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Mazzuca, (2012b). Sobre la prepsicosis. En: F. Schejtman (Comp.) *Elaboraciones Lacanianas sobre la psicosis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Miller, J.A. (1999). *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Miller, J.-A. (2003). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Miller, J.-A. (2004). De la utilidad social de la escucha. *Revista Virtualia* No. 10. Ver: <http://virtualia.eol.org.ar/010/default.asp?notas/jamiller-01.html>

Miller, J.-A. (2010) Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria. *Freudiana*, 58, 7-32.

Miller, J.-A. (2014) *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Ministerio de Salud y Protección Social de la Republica de Colombia (2012). “Salud mental y convivencia”. En *Plan Decenal de Salud Pública 2014-2021*. Tomado el 5 de enero de 2016, de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

República de Colombia. Ley de Salud Mental: Ley 1616, 21 de Enero 2013 de enero de 2013. DO. N° 48680.