

## Aproximación al Concepto de Salud Mental Vigente desde una Perspectiva Psicoanalítica

**Resumen.** El objetivo del presente trabajo es conocer la noción de Salud Mental vigente en la población de psicólogos con orientación psicoanalítica de la ciudad de Córdoba. Esta investigación surge a partir de la necesidad de acercarnos a un concepto de salud mental actual, partiendo de una serie de interrogantes que provienen de la interrelación de la praxis psicoanalítica de hoy, los desarrollos teóricos en psicoanálisis y los avatares de nuestra época que moldean la subjetividad actual, planteando nuevas problemáticas y nuevos desafíos. Por ser una investigación de corte exploratorio-descriptivo, la metodología utilizada fue entrevista semidirigida administrada a expertos: profesionales psicólogos del área clínica, con un mínimo de 10 años de trayectoria, cuya orientación teórica sea psicoanalítica y en ejercicio de la función ya sea en ámbito público y/o privado. Las categorías de análisis fueron: concepto de salud; concepto de salud mental; vinculación entre salud mental-enfermedad; sufrimiento subjetivo y patología; variación del concepto de salud mental en el tiempo y salud psíquica. Conclusiones: si bien se tiene en cuenta que el concepto de salud mental es un constructo atravesado por las concepciones sociales, culturales e ideológicas; los profesionales encuestados consideran, en síntesis, la salud mental como: la presencia de recursos y potencialidades en el sujeto que le permitan enfrentar los conflictos que la vida le presenta sin paralizarse por angustia, tolerar el sufrimiento, amar y amarse, trabajar y disfrutar; recursos que le posibiliten no tener miedo de vivir.

**Abstract.** The aim of this study is to explore the current notion of Mental Health among the population of psychologists with psychoanalytical orientation in the city of Cordoba. The foundation of this research was the need to approach the current concept of mental health, based on a series of questions resulting from the conjunction and interrelation of praxis, the theory on which it is based and the vicissitudes of our time. As an exploratory-descriptive research, the chosen methodology was a semi-structured interview administered to experts: professional psychologists from the clinical field, with a minimum of 10 years of experience, with psychoanalytic orientation, currently practicing in the public and/or private spheres. The categories of analysis were: the concept of health, the relationship between mental health and health-disease, subjective suffering and pathology, the variation of the concept of mental health over time and psychological health. Conclusions: Although the concept of mental health is a conceptual construction traversed by social, cultural and ideological conceptions, the professionals surveyed consider mental health as: the presence of resources and potential that allow the subject to deal with life's conflicts without being paralyzed by anxiety, to love and be loved, to work and enjoy; in short: to not be afraid of living.

### 1. Introducción

La presente investigación surgió de la necesidad de acercarnos a un concepto de salud mental actual, partiendo de una serie de interrogantes que provienen de la interrelación de la praxis psicoanalítica, los desarrollos teóricos psicoanalíticos y los avatares de la época que moldean la subjetividad de nuestros días. Si bien desde sus inicios el psicoanálisis se plantea más como una ética del conocimiento de sí, que como un método estrictamente terapéutico- lo cual lo distingue, en rigor, de la práctica médica tradicional- advertimos que la labor del psicoanalista se conduce en direcciones que implican la acción de ciertos criterios psicopatológicos orientando su práctica clínica. Esto nos habilita a pensar que existen, a su vez, ciertos criterios de salud psíquica que operan en la práctica del psicoanalista. Estos criterios, por entenderse las nociones de salud y enfermedad como procesos

Soave, Mónica <sup>a</sup>; Bazán, María Eugenia <sup>a</sup>; Chávez, Lorena Paola <sup>a</sup>; Ferrer, Cecilia <sup>a</sup>; Huespe, Teresa <sup>a</sup>; Muszio, Silvia Verónica <sup>a</sup>; Saavedra, Mónica Cristina <sup>a</sup>, y Villagra, Liliana María <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Técnicas Proyectivas. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.

#### Palabras claves:

Salud; Enfermedad; Psicoanálisis.

#### Keywords:

Health; Sickness; Psychoanalysis.

#### Enviar correspondencia a:

Soave, M. E-mail:  
monicasoave@hotmail.com

producidos siempre en el seno de la interrelación del individuo y su ambiente, deben necesariamente considerar las transformaciones que ocurren en el medio histórico socio-cultural que se instituye como contexto de vida de los seres humanos que lo transitan, moldeando su subjetividad. Es por esto que se vuelve legítimo el interrogante acerca la concepción de salud psíquica que puede sostener el psicoanalista en la actualidad, en la que muchos paradigmas tradicionales parecen haber cambiado. El planteo de la problemática invita, pues, a reflexionar: ¿Se puede definir qué es saludable? ¿Existen fundamentos para decir que un sujeto con ciertas inhibiciones estaría enfermo? ¿Puede pensarse que el sufrimiento psíquico es sinónimo de patología? ¿Se puede categorizar la culpa como manifestación saludable o no saludable en el comportamiento de un sujeto?.

Podemos seguir interrogando indefinidamente sobre cada uno de los fenómenos que manifiesta discursivamente el sujeto, sin arribar a una respuesta certera y generalizable. Por tal motivo interrogamos a expertos psicoanalistas acerca de la concepción de salud psíquica, considerando la construcción en la actualidad de las nociones de aquello que definen como sano o mórbido, así como el modo en que estos discernimientos impactan en su práctica.

Pensar la salud obliga a re-pensar las categorías de análisis que históricamente han estado enfocadas desde la perspectiva de la enfermedad, impregnadas por teorías cuyo punto de partida se servía de los aspectos más desestructurados y disfuncionales del sujeto.

Desde la Cátedra de Técnicas Proyectivas de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba nos preguntamos acerca de la noción de salud mental realizando, en un primer momento, un rastreo bibliográfico de diferentes autores, la mayoría de ellos de extracción psicoanalítica pertenecientes a distintas escuelas de psicoanálisis -lo que implica diferencias teórico-clínicas a considerar-, el cual arroja coincidencias significativas así como divergencias notables. En esta exploración de las distintas las concepciones de salud que se fueron elaborando desde principios del siglo pasado hasta nuestros días, observamos formulaciones psicoanalíticas esenciales que se mantienen vigentes y construcciones teóricas que implican cierto agiornamiento a las demandas actuales.

El producto de esta indagación fue el marco teórico-conceptual que delimitó las coordenadas de nuestra investigación. Lejos de la pretensión de ser coincidente u obsecuente al momento de analizar los datos brindados por los expertos consultados, intentamos realizar un entrecruzamiento que pudiera enriquecerlo, actualizarlo y, por qué no. desmentirlo.

Se partió de la pregunta inicial ¿Cuál es el concepto de Salud Mental vigente en la población de psicólogos con orientación psicoanalítica con más de diez años de profesión en la Ciudad de Córdoba?.

La misma orientó a realizar una aproximación al concepto de salud mental vigente en psicólogos con orientación psicoanalítica con más de diez años de profesión en la Ciudad de Córdoba. Se procuró delimitar los criterios, en relación al concepto de salud y salud mental en la actualidad en

la población estudiada, que se mantienen constantes respecto de la bibliografía profundizada y determinar las transformaciones referidas a la noción de salud mental en la actualidad.

Se utilizó como instrumento de recolección de datos una Entrevista Semidirigida; se aplicó un cuestionario de preguntas abiertas, las mismas fueron aplicadas previamente como prueba piloto a otra muestra similar, para determinar su pertinencia y adecuación metodológica a los objetivos planteados en el proyecto. A posteriori, los datos fueron agrupados en categorías conceptuales.

La población investigada estuvo constituida por 21 profesionales psicólogos del área clínica, de un mínimo de 10 años de ejercicio profesional, con orientación psicoanalítica comprobable, que se desempeñaran al momento de la entrevista en el ámbito público y/o privado.

Esta investigación científica cualitativa respondió a un diseño de tipo exploratorio-descriptivo; tomó la muestra intencional que se menciona ut supra, y se realizó el análisis de datos según el método comparativo constante.

Cabe destacar que, por las características de la muestra no probabilística, los resultados no son generalizables al conjunto de psicólogos psicoanalistas de la ciudad de Córdoba con más de diez años de egresados.

Con el fin de acercarse a un concepto de **salud mental** actual, se comenzó con el rastreo bibliográfico de diferentes autores, la mayoría de ellos de extracción psicoanalítica, pertenecientes a distintas escuelas con diferentes implicancias teórico-clínicas a considerar, arrojando coincidencias significativas así como divergencias dignas de análisis. Esta demarcación de referencias fundamentales no constituye un modo de anticipación conceptual sino un trazado de coordenadas teóricas imprescindibles para que la investigación conserve su cauce, lejos del prejuicio o la vaguedad generalizadora.

Georges Canguilhem (1966) aporta conceptos desde la filosofía médica y continúa siendo un referente epistemológico desde su clásico tratado “Lo normal y lo patológico”. En esta obra el autor sostiene la tesis de que salud y enfermedad son valores biológicos cualitativamente polares. La enfermedad, afirma Canguilhem, es un comportamiento de valor negativo para un ser individual, concreto, en relación de actividad polarizada con su ambiente. Esta valoración cualitativa se opone al planteamiento de Sigmund Freud, quien en su texto “Sobre las causas ocasionales de la neurosis” sostiene que la diferencia entre salud y enfermedad es una cuestión de grados, de intensidades distintas. Esta diferencia no es de orden cualitativo sino cuantitativo: *“entre las condiciones de la salud y las de la neurosis no existe diferencia cualitativa alguna resultando que los sanos han de luchar también para alcanzar el dominio sobre su libido, si bien lo consiguen más perfectamente”*. (1912, p. 1721).

Según esta postura, los fenómenos de la enfermedad coinciden esencialmente con los de la salud, de los que difieren sólo por la intensidad, tratándose de una cuestión de grados. Así lo patológico sería una mera distinción cuantitativa por exceso o por defecto.

En medicina esta postura tiene como referente destacado a Claude Bernard para quien la enfermedad deriva de funciones normales contrariadas por una aportación extraña que las complica sin alterarlas. Canguilhem (1966) cuestiona esta concepción tomando como ejemplo las afecciones metabólicas que no tienen relación cuantitativa con el proceso normal: son perturbaciones genéticas que sólo pueden manifestarse en oportunidades específicas, se trata de un error originario en las propias raíces de la organización, no un ataque al que se cede. Aquí no hay funciones normales que puedan complicarse por un elemento extraño que proceda del ambiente. La alteración se encuentra en el inicio. Canguilhem aborda una concepción epistemológica diferente, que traduce una postura filosófica: salud y enfermedad son valores cualitativamente polares. Lo que distingue un estado de salud de uno patológico no es una diferencia físico-química sino un **valor biológico**. La salud implica satisfacción subjetiva y constituye un valor positivo para un sujeto individual.

La normalidad para Canguilhem (1966) es **normatividad**. Se trata de la capacidad que tenga el sujeto de establecer normas. Entonces, el sujeto sano, será quien posea la aptitud para establecer sus propias normas y tenga la posibilidad de estabilizar su vida en constantes que admiten una eventual superación. Es así que la **normatividad** tiene un valor propulsivo. El autor distingue dos modalidades de adaptación: un modo consiste en la especialización para una tarea en un medio ambiente estable. El otro modo de adaptación implica independencia respecto del medio ambiente estable, supone la capacidad de superar las dificultades que representan los cambios en el medio (p. 210). La normalidad es, para Canguilhem (1966), solidaria con cierta tendencia a la variación ya que la especialización no consigue reversibilidad (p. 18).

Plantea que el modo de estabilización enfermo consiste en el esfuerzo ansioso del ser por conservar dicha estabilización, preservándola de cualquier perturbación. Se ha perdido la capacidad de establecer normas, la **normatividad** (p. 140).

En cambio, el estado de plenitud fisiológica es definido como estado de equilibrio de funciones integradas de tal manera que procuren al sujeto un margen de seguridad, una capacidad de resistencia en una situación crítica o situación de fuerza: la posibilidad de establecer normas para dicha situación.

En una línea semejante, Luis Horstein (2006), considerando al ser vivo como organización destaca que *“la noción de **organización** implica construcción, producción y reproducción de orden y de desorden”* (p. 39). Esta noción se aleja de la de mero equilibrio u homeostasis. La noción de organización incluye estados de desorden.

Asimismo, distingue y relaciona los conceptos de organización y estructura. La estructura de un sistema es la corporeidad física de su patrón de organización. El patrón de organización implica una cartografía abstracta de relaciones. Describir la estructura, en cambio, es describir sus componentes físicos presentes: sus formas, sus composiciones químicas (pp. 39-40).

Siguiendo su línea de pensamiento todo organismo vivo experimenta cambios estructurales continuos, pero mantiene el patrón de organización. Interactuando con su entorno, un organismo vivo sufrirá una serie de cambios estructurales y el patrón de organización determinará la identidad del sistema (sus características esenciales); la estructura, formada por la secuencia de cambios estructurales, determina el comportamiento del sistema.

Horstein (2006) señala: *“el psiquismo es un sistema abierto autoorganizador en permanente intercambio con el exterior. Un sistema alejado del equilibrio en el que ciertos acontecimientos producen transformaciones estructurales: se trata de un sistema que no busca el equilibrio sino la complejidad”* (p. 46). En otras palabras: es un sistema abierto a una intrusión desde el entorno lo cual, no implica necesariamente desorganización ni otro nivel de equilibrio, como en un sistema cerrado. De esta manera: *“el trauma puede conducir a una reorganización de mayor complejidad”* (p. 43). Sostiene que los sistemas autoorganizadores se hallan en un estado ininterrumpido de desorganización-reorganización en que los estímulos-agresiones ponen en riesgo de desorganización el sistema y a la vez preservan su vitalidad. El psiquismo, *“transformando el azar en organización, incrementando su complejidad, engendra nuevas formas y desarrolla potencialidades”* (p. 46).

Esta noción de psiquismo como sistema abierto que tiende a mayores complejidades en términos simbólicos, es también sostenida por Silvia Bleichmar (1993), para quien el encuentro con el otro humano-el otro significativo- introduce a la cría humana en un mundo libidinal, simbólico, produciendo un cambio cualitativo, que lo aleja de lo meramente biológico engendrando complejidades que distan de lo adaptativo y producen **neogénesis**. El traumatismo, para la autora, representa una fractura que psiquismo intentará reorganizar simbólicamente. Ambos autores coinciden en concebir el trabajo analítico como aquel capaz de alojar lo impredecible, lo azaroso, el desorden, para convivir con azar y determinismo. Horstein (2006), como hemos señalado, explica que un sistema es autoorganizador cuando, ante perturbaciones aleatorias, reacciona con un aumento de complejidad.

Freud y Canguilhem, como autores europeos de épocas distintas coinciden en proponer opciones superadoras de la opción endógeno-exógeno al analizar la salud y la enfermedad.

Freud plantea las “series complementarias” donde factores disposicionales y hereditarios se entrelazan con los ambientales y accidentales para desencadenar la enfermedad o mantener la salud. Es así que en 1912 en su artículo “Sobre las causas ocasionales de la neurosis”, Freud afirma:

*El psicoanálisis nos ha conducido a prescindir de las estériles antítesis establecidas entre factores externos y los internos, entre el destino del individuo y su constitución, y nos ha enseñado a ver la causa de la adquisición de las neurosis en una determinada situación psíquica susceptible de ser establecida por **diversos caminos*** (p. 1722). Las vías de formación de síntomas responden tanto a factores disposicionales, que incluyen la constitución sexual y los sucesos de la vida infantil, como a los factores desencadenantes: los sucesos accidentales de la vida adulta.

Para Canguilhem (1966, p. 173) la enfermedad es *la reacción de un todo orgánico* frente a la extravagancia de un elemento, más que un atributo del elemento mismo. Para el autor la noción de síndrome prevalece sobre la de agente patógeno y la de perturbación sobre la de lesión. Existen, también, lo que llama enfermedades de adaptación, es decir, las enfermedades creadas por el propio enfermo en el exceso de defensa, reaccionando con una intensidad inadecuada que no lo protege sino que lo desequilibra.

Canguilhem, desde la filosofía médica y psicoanalistas tales como Hornstein(2006), Carpintero & Vanier (2004) Bleichmar (1993), Galende (1998), Rojas & Sternbach (1997), Lunazzi (1992), Carpinacci (1979), Paz (1976), Fiorini (1975), Winnicott (1972), Alcock (1965), Wolf (1960), rechazan el criterio de la mera frecuencia estadística para definir los conceptos de salud y enfermedad, ya que se corre el riesgo de asimilar anormalidad con enfermedad. Enfermedades como la gripe se dan en la mayoría de las poblaciones. Por otra parte existen excepcionalidades como el virtuosismo musical que no pueden considerarse patológicos.

Estos autores coinciden en considerar el enfoque clínico para abordar los criterios de salud y enfermedad. Se debe atender a un sujeto particular, a un hombre en situación para determinar lo saludable o lo patológico. Superada su asimilación con frecuencia, la normalidad tiene tantas variaciones que lo esperable es -como afirma Canguilhem (1966) - *la variación incoativa de la norma*. Se trata, para lo viviente, de la instauración de normas particulares en cada oportunidad, sobre un modo de existir: “*Si la vida es evolución, invención de comportamientos, el organismo sano se caracteriza por la tendencia a afrontar situaciones nuevas y a instituir nuevas normas.*” (p. 156)

Autores nacionales consultados como Hornstein(2006), Carpintero & Vanier (2004) Bleichmar (1993), Galende (1998), Rojas & Sternbach (1997), Lunazzi (1992), Carpinacci (1979), Paz (1976); tanto como el referente Canguilhem (1966) consideran que las nociones de sano o enfermo deben referirse a tiempos y espacios antropológicos específicos. Lo que resulta normal en cierto ámbito físico social por su frecuencia, o por constitución de valores sociales, puede ser considerado enfermo en otro medio físico o social. El reconocimiento de este relativismo cultural es solidario con la noción de un entramado entre naturaleza y cultura que determine leyes orgánicas por obra de la relación psicosomática. Canguilhem (1966, p. 217) indica que, hasta hace algunas décadas, no existía en China la hipertensión arterial. Señala, yendo más allá, que aún ciudadanos norteamericanos que vivían un tiempo en ese país bajaban sus niveles de tensión arterial. Es decir que, si hablamos de normas humanas, éstas son posibilidades de un organismo en situación social para actuar: quizás aprendían a aceptar aquello que no podían evitar. En cambio, nativos de China que pasaban cierto tiempo en EE.UU. aumentaban su tensión sanguínea: posiblemente aprendían a rebelarse y protestar. La forma y las funciones del cuerpo humano expresan también la modalidad de vida en el medio ambiente socialmente aceptada. Las normas fisiológicas del hombre deben relacionarse con la diversidad de modos de reacción que dependen de las normas culturales.

En esa misma dirección, desde un enfoque socio-antropológico, Rojas & Sternbach (1997), nos advierten sobre las consecuencias de un sometimiento a las pautas consideradas valorables por la cultura. Señalan: *“Cada momento histórico formula un “prototipo sano”; es decir un conjunto de modalidades subjetivas acorde con los ideales predominantes y por tanto, estimulado y socialmente reconocido”* (p. 131). Es decir el ser “sano” de nuestra época es distinto de aquel que consideraba la cultura de principio o mediados del siglo XX. Las autoras analizan el prototipo posmoderno ligado a: *“un ritmo hipomaniaco ligado a la abolición de todo conflicto, al éxito y la eficacia. Pragmático y veloz, poco sujetado a lazos y limitaciones de cualquier índole”* (p. 131), en la búsqueda de fama y poder como valores incontrastables, jerarquiza su propio interés en desmedro de los otros, bordeando situaciones transgresivas que pasan a formar parte de lo normal. De modo que aquello que la psicopatología considera modalidad perversa ligada a la renegación de la castración, adquiere cierto consenso social e impregna hoy al prototipo sano.

En nuestros tiempos la agresividad es comprendida como competitividad. Las autoras sostienen que *“formas actuales de violencia cotidiana se ven habilitadas por concepciones que consideran preferencial en los sujetos cierta dosis de agresividad y competitividad, tanto como una buena capacidad de defensa y aún de ataque”* (p. 133). La exposición constante de la imagen violenta a través de medios de comunicación contribuye a banalizar un fenómeno que deviene ilusoriamente como natural. El imperativo de juventud conduce a constantes disciplinas corporales para borrar las marcas del tiempo. En este contexto, autores psicoanalíticos se muestran preocupados por temáticas ligadas al narcisismo, evidenciándose sentimientos de vacío y depresión concebidas como un modo de sometimiento absoluto a Otro absoluto representado por la cultura y sus mandatos.

Estos desarrollos advierten con claridad que la noción de salud está atravesada por variables que dependen de tiempo y espacio. La experiencia de normalizar es específicamente antropológica y cultural. La intención normativa se da en una sociedad dada, en una época dada. Canguilhem (1966, p. 229) advierte, sin embargo, que no se puede definir la normalidad como la subordinación instrumental que las sociedades valorizan como “adaptación”. Esto implicaría asimilar el concepto de sociedad al de medio ambiente, es decir a un sistema de determinismos, cuando en realidad es un sistema de coacciones que contiene normas de apreciación colectivas de la calidad de las relaciones del individuo con la sociedad, antes de que aquel se relacione con ella. El medio ambiente, en cambio, no es un hecho constituido al que el organismo debe plegarse, el medio ambiente es un hecho biológico que debe ser constituido. El organismo vivo estructura su ambiente al tiempo que desarrolla sus capacidades como organismo (p. 229). Aquí adquiere su cabal sentido el criterio de “**normatividad**” aludiendo a la capacidad de cuestionar normas usuales a propósito de situaciones críticas, determinando el grado de salud precisamente la gravedad de las crisis orgánicas superadas mediante la instauración de un nuevo orden fisiológico (p. 230). Estas afirmaciones filosóficas de Canguilhem

referidas a la fisiología del hombre son de un enorme valor si las transferimos al orden de lo psíquico, de la condición humana.

En este mismo sentido se destacan los desarrollos del investigador del Departamento de Humanidades Biomédicas de la Universidad de Navarra Antonio Pardo (1997) quien sostiene que debe recuperarse para el término “salud” el significado genuino, original, latino de “superar una dificultad”. Salud es el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso.

Las reflexiones de estos autores indican una recurrencia fundamental: el hombre normal es aquel que sabe que puede enfermar. Como afirma Canguilhem (1966, p. 231) se sabe capaz de hacer zozobrar su cuerpo pero vive en la certidumbre de rechazar esa eventualidad. El hombre normal para poder decirse tal, debe llevar consigo la sombra de la enfermedad. Si estas afirmaciones son válidas para establecer la noción de salud en términos generales, es claro que abarcan los criterios de salud en el marco de lo psíquico: la amenaza de la enfermedad es uno de los constituyentes de la salud.

Esta noción es sostenida por Helena Lunazzi (1992) en “Lectura del Psicodiagnóstico” donde desarrolla un capítulo titulado “Criterios de salud y enfermedad”. Al referirse específicamente a salud mental, la autora recupera el concepto de Canguilhem y afirma que importa reconocer la **normatividad** del sujeto “*en tanto capacidad de fluctuación dinámica entre su realidad y recursos psíquicos y la realidad externa*” (p. 71). De esta manera, la salud implica la noción de equilibrio móvil. Lunazzi sostiene que experimentar conflictos es inherente a la salud y a la vida humana: “*en tanto poder experimentar rupturas dentro de una homeostasis fluida y recuperar nuevas organizaciones inestables equilibrantes. Así como la rigidez queda asociada a enfermedad psíquica, salud psíquica sería la posibilidad de reorganizaciones adaptativas, creativas*”(p. 72). En esta línea de pensamiento, ser sano significa poder enfermarse y restablecerse.

Lunazzi (1992, p. 67) retoma los tres conceptos de normalidad que distingue Wolf: a) Estadístico, b) Normativo y c) Clínico, señalando:

“*a) El concepto estadístico: una persona es normal cuando está próxima a la tendencia de un grupo típico de individuos.*”(p. 67) Este criterio naufraga cuando ciertas enfermedades se dan en la mayoría de la población: en China el 60% de los habitantes tiene bocio. Existen estados gripales en la mayoría de los humanos. Por otro lado existen excepciones que no podrían considerarse patológicas: el oído absoluto en música o la habilidad para tocar un instrumento. Este criterio implica el criterio de asimilar anormalidad con enfermedad.

“*b) El concepto normativo: es normal aquella persona que cumple con las reglas éticas (las normas) del grupo al que pertenece, se muestra asimilada a las expectativas de conductas habituales de su grupo de pertenencia*” (p. 68). En este sentido normalidad se asemeja mucho al concepto banal de adaptación como ajuste al medio. De este modo puede confundirse la adaptación con criterio de conformismo social. Es una forma reduccionista de concebir el proceso de adaptación que implica

complejos procesos entre las estructuras y sus medios. La adaptación se realiza entre dos tipos de equilibrios: el equilibrio interno –homeostasis- y el equilibrio externo. La adaptación es solidaria de la noción de equilibrio entre la asimilación -acción del medio sobre el organismo- y la acomodación -modificación que sufre el organismo ante el esfuerzo de transformar el medio-. Posiblemente en la actualidad, la pareja fiel, el alumno estudioso y comprometido, o aquel joven que utilice un exquisito vocabulario pasaría a hallarse dentro de cierto rango anormal. La repetición de modalidades identificatorias, o la cristalización del aprendizaje de roles podrían considerarse adaptadas, pero pasarían a ser enfermos cuando indican cerramiento al cambio y la transformación. Aquí la autora plantea la repetición de conductas agresivas de género o típicas de género sin abrir a otras posibilidades, tanto las de aquel hombre que no cocina o plancha porque su modelo de masculinidad se vería amenazado, como aquella mujer que es golpeada y no se revela ante esto, dado que su madre también ha sufrido lo mismo.

*“c) El concepto clínico: la perspectiva clínica nos provee de parámetros más aceptables que permiten concebir la salud y la enfermedad no como expresiones de dicotomías irreconciliables, sino como puntos dentro de un continuum”* (p. 69). El punto extremo de la anormalidad del continuum está representado por aquel sujeto que no puede gobernarse a sí mismo, poniendo en riesgo su vida y la de los demás. En el otro extremo pondríamos como normal el amor por la vida y su cuidado. Sin embargo aquí también tropezamos con el entretejido cultural. La conservación de la vida puede quedar supeditada a valores sociales superiores como en el caso de los kamikazes. En la clínica, entonces, introducimos cuestiones de goce, libertad, permanencia, acción, sublimación contra sufrimiento, rigidez, inestabilidad, detención o regresión.

Es precisamente porque los juicios de valor se infiltran en el concepto de lo normal, que resulta de gran importancia recurrir al concepto de normatividad como capacidad de establecer normas en una circunstancia determinada para un sujeto singular, según su propia manera de vivir. La autora sostiene que la polaridad dinámica de la vida que puede ser pensada en el equilibrio móvil de aperturas y cierres (por ejemplo frente a demandas vitales, o al juego eros-tánatos), sedimenta o cristaliza una cierta línea invisible sólo aprehensible en sentido posdictivo, que es lo que conceptuamos como normatividad (p.71).

Theodora Alcock (1965) es citada por Lunazzi (1992, p. 77) dado que su particular enfoque piensa la salud mental en términos de libertades:

La salud psíquica implica libertad de pensar con efectividad dentro de los límites de su capacidad intelectual... libertad de actuar sin un serio grado de compulsión o inhibición... libertad para usar conflictos inconscientes para fines constructivos conscientemente deseados, es decir para sublimar y libertad para formar , mantener y disfrutar de las relaciones humanas. (pag. 77)

El concepto de libertad de muchas maneras está presente en el pensamiento de diferentes abordajes terapéuticos concebidos como estrategias para el restablecimiento de circuitos obstruidos o rigidizados y permitir que fluya libertad.

Winnicott (1972) enfatizó la idea de libertad a la luz de los conceptos de salud y creatividad:

Lo que hace que el individuo sienta que la vida vale la pena de vivirse es, más que ninguna otra cosa, la apercepción creadora. Frente a esto existe una relación con la realidad exterior que es relación de acatamiento; se reconoce el mundo y sus detalles pero sólo como algo en que es preciso encajar o que exige adaptación. El acatamiento implica un sentimiento de inutilidad en el individuo, y se vincula con la idea de que nada importa y que la vida no es digna de ser vivida. En forma atormentadora, muchos individuos han experimentado una proporción suficiente de vida creadora como para reconocer que la mayor parte del tiempo viven de manera no creadora como atrapados en la creatividad de algún otro, o de una máquina.

Esta segunda manera de vivir en el mundo se reconoce en términos psiquiátricos como una enfermedad. De uno u otro modo, nuestra teoría incluye la creencia de que vivir en forma creadora es un estado saludable, y que el acatamiento es una base enfermiza para la vida (pag. 61).

Asimismo, determina que es necesario separar lo que es aquella creación que puede asociarse comúnmente a una obra de arte, de la magnitud creativa. Esta abarca desde una comida hasta una sinfonía, de un jardín a un cuadro: *“Quizá sería mejor decir que estas cosas podrían ser creaciones. La creatividad que me ocupa aquí es un universal. Corresponde a la condición de estar vivo”*. (p. 63).  
Puntualiza:

La creatividad que estudiamos se refiere al enfoque de la realidad exterior por el individuo. Si se da por supuesta una capacidad cerebral razonable una inteligencia suficiente para permitir al individuo convertirse en una persona que vive y participa en la vida de la comunidad, todo lo que se produce es creativo, salvo en la medida en que el individuo está enfermo o se encuentra frenado por factores ambientales en desarrollo que ahogan sus procesos creadores (pág. 63).

Esta visión universal del sentido de la creatividad puede ser extenderse al sentido del humor como indicador de salud, como episodio creativo que implica la facultad de relativizar un error, una contingencia adversa, un malestar. Freud afirmaba que los poetas anticipan lo que el psicoanálisis confirma. Así Lope de Vega (1625) testifica en la voz de Panduro: *“si humor gastar pudiera /con más salud sospecho que viviera”* (pag. 248).

Sigmund Freud concibe la salud como la capacidad de amar y trabajar, de gozar y sublimar. En sus Conferencias introductorias al Psicoanálisis: La terapia analítica señala: *“La diferencia entre la salud nerviosa y la neurosis no es, pues, sino una diferencia relativa a la vida práctica y depende del grado de goce y de actividad de que la persona es todavía capaz”* (1916, pág. 2408).

Esta es, quizás, la definición más sencilla y clara que expone la literatura psicoanalítica a lo largo de su extenso recorrido y extrae con absoluta simplicidad, el estatuto del deseo, la dimensión del

placer en la vida cotidiana y en ese “*todavía*” que alude a lo residual, a aquello que resta luego de los avatares humanos, nos conecta con la noción inevitable de pérdida. Para desear hay que haber perdido. Y, por otro lado, el “*todavía*” también advierte: la salud no es un estado definitivo.

Rafael Paz (1976) en “*Psicopatología: sus fundamentos psicodinámicos*” destaca la noción de personalidad concebida como: “*un proceso permanente de readecuación contextual, involucrando todos aquellos aspectos tradicionalmente denominados afectivos, volitivos y cognitivos*”(p. 131) considerándola así como un sistema con una independencia relativa, que enfatiza límites en su autonomía pues se engarza con realidades que la trascienden: “*tramas de relaciones significativas con el mundo de los demás y de la naturaleza, y el cuerpo*”(p. 131) decantando en una organización móvil y cambiante que se adecua en el ámbito de la realidad vital, social y cultural. Este sistema móvil presupone una cierta homeostasis, asimilable al concepto de salud o normalidad. Asimismo enfatiza que la ruptura con la homeostasis no supone patología, la resultante puede ser: patológica o bien adaptativo-creativa:

La reorganización adaptativo-creativa supone la asimilación de la ruptura como experiencia. Puede llegar a desestructuraciones profundas que ponen al individuo en contacto con sectores de su personalidad a los cuales no tenía acceso hasta entonces, y el resultado es un enriquecimiento. (pág. 137)

Siguiendo con esta línea de pensamiento, señala “*la enfermedad en cualquiera de sus formas es ruptura con lo previo que fuerza la salida de la opacidad habitual de la rutina*” (pág. 146) y destaca:

...la enfermedad constituye a menudo la única oportunidad de plantearse las preguntas fundamentales que hacen al sentido de la existencia, encubiertas en la densidad de mistificaciones cotidianas ... Es oportunidad; sólo la síntesis posterior nos permitirá decir hasta dónde la experiencia se incorporó como enriquecimiento y hasta dónde volvió a enhebrarse en la trama de la enajenación.(p. 146)

Se puede concluir que para Rafael Paz (1976) tanto la salud como el enfermar son concebidos como procesos que se manifiestan en virtud de una convergencia pluricausal, coincidiendo, así, con la tradición freudiana.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición que figura en la Constitución de la OMS: un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de “*sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*”. Aquí la OMS recalca finalmente en la comunidad que alberga al sujeto, entrando en consideración, para el concepto de salud, su aspecto social, ya no sólo en términos de institución normativa que influye en la constitución subjetiva, sino implicando la vuelta saludable y transformadora –creativa al decir de Winnicott- del sujeto hacia la sociedad. En esta misma dirección, Galende (1997) afirma que no existe una subjetividad que pueda

aislarse de la cultura y la vida social, ni tampoco existe una cultura que pueda aislarse de la subjetividad que la sostiene. Es una mutua determinación - mutua producción- dado que la subjetividad es cultura singularizada, tanto como la cultura es subjetividad.

El psicoanálisis advierte sobre los límites difusos entre la salud y la enfermedad (neurosis). En su texto de 1909 “Análisis de la fobia de un niño de cinco años” Freud afirma *que entre los niños nerviosos y normales no puede trazarse una frontera definida, la enfermedad es un concepto puramente práctico, han de coincidir la disposición y la experiencia para hacer aparecer la neurosis, en consecuencia pasan muchos individuos de la salud a la neurosis y un número mucho menor de la neurosis a la salud. (p. 1439)*

Para Freud la diferencia fundamental entre salud y enfermedad, concebida como neurosis, no es de orden cualitativo sino cuantitativo: depende de la cantidad de libido que el yo pueda manejar. Sin embargo a esta noción cuantitativa, le agrega un criterio que podemos considerar cualitativo: no sólo es importante, para diferenciar salud y enfermedad el monto de libido, sino también los destinos que a la misma se le brinda. Es aquí donde se vuelve de singular importancia la capacidad sublimatoria, la posibilidad creativa del sujeto psíquico.

Esta posibilidad de encausar hacia destinos particulares la libido -como energía psíquica- representa un modo propio de cada sujeto, inmerso en cada contexto cultural, de sesgo singular y cualitativo y es un modo que, en el terreno de la salud -como el síntoma en el patológico- inaugura su particularidad más radical.

Sin embargo, si nos adentramos en el concepto de sublimación, vemos que a lo largo de la obra freudiana mantiene algunas imprecisiones. Cuando Freud aborda este concepto colocando su mirada crítica sobre la relación estructural entre sociedad e individuo, su visión se vuelve más pesimista. Así, en su artículo social “El malestar en la cultura” (1929) Freud sostiene que la cultura solicita al individuo el **sacrificio pulsional** (sexualidad y tendencias agresivas) en aras de la vida en comunidad. Así la cultura sustrae a la sexualidad parte de la energía que requiere para su consumo, obligando al hombre a canalizar los deseos sexuales insatisfechos – a los que impone renuncia- reconvirtiéndolos en energía productiva. Sin sublimación no habría civilización. Si bien pueden reconocerse en Freud, como paradigmas del proceso de sublimación la actividad artística, la investigación intelectual, en este artículo el autor abre la posibilidad de considerar la derivación de una pulsión hacia un fin no sexual en todo trabajo.

Y advierte sobre la infelicidad del hombre obligado a renunciar a sus impulsos en aras de la cultura. Si todo proceso de desexualización orientado hacia un fin valorado por la cultura es sublimatorio: ¿cómo conciliar el malestar con aquello que sería saludable? ¿Qué trabajo puede ser condición de salud? No podemos pasar por alto la advertencia freudiana de que la desexualización puede conllevar aspectos penosos para el sujeto. Es desde esta complicación que debemos plantearnos su concepto de salud como capacidad de amor y trabajo. La sublimación no elimina los deseos

sexuales. En la salud debe, quizás, reconocerse en ambos –vida sexual y trabajo- el aspecto gratificante.

- a. En la salud, la resignación pulsional a la cultura que constituye el precio de la adaptación social, debe acompañarse de cierta capacidad de autoprocuremento satisfacciones. A esta noción adhiere Alfredo Fierro (2004), para quien una persona psicológicamente sana es capaz de -y está dispuesta a- cuidar de ella misma en orden a una experiencia satisfactoria de la vida. Esta idea converge con la máxima moral del “curate” (cuidense) que aparece como fórmula de despedida, de salud(o) en las cartas de escritores latinos.
- b. Con la finalidad de delimitar los criterios que, la población estudiada en la presente investigación, tiene respecto al concepto de salud y salud mental hoy, se organizaron a partir de las entrevistas administradas las siguientes categorías de análisis:
- c. Concepto de salud.
- d. Concepto de salud mental.
- e. Vinculación entre salud mental-enfermedad.
- f. Sufrimiento subjetivo y patología.
- g. Variación del concepto de salud mental en el tiempo.
- h. Salud Psicológica.

a. En relación a la primera categoría de análisis, el concepto de Salud es definido como:

a.1. Equilibrio Bio- Psico social. La mayoría de los entrevistados entiende al equilibrio como: inestable y dinámico. Los términos bio-psico-social hacen referencia respectivamente a Bio: al bienestar físico, al cuidado de sí, al desarrollo corporal, Psico: a la subjetividad, al bienestar emocional, al salir enriquecido de las crisis, al pedir ayuda, a la autonomía, al uso de la libertad responsable, al bienestar espiritual, a la armonía entre aspiraciones y posibilidad de concreción, a la realización personal, a los logros, a la satisfacción; y Social: a la posibilidad de desarrollo vincular y cultural, a la buena integración social, a la capacidad de amar a los demás, de reconocerlos y respetarlos como otros, a tener logros, satisfacción y sentimientos de realización.

b.2. Construcción social. En el sentido que las Políticas públicas construyen el concepto de salud. Por ende el mismo contiene: componentes ideológicos vinculados a la paz social, factores políticos, históricos, económicos y relación con la productividad.

b. Respecto de la segunda categoría que implica la definición del concepto salud mental, la mayoría de los entrevistados lo han referido a poseer un **Aparato Psíquico adecuadamente estructurado con una lograda** constitución discriminada de la propia subjetividad.

Este concepto implica para algunos reconocimiento de la alteridad, empatía y comunicación, para otros posibilidad de modificación frente a nuevas experiencias tomando en consideración

vivencias pasadas; creatividad, mecanismos de defensas adecuados y flexibles, tolerancia a la frustración, posibilidad de tener proyectos a futuro, vínculos amorosos gratificantes y respetuosos y capacidad de trabajar, **la totalidad de los entrevistados entienden la Salud Mental como una construcción social.**

c. La casi totalidad de los entrevistados sostuvo que **los conceptos de salud-enfermedad no son contrarios sino un continuo.** Algunos entrevistados refieren: “No puede existir uno sin el otro”. “El pasar de uno a otro está vinculado a la gradación y a la noción de equilibrio-desequilibrio”, etc.

d. **Respecto de la consideración del sufrimiento subjetivo como símbolo de patología la mayoría de los sujetos entrevistados contestó en relación a la negativa,** expresando, por ejemplo:” no, porque el duelo sería un ejemplo de sufrimiento saludable”, “El sufrimiento significativo marca que hay un cuestionamiento que llega a lo profundo del ser...lo realmente patológico sería la ausencia de sufrimiento”, “ no, porque las crisis inesperadas no implican enfermedad mental”, etc

e. **En relación a la variación en el tiempo de los conceptos de salud - enfermedad; los mismos están, para la casi la totalidad de los entrevistados, fuertemente atravesados por las variables de tiempo, historia, cultura y lugar y son interdependientes de las mismas.** “Lo que en una época se consideró enfermo en otra ya no lo es”

f. **La mayoría de los entrevistados refiere respecto de la salud psicológica, que una persona está sana, cuando puede desplegar intereses internos y externos. Cuando tiene la capacidad de interactuar teniendo experiencias creativas.** Varios entrevistados coinciden que no solo es importante el vincularse, sino que en estos vínculos debe predominar el amor y el respeto.

Dentro de la capacidad de establecer vínculos, algunos hacen referencia, a “dominar activamente el ambiente, conservar la unidad de la personalidad y percibir adecuadamente al mundo y a sí mismo”. Otros entrevistados coinciden que “estar psicológicamente sano” es una enunciación relativa.

Una persona sana dice este grupo importante de entrevistados: “posee recursos psíquicos”; haciendo referencia con esto a la capacidad de resolver conflictos, apelar a las defensas, y de implementar transformaciones en sí y en el entorno, lo que implica, además, tolerar las frustraciones de manera adecuada.

También hacen alusión a que estar saludable psicológicamente no solo es lograr la independencia, sino poder pedir ayuda cuando se requiera, como un modo de reconocer los propios límites.

Es de destacar también que más de la mitad de los entrevistados, asociaron la categoría seis con la categoría número dos, por encontrarlas complementarias.

## 2. Conclusiones

La casi totalidad de los entrevistados considera la noción de salud como equilibrio bio-psico-social que incluye conflicto. Se trata para algunos, claramente, de un “equilibrio inestable,

estructuralmente conflictivo e irreductible”, e implica la capacidad de “superar situaciones de descompensación y desequilibrio”, “transitar crisis previsibles o imprevisibles” “sortear dificultades” “tolerar frustraciones”, “poder convivir con el conflicto sin sentirlo como la caída del ser”, destacando que se adhiere a la idea de “estar sano, no ser sano”. La salud incluye, pues, la amenaza de desequilibrio, el riesgo de enfermar. Los psicoanalistas cordobeses coinciden con el postulado conceptual de autores consultados por este equipo de investigación (Canguilhem, Rausch, Lunazzi): El hombre sano lleva consigo la sombra de la enfermedad.

En el terreno de la salud mental, se considera el sufrimiento como un avatar humano no necesariamente patológico. Algunos destacan su carácter inherente a la condición humana, a la naturaleza dividida del sujeto psíquico, a la inevitable tensión entre el sujeto y la cultura que genera el malestar que refiriera Freud en sus escritos más sociales. “El sufrimiento resulta una marca en el orillo del sujeto psíquico”. Se afirma que, por el contrario, la ausencia de sufrimiento es de índole patológica, debiendo considerar que “ninguna marca del lenguaje ha constituido un cuerpo perforado, insuficiente”. Desde el punto de vista clínico, es asimilado a un indicador privilegiado que delata el conflicto, un aliado clínico que permite el abordaje de cadenas representacionales latentes. “El padecimiento subjetivo puede ser el indicador de que algo anda mal y debe ser metabolizado, un indicio para pesquisar una situación problemática”. Varios entrevistados rescatan el valor saludable del sufrimiento frente a situaciones de pérdida, duelos o conflictos éticos, donde lo patológico sería la ausencia de dolor. La consideración del carácter patológico del sufrimiento queda referido a:

1. Su intensidad (punto de vista cuantitativo), cuando es constante, abarcativo, invalidante del funcionamiento psíquico.
2. La naturaleza cualitativa del sufrimiento: cuando está provocado por la no aceptación de la discriminación yo-otros.

La mayoría de los entrevistados alude a la capacidad de “adecuarse a situaciones nuevas y/o adversas para lograr una organización dinámica que posibilite una proyección realista con cuidado de sí”, “la salud no es adaptación alienante sino relación creativa con el mundo” “siendo creativo para tolerar dolores y contrariedades”. Estas nociones nos acercan al postulado de Canguilhem, que fuera recogido por psicoanalistas de fuste que se ocupan del tema. Lo normal tiene tantas variaciones que lo esperable es la variación incoativa de la norma. La salud implica la posibilidad de instaurar normas particulares en cada oportunidad, de innovar, de establecer nuevas normas según el recorrido personal y las circunstancias que rodean. Estar sano es ser normativo. O ser creativo al decir de Winnicott.

Se releva, asimismo una crítica a la Salud Mental entendida como paz social, como orden público, relacionando los criterios de bienestar psíquico con aquellos que se ajustan al discurso del consumo y el mercado, especialmente orientados a la farmacología que reduce costos y singularidades.

Por otra parte, se sugiere que la determinación de aquello que se considera sano o enfermo está fuertemente determinada por variable de espacio y tiempo, geografía e historia: la salud es una

construcción social que varía según épocas y culturas. Así los modos socioculturales de producción de subjetividad han variado a lo largo del tiempo, y admiten variaciones en las consideraciones psicopatológicas. Actualmente se admite la homosexualidad como un modo de elección de objeto amoroso que no comporta, como en épocas anteriores una connotación perversa. Ciertos comportamientos corruptos en ámbitos institucionales o de poder resultan impunes y aún frecuentes, porque parecieran responder a nuevos modelos de lo que la sociedad considera enfermo. Aún así los psicoanalistas parecen en parte acordar con que no ha habido cambios significativos en la consideración de las estructuras psíquicas. “La constitución del psiquismo tiene ejes de permanencia que son necesarios para su organización”. Las variaciones en el concepto de salud mental se deben a cambios culturales, “siempre hay algo que permanece: la estructuración del psiquismo y algo que cambia: los modos de producción de subjetividad”. Además, aclaran tres de los entrevistados, la relación de psicoanálisis y la salud nunca ha sido conceptualmente estrecha: para el psicoanálisis la salud o el restablecimiento de la misma no constituye un objetivo per se. El análisis está orientado a cierto conocimiento de lo inconsciente, lo que puede develar causas y eventualmente disolución de síntomas, pero la idea de la cura es algo que se da por añadidura.

Por último los indicadores clínicos que los psicoanalistas cordobeses reconocen en asociación con la salud psíquica son:

- construcción de la autonomía, capacidad de decidir y responsabilizarse por aquello que se decide
- cuidado de sí
- satisfacción por logros
- tolerancia a la frustración
- conocimiento de sí
- reconocimiento del otro subjetivado
- poder establecer vínculos positivos y respetuosos
- aceptar diferencias
- soportar paradojas
- aceptar los cambios y el paso del tiempo
- capacidad para sentir culpa e inquietud
- experimentar felicidad cuando es posible, capacidad de disfrutar
- capacidad de ilusión, juego y humor
- tener experiencias y no sólo repetir historias ajenas.
- poseer actitud crítica
- adecuado procesamiento de la realidad
- poder proyectarse, desplegar intereses
- posibilidad de crear
- trabajar eficientemente
- reír a libertad
- hacer el amor sin angustiarse
- asumir responsabilidad sobre actos u omisiones conscientes o inconscientes, sobre modos de goce.
- asumir el deseo, aquello que de más singular tiene el sujeto.

En síntesis: si bien se tiene en cuenta que el concepto de salud mental es un constructo atravesado por las concepciones sociales, culturales e ideológicas, los profesionales encuestados, consideran la salud mental como la presencia de recursos y potencialidades en un sujeto particular, que le permiten enfrentar los conflictos que la vida le presenta sin paralizarse por angustia; que le posibilitan amar y amarse, trabajar y disfrutar. En síntesis, no tener miedo de vivir.

## Referencias

- Alcock, T. (1965). *La prueba de Rorschach en la práctica*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Masson.
- Bion, W. (1966). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. (1972). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé.
- Bleger, J. (1974). *Psicohigiene y psicología institucional*. (3ra ed.) Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (1998). *La fundación de lo inconciente: destinos de pulsión, destinos del sujeto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bohoslavsky, R. & Danis, J. (1980). *Reflexiones en torno al concepto de salud y enfermar en Revista Argentina de Psicología*. Buenos Aires: Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, 26-29.
- Canguilhem, G (1966). *Lo normal y lo patológico*. (1° ed. en español) Buenos Aires: Siglo XXI. 1971
- Carpinacci, J. (1979). *Fundamentos metodológicos para el estudio del padecimiento humano*. Buenos Aires: Galerna.
- Carpintero, E. & Vanier, A. (2004). *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo I: 1957-1969*. Buenos Aires: Topia.
- Carpintero, E. & Vanier, A. (2004). *Las huellas de la memoria II. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo II: 1970-1983* Buenos Aires: Topia.
- Chiozza L. (2001). *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. Buenos Aires: Alianza.
- Fierro, A. (2004). *Salud Mental, Personalidad Sana, Madurez Personal* en Mental health and healthy personality. Ponencia en el Congreso Internacional de Psicología “¿Hacia dónde va la Psicología?”. Santo Domingo, 3-5 septiembre 2004. Universidad de Málaga. Disponible en: [www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/salud\\_mental\\_personalidad\\_sana\\_madurez\\_personal.pdf](http://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/salud_mental_personalidad_sana_madurez_personal.pdf)
- Fiorini, H. (1975). *Teoría y técnicas en psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Frank de Verthelyi, R. (1999). *Nuevos temas de evaluación psicológica*. Buenos Aires: Lugar.
- Freud, S. (1886-1942) 1981. *Obras completas*. (4ª ed.) Madrid: Biblioteca Nueva.
- 1909 *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*
- 1912 *Sobre las causas ocasionales de la neurosis*
- 1915-1917 *Lecciones introductorias al psicoanálisis*
- 1929 *El malestar en la cultura*
- Friedman, S. (1969). *El proceso diagnóstico y el inicio del tratamiento en Ekstein, R. Psicosis infantil*. México DF: Pax.
- Galende, E. (1998). *De un horizonte incierto: psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós
- García Arceno, M. (2000). *Reflexiones sobre el quehacer psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Guinsberg, E. (1990). *Normalidad, conflicto psíquico y control social: sociedad, salud y enfermedad mental*. México DF: Plaza y Valdés.
- Hartmann, M. (1964). *Ensayos sobre la psicología del yo*. México DF: Fondo de Cultura Económica
- Hoffmann, J. (1994). *De la iniciativa a la experiencia*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, III
- Hornstein, L (1983). *Introducción al Psicoanálisis*. Buenos Aires: Trieb.
- Hornstein, L. (2006). *Narcisismo. Autoestima, identidad, alteridad*. (1° ed, 2° reimpresión) Buenos Aires: Paidós.
- Jaspers, C. (1955). *Psicopatología General*. Buenos Aires: Beta.
- Klein, M. (1989). *Obras Completas*. Barcelona: Paidós.
- Lope de Vega, F (1625) *Pobreza no es vileza en: Comedias escogidas de Frey Lope Félix de Vega Carpio Vol. 4*. Madrid: Rivadeneyra, 1860. Disponible en: <http://books.google.com.ar/books?id=3HRCAw1cBmQC&printsec=frontcover&dq=Comedias+escogidas+de+frey+Lope+Félix+de+Vega+>
- Lunazzi, H. (1992). *Lectura del psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Belgrano.
- Morín, E. (1982). *Ciencia con conciencia*. Barcelona: Antrophos.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata, (1978) *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud* reunida en Alma Ata: Concepto de Salud [en línea] Disponible en: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)
- Pardo, A. (1997). *¿Qué es la Salud?* en *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra* (p4-9) [en línea] Departamento de Bioética, Universidad de Navarra. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/dhbapsalud.html>
- Pardo, A. (1997). *¿Qué es la Salud?* [versión electrónica] *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, p. 4 – 9.
- Paz, J. (1976). *Psicopatología: sus fundamentos psicodinámicos*. (7° ed.) Buenos Aires: Nueva Visión. 1999

- Rapaport, D. (1960). *Las técnicas proyectivas y las teorías del pensar en Knight, R* *Psiquiatría psicoanalítica*. Buenos Aires: Hormé.
- Rojas, M. & Sternbach, S. (1997). *Entre dos siglos: una lectura psicoanalítica de la posmodernidad*. (2° ed.) Buenos Aires: Lugar.
- Vanier, A. (2007). *De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental*. [versión electrónica] Disponible en: <http://www.topia.com.ar/default.asp>
- Winnicott, D. (1972). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Granica.
- Wolf, W. (1960). *Introducción a la Psicopatológica*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

### ANEXO. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN UTILIZADO

Somos Integrantes de la Cátedra de Técnicas Projectivas de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba y estamos realizando una investigación referida a “concepciones de salud mental de psicólogos clínicos con orientación Psicoanalítica de la ciudad de Córdoba Capital”.

Dicho trabajo está avalado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la U.N.C.

El cuestionario que a continuación le vamos a aplicar no tiene la intención de evaluar sus conocimientos teóricos sino conocer su opinión profesional con respecto al tema.

Es anónimo y desde ya le agradecemos su colaboración.

Título Universitario\_\_\_\_\_

Universidad\_\_\_\_\_

Lapso de recibido\_\_\_\_\_

Años de ejercicio\_\_\_\_\_

Especialidad\_\_\_\_\_

Orientación Teórica\_\_\_\_\_

- 1- ¿Cómo definiría Ud. según su particular cosmovisión el concepto de salud?
- 2- ¿Cómo definiría Ud. según su trayectoria en la práctica clínica, la noción de salud mental?
- 3- ¿Cree Ud. que las nociones de salud mental y enfermedad son contrarias? ¿Por qué?
- 4- ¿Considera Ud. el sufrimiento subjetivo como signo de patología? ¿Por qué?
- 5- ¿Considera que el concepto de salud mental desde la óptica del psicoanálisis ha variado a lo largo del tiempo?
- 6- ¿Cuándo considera Ud. que una persona está psicológicamente sana?